

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 3ª Vara Criminal e da Infância e Juventude

COMARCA: Barbacena

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005359

IDADE: 37 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: M080

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento Adalimumabe

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Artrite Idiopática Juvenil

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 61.701

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Por fim, defiro pedido do Estado de Minas Gerais e determino que se oficie NatJus/MG ou o NatJus Nacional, para apresentar parecer técnico sobre o caso sub Judite

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a relatório medico datado de 27/11/2023, trata-se de paciente IHOS, **idade não mencionada, em acompanhamento reumatológico** devido a **artrite reumatóide juvenil**. Apresenta **artrite de grandes articulações**. Fez uso de AINE, prednisona, e metroxate sem melhora do quadro. **Necessita de adalimumabe 20mg 4 seringas por mês uso contínuo para a inflamação e diminuir o dano articular.**

Artrite idiopática juvenil (AIJ) é a **doença reumática crônica autoimune mais comum em crianças, caracterizada pela presença de artrite crônica (com duração maior do que seis semanas), de origem desconhecida, mas provavelmente multifatorial e que se inicia antes dos 16 anos de idade. Acomete pacientes de qualquer raça, tem distribuição bimodal para a idade de início com um pico em crianças menores de cinco anos e outro no grupo de 10 a 16 anos de idade e prevalência, geral, maior em crianças do sexo feminino. Seu processo patológico é a inflamação crônica, na qual os sistemas de imunidade**

inata e adaptativa exercem um importante papel. Clinicamente o paciente apresenta aumento de volume articular ou a presença de dois sinais inflamatórios, tais como, dor à palpação ou dor com limitação de movimentos, por período superior a seis semanas. Ao exame físico é importante o achado de manifestações articulares e extra articulares (psoríase, uveíte anterior, febre, erupção cutânea, serosite, esplenomegalia ou linfadenopatia generalizada); presença de artrite ativa, ou inativa com ou sem sequela dos movimento musculoesqueléticas.

São descritos **7 subtipos da AIJ** a saber **artrite sistêmica, AIJ poliarticular com fator reumatoide negativo, AIJ poliarticular com fator reumatoide positivo, AIJ oligoarticular** forma mais comum, **artrite relacionada à entesite, artrite psoriásica e a artrite indiferenciada** a que não atende todos os critérios de um subtipo ou preencher critérios para mais de um subtipo. Dependendo do subtipo de AIJ, **os mecanismos diferem, como pode ser observado pela presença ou não de auto anticorpos, fator reumatoide, associação com diferentes tipos de antígeno**

leucocitário humano B27 (HLA-B27), gêneros e faixas etárias..

AIJ sistêmica é o subtipo mais grave e possui características que lembram as doenças auto inflamatórias, com grande participação do sistema de imunidade inata. No início da doença, predominam a febre e outras

manifestações sistêmicas e, em cerca de 10% dos pacientes, a artrite terá início tardio, surgindo após algumas semanas ou meses das manifestações sistêmicas. Apresenta maiores possibilidades de complicações fatais, como a síndrome de ativação macrofágica (SAM), em 10%, que evoluiu rapidamente. Clinicamente se caracteriza por febre em geral persistente, organomegalia, disfunção do sistema nervoso central, sintomas hemorrágicos e alterações laboratoriais; queda da velocidade de hemossedimentação (VHS); citopenia; hipofibrinogenemia; aumento da ferritina, enzimas hepáticas, desidrogenase láctica, D-dímeros, triglicerídeos, tempo de protrombina e tempo parcial da tromboplastina. Observa-se ainda aumento de citocinas pró-inflamatórias como IL-6 e TNF. A SAM é uma complicação que evolui rapidamente e o paciente pode não apresentar os critérios diagnósticos no início. O tratamento é diferente e deve ser instituído rapidamente. É importante que o paciente seja acompanhado

ESCALA USP DE GRAVIDADE – AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OHB

ITENS	PONTOS		
	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS
IDADE	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
TABAGISMO		Leve / Moderado	Intenso
DIABETES		Sim	
HIPERTENSÃO ART. SIST		Sim	
QUEIMADURA		< 30% superfície corporal	>30% superfície corporal
OSTEOMIELEITE		Sim	Com exposição óssea
TOXEMIA		Moderada	Intensa
CHOQUE		Estabilizado	Instável
INFECÇÃO / SECREÇÃO		Moderada	Acentuada
> DIÂMETRO DA > LESÃO	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
CREPITAÇÃO SUBCUTÂNEA	< 2 cm	2 a 6 cm	> 6 cm
CELULITE	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
INSUF. ARTERIAL AGUDA		Sim	
INSUF. ARTERIAL CRÔNICA			Sim
LESÃO AGUDA		Sim	
LESÃO CRÔNICA			Sim
ALTERAÇÃO LINFÁTICA		Sim	
AMPUTAÇÃO / DESBRIDAMENTO	Em risco	Planejada	Executada
DRENO DE TÓRAX		Sim	
VENTILAÇÃO MECÂNICA		Sim	
PERÍNEO / MAMA / FACE			Sim

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos:

- G I : < 10 pontos ()
- G II : 11 a 20 pontos ()
- G III : 21 a 30 pontos ()
- G IV : > 31 pontos ()

com exames frequentes para que o tratamento correto seja realizado a tempo, pois **trata-se de uma complicação grave que pode ser fatal em 6-8% dos casos. AIJ oligoarticular é o subtipo mais comum e benigno, compreendendo 50% dos casos de AIJ, tendo predomínio em crianças pré-escolares femininas. Caracteriza-se pela presença de artrite em uma a quatro articulações, nos primeiros seis meses de doença. Se após este período o número de articulações acometidas ultrapassar cinco, será denominada como AIJ oligoarticular estendida; se permanecer com menos de cinco articulações, é denominada de AIJ oligoarticular persistente. A principal complicação extra articular deste subtipo de AIJ é a Uveíte Anterior Crônica (UAC), condição assintomática, que pode levar a cegueira se não tratada. AIJ poliarticular com fator reumatoide positivo ocorre na presença de artrite em cinco ou mais articulações, nos primeiros seis meses da doença. Os casos que cursam com AIJ poliarticular e Fator Reumatoide (FR) positivo têm as mesmas características clínicas, laboratoriais e associações genéticas da AR de adultos. Para classificação desse subtipo de AIJ se faz necessário que o FR positivo em duas análises, com intervalo mínimo de três meses. AIJ poliarticular com fator reumatoide negativo acomete cinco ou mais articulações e pode evoluir como uma forma exacerbada e mais grave da AIJ oligoarticular, inclusive com risco de UAC.**

O diagnóstico precoce e a condução do tratamento adequado são essenciais para o rápido controle da inflamação, permitindo uma boa qualidade de vida e prevenção de sequelas. Os exames laboratoriais para o diagnóstico de AIJ incluem basicamente o hemograma e testes que avaliam a presença de inflamação, como a determinação da VHS e a dosagem de proteína C reativa (PCR). Os testes imunológicos como a determinação de FR, e a detecção do HLA B27 ajudam na separação de subtipos de AIJ e a identificação de Fator Antinuclear (FAN), na avaliação do risco de uveíte. Os exames de imagem podem confirmar a geralmente não são necessários.

O tratamento da AJI nas últimas décadas **passou por grandes e impactantes mudanças** que contribuíram significativamente para o diagnóstico precoce, monitoramento da atividade da doença e o tratamento individualizado, oportuno, precoce nas suas fases iniciais, reduzindo a destruição articular e melhorando os resultados terapêuticos. Inúmeras terapias biológicas direcionadas para alvos específicos têm adicionado mais opções terapêuticas para os doentes que se tornam refratários a tratamentos anteriores. **De acordo com os protocolos incluindo** o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Juvenil Idiopática (PCDT da AIJ), do Sistema Único de Saúde (SUS), **por ser uma doença crônica é eletivo e independentemente da fase da doença, o paciente deve, ser também acompanhado por equipe multidisciplinar** (enfermeiro, fisioterapeuta, odontólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista), **com suporte de médico reumatologista, ou pediatra reumatologista se disponível. O objetivo do tratamento geralmente é a remissão da atividade da doença, melhora da qualidade de vida e evitar as sequelas. O uso da metaterapêutica (treatto target) é recomendado, independentemente do nível de atividade da doença, com o objetivo de adequado planejamento terapêutico e tratamento dos agravos. O princípio do tratamento por metaterapêutica é estabelecer uma meta para o controle dos sintomas, levando em consideração a decisão compartilhada entre a família ,o paciente se possível e o profissional da saúde, podendo ser repactuada ao longo do seguimento. Os alvos são estabelecidos de acordo com o tempo de tratamento e avaliados a cada consulta programada com o objetivo de avaliar a eficácia, a segurança e adesão ao tratamento, permitindo ajustes de doses de acordo com as necessidades. A família/paciente deve expressar suas preferências (por exemplo: vias de administração, intervalos de aplicação e efeitos adversos) para garantir sua aderência. Deve-se observar sempre o balanço entre custos e benefícios, disponibilidade de medicamentos, condições de armazenamento, existência de centros de infusão, facilidade de acesso**

e educação do paciente. A meta final será a remissão completa e sustentada da doença, prevenindo sequelas e melhorando a qualidade de vida. O tratamento inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas. O tratamento não medicamentoso inclui a educação do paciente e de sua família, terapia ocupacional, exercícios, fisioterapia, apoio psicossocial e cirurgia. O paciente deve receber orientações para melhorar seus hábitos de vida (manter a frequência escolar, dieta equilibrada, controle da necessidade diária de cálcio e vitamina D, reduzir o peso e praticar atividade física). **Exercício físico regular, terapia ocupacional, terapia psicológica individualizada, fisioterapia e atenção odontológica** no envolvimento das articulações temporomandibulares são recomendados alguma fase da doença. **A cobertura vacinal deve ser atualizada nos casos de pacientes e candidatos a usar** medicamentos modificadores do curso da doença (**MMCD**). **As evidências de tratamento não medicamentoso são escassas, mas acredita-se que tenha papel importante na melhora clínica e funcional dos pacientes.**

O uso de medicamentos deve considerar todas as variáveis para possibilitar boa adesão, a saber o curso e prognóstico da doença, a eficácia dos medicamentos usados, as medidas de segurança para evitar efeitos adversos considerando as vantagens e desvantagens de cada medicamento disponível, a necessidade de se adaptar o tratamento à idade da criança e ao subtipo de AIJ, a via de administração do fármaco, e a frequência das doses. **Os seguintes medicamentos são recomendados e devem ser selecionados de acordo com o subtipo de AIJ:** anti-inflamatórios não esteroidais (**AINE**), glicocorticoides (**GC**) **sistêmicos e de uso tópico ocular ou intra-articular**, Medicamentos Modificadores do Curso de Doença sintéticos (**MMCDs**) **metotrexato, sulfassalazina, leflunomida e ciclosporina e os biológicos (MMCDb) anti-TNF alfa: etanercepte, adalimumabe e infliximabe; anti-IL6: tocilizumabe e CTLA4-Ig: abatacepte.** Os AINE não modificam o curso da doença e são usados como medicação sintomática sendo o naproxen e o ibuprofeno os mais

usados em pediatria. No SUS apenas o ibuprofeno é disponível em formulação líquida, sendo indicado para crianças de baixa idade. É opcional a associação de inibidor de bomba de prótons como o omeprazol para reduzir efeitos adversos gástricos. Não devem-se usados em monoterapia por mais de 2 meses. O GC por via sistêmica, em altas doses, sob a forma de pulsoterapia endovenosa ou oral, deve ser reservada apenas para o manejo das manifestações extra articulares da artrite sistêmica (febre alta que não responde aos AINE, anemia grave, miocardite ou pericardite); SAM e em baixas doses, de forma excepcional, nos casos graves de AIJ poliarticular que não podem aguardar algumas semanas pelo efeito dos MMCD. Apesar do seu rápido efeito anti-inflamatório e imunossupressor, não devem ser mantidos por longos períodos devido aos graves efeitos adversos. Já o uso de glicocorticoide intra-articular (GC IA) é muito eficaz em doses altas locais, proporcionando alívio rápido dos sintomas, principalmente na AIJ oligoarticular, evitando-se o uso de terapia sistêmica. Múltiplas infiltrações podem ser feitas em um só dia, geralmente com sedação ou anestesia em crianças pequenas. As principais complicações do uso desta via são atrofia do tecido subcutâneo, sinovite induzida por cristais, artrite séptica e calcificações periarticulares. Os MMCDs ou b podem ser utilizados de acordo com a idade do paciente, o subtipo de AIJ e resposta aos diferentes esquemas de tratamento. Em geral, inicia-se com um MMCDs e, em casos de falha terapêutica ou resposta incompleta, recomenda-se o uso de MMCDb. Duas exceções são a AIJ sistêmica com manifestações sistêmicas ativas e a artrite relacionada a entesite com sacroiliíte, nas quais os MMCDb poderão ser prescritos antes dos sintéticos, respeitando as faixas etárias indicadas na informação técnica do medicamento. Antes do início do uso dos MMCD, deve-se excluir infecções graves como hepatites, HIV e tuberculose (ativa e latente). Estes agentes são relativamente seguros, podendo ser observadas complicações infecciosas, como a tuberculose e o herpes

zoster. Raramente, podem ocorrer eventos auto-imunes, linfoproliferativos e sintomas gerais, como febre e cefaléia. No entanto, é importante salientar que apesar dos inibidores do TNF serem benéficos para muitas crianças com AIJ refratária, seus efeitos colaterais a longo prazo permanecem indefinidos, de forma que sua indicação deve ser criteriosa. Ademais, o alto custo destas drogas limita seu uso, especialmente em nosso país. As classes e os tipos de medicamentos indicados variam com o subtipo da doença a saber:

- AIJ sistêmica Preferencialmente anti-IL6 como tocilizumabe.
- AIJ sistêmica com predomínio de poliartrite e sem manifestações sistêmicas Anti-TNF- α e CTLA4-Ig como etanercepte e **adalimumabe**, infliximabe, abatacepte.
- Artrite relacionada à entesite Anti-TNF- α etanercepte, **adalimumabe** e infliximabe.
- Artrite psoríaca Anti-TNF- α , CTLA4-Ig, anti-IL6 etanercepte, **adalimumabe**, infliximabe e abatacepte.
- AIJ oligoarticular e poliarticular Anti-TNF- α , CTLA4-Ig, anti-IL6 etanercepte, **adalimumabe**, infliximabe, abatacepte e tocilizumabe

Para cada subtipo de AIJ, os tratamentos preconizados devem seguir os fluxogramas específicos. A troca de um MMCDb por outro MMCD em paciente que vem respondendo adequadamente à terapia deve ser realizada de acordo com o fluxo de tratamento deste PCDT. A prescrição de MMCD dependerá da disponibilidade dos medicamentos da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, já que são disponibilizado por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

O **adalimumabe**, é um anticorpo monoclonal quimérico que se liga com alta afinidade ao TNF- α , neutralizando assim sua atividade, anti TNF-alfa. No Brasil está registrado e licenciado pela ANVISA para uso em crianças acima de 2 anos, sendo indicado para o tratamento da AIJ em quase todos os subtipos exceto o sistêmico, conforme o PCDT da

AIJ, estando disponível no SUS.

Conclusão: trata-se criança, menina idade não mencionada, em acompanhamento reumatológico devido a artrite reumatóide juvenil. Apresenta artrite de grandes articulações. Fez uso de AINE, prednisona, e metroxate sem melhora do quadro. Necessita de adalimumabe 20mg 4 seringas por mês uso contínuo para a inflamação e diminuir o dano articular. Não menção ao subtipo da artrite apresentada.

A AIJ é reumática crônica autoimune mais comum em crianças, caracterizada pela presença de artrite crônica (com duração maior do que seis semanas), de origem etiológica, provavelmente multifatorial e que se inicia antes dos 16 anos de idade, em qualquer raça, com distribuição bimodal para a idade de início com um pico em crianças menores de cinco anos e outro no grupo de 10 a 16 anos de idade e prevalência, geral, maior em crianças do sexo feminino. Causa destruição articular irreversível pela proliferação de macrófagos e fibroblastos na membrana sinovial após estímulo possivelmente autoimune ou infeccioso. Seu diagnóstico é feito baseado em achados clínicos e exames complementares, devendo incluir o tempo de evolução da artrite, a presença de autoanticorpos, a elevação de provas de atividade inflamatória (PCR e VHS) e alterações em exames de imagem. Nenhum exame isolado, seja laboratorial, de imagem ou histopatológico, confirma o diagnóstico. Clinicamente, os pacientes apresentam aumento de volume articular ou a presença de dois sinais inflamatórios, tais como, dor à palpação ou dor com limitação de movimentos, por período superior a seis semanas. Ao exame físico é importante o achado de manifestações articulares e extra articulares (psoríase, uveíte anterior, febre, erupção cutânea, serosite, esplenomegalia ou linfadenopatia generalizada); presença de artrite ativa, ou inativa com ou sem sequela dos movimentos musculoesqueléticos. Assim, as consequências desta doença são: piora da qualidade de vida, incapacidade funcional, perda de produtividade e altos custos sociais.

São descritos **7 subtipos da AIJ** a saber **artrite sistêmica, AIJ poliarticular com fator reumatoide negativo, AIJ poliarticular com fator reumatoide positivo, AIJ oligoarticular** forma mais comum, **artrite relacionada à entesite, artrite psoriásica e a artrite indiferenciada.**

Seu tratamento é eletivo e inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas. Nas últimas décadas passou por grandes e impactantes mudanças que contribuíram significativamente para o **diagnóstico precoce, monitoramento da atividade da doença e o tratamento individualizado, oportuno, precoce nas suas fases iniciais, reduzindo a destruição articular e melhorando os resultados terapêuticos.** O tratamento não medicamentoso inclui a **educação do paciente e de sua família, terapia ocupacional, exercícios, fisioterapia, apoio psicossocial, odontológico e raramente cirurgia.** O tratamento da AR medicamentoso, envolve **inúmeras terapias biológicas direcionadas para alvos específicos** que têm adicionado mais opções terapêuticas para os doentes. De acordo com os protocolos e o PCDT da AIJ do SUS, o tratamento dos pacientes deve ser acompanhado por equipe multidisciplinar, com suporte de médico reumatologista, ou pediatra reumatologista se disponível. A meta final será a remissão completa e sustentada da doença, prevenindo sequelas e melhorando a qualidade de vida, sendo recomendado metaterapêutica. Inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas. O tratamento não medicamentoso baseia-se na **educação do paciente/família, terapia ocupacional, exercícios, fisioterapia, apoio psicossocial, nutricional e odontológico e cirurgia.** O paciente deve receber orientações para melhorar seus hábitos de vida (manter a frequência escolar, dieta equilibrada, controle da necessidade diária de cálcio e vitamina D, reduzir o peso e praticar atividade física). A **cobertura vacinal deve ser atualizada nos casos de pacientes candidatos a usar MMCD.** As evidências de tratamento não medicamentoso são escassas, mas acredita-se que tenha papel importante na melhora clínica e funcional dos pacientes.

O uso de medicamentos deve considerar todas as variáveis para possibilitar boa adesão, a saber o curso e prognóstico da doença, a eficácia dos medicamentos usados, as medidas de segurança para evitar efeitos adversos considerando as vantagens e desvantagens de cada medicamento disponível, a necessidade de se adaptar o tratamento à idade da criança e ao subtipo de AIJ, a via de administração do fármaco, e a frequência das doses. Os seguintes medicamentos são recomendados e devem ser selecionados de acordo com o subtipo de AIJ: AINE, GC sistêmicos e de uso tópico ocular ou intra-articular, MMCDs metotrexato, sulfasalazina, leflunomida e ciclosporina e os MMCDb anti-TNF alfa: etanercepte, adalimumabe e infliximabe; anti-IL6: tocilizumabe e CTLA4-Ig: abatacepte. Os MMCDs ou b podem ser utilizados de acordo com a idade do paciente, o subtipo de AIJ e resposta aos diferentes esquemas de tratamento. Em geral, inicia-se com um MMCDs e, em casos de falha terapêutica ou resposta incompleta, recomenda-se o uso de MMCDb. Duas exceções são a AIJ sistêmica com manifestações sistêmicas ativas e a artrite relacionada a entesite com sacroiliíte, nas quais os MMCDb poderão ser prescritos antes dos sintéticos, respeitando as faixas etárias indicadas na informação técnica do medicamento. Estes agentes são relativamente seguros, podendo ser observadas complicações infecciosas, como a tuberculose e o herpes zoster. Raramente, podem ocorrer eventos auto-imunes, linfoproliferativos e sintomas gerais, como febre e cefaléia. No entanto, é importante salientar que apesar dos inibidores do TNF serem benéficos para muitas crianças com AIJ refratária, seus efeitos colaterais a longo prazo permanecem indefinidos, de forma que sua indicação deve ser criteriosa. Ademais, o alto custo destas drogas limita seu uso, especialmente em nosso país. As classes e os tipos de medicamentos indicados variam com o subtipo da doença a saber:

- AIJ sistêmica Preferencialmente anti-IL6 como tocilizumabe.
- AIJ sistêmica com predomínio de poliartrite e sem manifestações sistêmicas

Anti-TNF- α e CTLA4-Ig como etanercepte e **adalimumabe**, infliximabe, abatacepte.

- Artrite relacionada à entesite Anti-TNF- α etanercepte, **adalimumabe** e infliximabe.

- Artrite psoríaca Anti-TNF- α , CTLA4-Ig, anti-IL6 etanercepte, **adalimumabe**, infliximabe e abatacepte.

- AIJ oligoarticular e poliarticular Anti-TNF- α , CTLA4-Ig, anti-IL6 etanercepte, **adalimumabe**, infliximabe, abatacepte e tocilizumabe

Para cada subtipo de AIJ, os tratamentos preconizados devem seguir os fluxogramas específicos, conforme o PCDT do SUS. A prescrição de MMCD dependerá da disponibilidade dos medicamentos da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, já que são disponibilizado por meio do CEAF. Vale ressaltar que. No caso em tela não há menção ao subtipo apresentado pela criança.

O adalimumabe, é um anticorpo monoclonal quimérico que se liga com alta afinidade ao TNF- α , neutralizando assim sua atividade, anti TNF-alfa. No Brasil está registrado e licenciado pela ANVISA, sendo disponível no SUS para o tratamento AIJ, conforme PCDT, para uso em crianças acima de 2 anos, sendo indicado para o tratamento da AIJ em quase todos os subtipos exceto o sistêmico.

IV – REFERÊNCIAS:

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - SCTIIE. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde - DGITIS. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - CPCDT. Relatório de recomendação nº 513 de fevereiro/2020. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Idiopática Juvenil (AIJ). Brasília, 2020. p. . Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2020/relatorio_pcdt_ajj_artrite_ajj_513_2020.pdf.

2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia I e IE em S. Portaria Conjunta nº 16 de 03

de setembro de 2021. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e Artrite Idiopática Juvenil. Brasília, 2021; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2021/poc0016_10_09_2021.html.

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - SCTIIE. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde - DGITIS. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - CPCDT. Relatório de recomendação nº 653 de Agosto/2021. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Idiopática Juvenil (AIJ). Brasília, 2021. 194p. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/relatrio_artrite_reumatoide_cp_21_2020.pdf.

4. Ferreira M.L, Matias I de S, Dias ILB, Farias RN, Correia APF, Duarte DPS, Filho JL da S, Cruz JT, Mirô AGSG, Macedo BVS, Macedo MBC, Oliveira AT, Galvão JGFM. Clinical history of Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA): an integrative review. **Brazilian Journal of Development**, 2022;8(8):. 59978-92. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/51594/38690>

5. Martin P, Medeiros AC, Goldenstein-Scainberg C, The role of Tumor Necrosis Factor Inhibitors in the treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis. **Rev Bras Reumatol.** 2006;46(2):126-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/D7pPVQRYYPxxWmL3S5khfrmp/?format=pdf&lang=pt>.

V – DATA:

29/04/2024

NATJUS – TJMG