Nota Técnica 435271

Data de conclusão: 24/11/2025 12:24:54

Paciente

Idade: 17 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Sapiranga/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 435271

CID: L20.9 - Dermatite atópica, não especificada

Diagnóstico: Dermatite atópica, não especificada (L20.9)

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: UPADACITINIBE HEMI-HIDRATADO

Via de administração: VO

Posologia: 1 comprimido de 15mg 1x por dia.

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Sim

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: UPADACITINIBE HEMI-HIDRATADO

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Estão disponíveis ciclosporina e corticosteróides tópicos e sistêmicos.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: UPADACITINIBE HEMI-HIDRATADO

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: UPADACITINIBE HEMI-HIDRATADO

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia:

-

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: UPADACITINIBE HEMI-HIDRATADO

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O upadacitinibe é um medicamento imunossupressor que inibe de maneira reversível e seletiva a enzima Janus Quinase 1 (JAK1). Estas enzimas estão envolvidas na ativação de células imunológicas. Assim, sua inibição pode reduzir a resposta imunológica do indivíduo e, portanto, ter efeitos benéficos no tratamento de doenças autoimunes ou alérgicas (10).
A segurança e eficácia do upadacitinibe no tratamento da DA em adultos e adolescentes foi avaliada nos estudos Measure Up 1 e Measure Up 2 (11). Estes estudos multicêntricos, randomizados, duplo-cegos e controlados por placebos recrutaram pacientes adolescentes (12 a 17 anos) e adultos (18 a 75 anos) com dermatite atópica moderada a grave, escore EASI ?16. Os pacientes recebiam upadacitinibe 15 mg, 30 mg ou placebo uma vez por dia por 16 semanas e o desfecho primário analisado foi a proporção de pacientes que alcançaram melhora de pelo menos 75% no escores EASI (“EASI-75”). Ao final de 16 semanas, no estudo Measure Up 1 69,6% (intervalo de confiança (IC) 95% 64,2% a 75,0%) dos pacientes recebendo upadacitinibe 15 mg e 79,7% (IC95% 75,0% a 84,4%) daqueles que receberam upadacitinibe 30 mg alcançaram o desfecho EASI-75 e no grupo placebo o valor foi de 16,3% (IC95% 12,0% a 20,7%). No estudo Measure 2 o desfecho EASI-75 foi alcançado por 60,1% (IC95% 54,4% a 65,9%) dos que receberam 15 mg diários, 72, 9% (IC95% 67,7% a 78,2%) dos que receberam 30 mg e em 13,3% (IC95% 9,3% a 17,3%) no grupo placebo. Os principais eventos adversos relatados pelos usuários foram acne, infecções do trato respiratório superior e dor de cabeça. Outros eventos adversos como neutropenia também foram encontrados nos pacientes recebendo o medicamento.
Estudo de seguimento dos pacientes desses dois estudos aferiu manutenção de longo prazo da resposta com o uso continuado do medicamento. Na semana 52, uma melhora no EASY-75 foi alcançada por 82,0% (IC95% 77,0% a 86,9%) e 79,1% (IC95% 73,9% a 84,4%) dos pacientes que continuaram a dose de 15 mg e 84,9% (IC95% 80,3% a 89,5%) e 84,3% (IC95% 79,6% a 89,0%) dos pacientes que continuaram com a dose de 30 mg (para Measure Up 1 e Measure Up 2, respectivamente) (12). Um estudo observacional prospectivo analisando o uso de upadacitinibe em pacientes com DA (utilizado dentro de um programa italiano de uso compassivo) também identificou melhora sustentada: respostas EASI 75, EASI 90 e EASI 100 foram alcançadas em 87,6%, 69,1% e 44,3% dos pacientes na semana 48 do estudo. A resposta ao tratamento observada em pacientes tratados com 15 mg de upadacitinibe foi comparável àquela detectada em pacientes tratados com 30 mg de upadacitinibe, não revelando diferença estatística entre as duas subcoortes de pacientes (13).
Realizado em adultos (18 a 75 anos) e adolescentes (12 a 18 anos) com dermatite atópica moderada a grave, o estudo AD UP foi um estudo de fase 3, multicêntrico, randomizado e duplo-cego que comparou o uso de upadacitinibe (15 ou 30 mg) ou placebo em combinação ao uso de corticosteróides tópicos (14). O principal desfecho analisado foi também o escore EASI-75. Ao final de 16 semanas, a proporção de pacientes que atingiram EASI-75 foi significativamente maior no grupo upadacitinibe 15 mg mais corticosteróide tópico (194 [65%] de 300 pacientes) e no grupo upadacitinibe 30 mg mais corticosteroides tópicos (229 [77%] de 297 pacientes) do que o grupo placebo (80 [26%] de 304 paciente). Os eventos adversos mais frequentes foram acne, nasofaringite, infecção do trato respiratório superior e herpes oral.
Além dos estudos citados, um outro ensaio clínico comparou a eficácia e segurança do

upadacitinibe frente ao dupilumabe no tratamento de pacientes com DA de moderada a grave com duração de 24 semanas (15). Os pacientes foram tratados com upadacitinibe 30 mg via oral ou dupilumabe 300 mg subcutâneo a cada duas semanas e o desfecho analisado foi a obtenção de melhora de pelo menos 75% no escore EASI na semana 16 do tratamento. Ao final do estudo, 71% dos pacientes recebendo upadacitinibe (IC95% 66,2% a 75,8%) e 61% dos pacientes recebendo dupilumabe (IC95% 55,9% a 66,2%) alcançaram EASI-75 (P=0,006). O desfecho secundário EASI-100 foi alcançado por 27,9% (IC95% 23,2% a 32,6%) dos pacientes no grupo upadacitinibe e por 7,6% (IC95% 4,8 a 10,4%) no grupo dupilumabe (P<0,0001).

A melhora na qualidade de vida dos pacientes tratados com upadacitinibe foi avaliada em um estudo post hoc que utilizou dados dos pacientes de 3 ensaios clínicos (Measure Up 1, Measure Up 2 e AD UP) (16). No entanto, esse estudo não comparou dados dos grupos de randomização, e sim avaliou métricas de qualidade de vida de acordo com categorias de melhora no escore EASI. Este estudo concluiu que melhores respostas clínicas aferidas pelo escore EASI estão relacionadas a melhorias mais robustas em várias dimensões de qualidade de vida impactadas pela DA, incluindo coceira, dor na pele, sono, ansiedade, depressão e qualidade de vida.

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário	Valor Anual
UPADACITINIBE HEMI-HIDRATADO	15 MG COM REV LIB PROL CT FR PLAS PEAD OPC X 30	13	R$ 4.638,44	R$ 60.299,72

* Valor unitário considerado a partir de consulta de preço da tabela CMED. Preço máximo de venda ao governo (PMVG) no Rio Grande do Sul (ICMS 17%). O PMVG é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica – PF, PMVG = PF*(1-CAP). O CAP, regulamentado pela Resolução nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do rol anexo ao Comunicado nº 15, de 31 de agosto de 2017 - Versão Consolidada ou para atender ordem judicial. Conforme o Comunicado CMED nº 5, de 21 de dezembro de 2020, o CAP é de 21,53%. Alguns medicamentos possuem isenção de ICMS para aquisição por órgãos da Administração Pública Direta Federal, Estadual e Municipal, conforme Convênio ICMS nº 87/02, sendo aplicado o benefício quando cabível.

O upadacitinibe é produzido pelo laboratório Abbvie, com o nome de Rinvoq®. Em consulta à tabela CMED em novembro de 2025 e de acordo com prescrição juntada ao processo foi elaborada a tabela acima, considerando período de 12 meses de tratamento.

A CONITEC avaliou o uso do upadacitinibe para o tratamento da dermatite atópica (8) e recomendou a sua incorporação para o tratamento de adolescentes com dermatite atópica grave. A decisão visa oferecer uma alternativa terapêutica a esse grupo de pacientes, considerando que o medicamento apresentou um impacto orçamentário estimado inferior ao das demais opções disponíveis. A RCEI estimada para upadacitinibe foi de R$ 61.635,43/QALY, porém não foi considerada custo-efetiva (?R$40.000/QALY). A análise de impacto orçamentário considerou diferentes cenários de incorporação das tecnologias disponíveis para adolescentes, com uma difusão no mercado variando entre 20% no primeiro ano para 60% no quinto ano. Em 2025, cerca de 69.769 adolescentes seriam elegíveis para o tratamento, com um impacto estimado de R$ 5,9 bilhões em cinco anos. Especificamente para o upadacitinibe, o custo projetado foi de R$ 1,8 bilhão.

A agência canadense Canada's Drug Agency recomendou o reembolso do upadacitinibe para o

tratamento da DA de adultos e adolescentes acima de 12 anos com DA refratária, moderada a grave, que são inelegíveis ou não responderam aos tratamentos tópicos, à fototerapia e à pelo menos um imunossupressor (metotrexato, ciclosporina, azatioprina ou micofenolato de mofetila), porém apenas se houver redução de preço do medicamento (17).
A agência de saúde do Reino Unido (NICE) recomenda o uso de abrocitinibe e upadacitinibe no tratamento de DA moderada a grave que não responderam ao tratamento com pelo menos um imunossupressor, desde que vinculado a acordo de preço com fornecedor (18). O comitê também impõe critérios para suspensão do tratamento se após 16 semanas de uso não houver resposta adequada - pelo menos 50% de redução no escore EASI e redução de pelo menos 4 pontos no DLQI (Dermatology Life Quality Index).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Redução dos sintomas da DA de forma sustentada com impacto positivo na qualidade de vida.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Recomendada

Conclusão

Tecnologia: UPADACITINIBE HEMI-HIDRATADO

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Os estudos de eficácia e segurança referente a utilização de upadacitinibe como terapia sistêmica em pacientes com dermatite atópica grave demonstram benefício clinicamente relevante na condição em tela, com relativamente poucos efeitos adversos.
A parte autora apresenta diagnóstico de dermatite atópica grave, confirmado por meio de escore objetivo validado. Entretanto, não se verifica o esgotamento das alternativas terapêuticas disponíveis no SUS, uma vez que o paciente não realizou tratamento com imunossupressor sistêmico, conforme previsto no PCDT vigente. Compreende-se que a ciclosporina — imunossupressor recomendado no PCDT — possa estar associada a eventos adversos, mas o próprio protocolo estabelece esquemas de uso, parâmetros de monitoramento e medidas de segurança que permitem sua administração de forma adequada e controlada.
Adicionalmente, destaca-se que a CONITEC emitiu recomendação favorável à incorporação do upadacitinibe ao SUS e que o processo encontra-se em fase avançada. Contudo, o PCDT preliminar estabelece que seu uso deve ser reservado para pacientes com falha, intolerância ou contraindicação a ciclosporina ou metotrexato (incorporado no novo PCDT), condição que não foi caracterizada no caso analisado.
Dessa forma, não se justifica, neste momento, o afastamento das etapas terapêuticas definidas pelo PCDT.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. Eichenfield LF, Ellis CN, Mancini AJ, Paller AS, Simpson EL. Atopic dermatitis: epidemiology and pathogenesis update. Em WB Saunders; 2012. p. S3–5.
2. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson E, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: results from an international survey. Allergy. 2018;73(6):1284–93.
3. Solé D, Camelo-Nunes I, Wandalsen G, Mallozi M, Naspitz CK. Prevalence of atopic eczema

and related symptoms in Brazilian schoolchildren: results from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase 3. J Investig Allergol Clin Immunol. 2006;16(6):367–76.
4. Timothy Berger. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2021. Evaluation and management of severe refractory atopic dermatitis (eczema) in adults. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-severe-refractory-atopic-dermatitis-eczema-in-adults?search=Dupilumab&source=search_result&selectedTitle=2~42&usage_type=default&display_rank=1
5. William L Weston, William Howe. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2021. Treatment of atopic dermatitis (eczema). Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-severe-refractory-atopic-dermatitis-eczema-in-adults?search=Dupilumab&source=search_result&selectedTitle=2~42&usage_type=default&display_rank=1
6. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen?Zaech S, Deleuran M, Fink?Wagner A, et al. Consensus?based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(6):850–78.
7. Aoki V, Lorenzini D, Orfali RL, Zaniboni MC, Oliveira ZNP de, Rivitti-Machado MC, et al. Consensus on the therapeutic management of atopic dermatitis-Brazilian Society of Dermatology. An Bras Dermatol. 2019;94:67–75.
8. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Abrocitinibe, dupilumabe e upadacitinibe para o tratamento de adolescentes com dermatite atópica moderada a grave e dupilumabe para o tratamento de crianças com dermatite atópica grave [Internet]. 2024 set. Report No.: 931. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/relatorio-de-recomendacao-no-931-abrocitinibe-dupilumabe-e-upadacitinibe-para-o-tratamento-de-adolescentes-com-dermatite-atopica
9. Ministério da Saúde. Relatório de Recomendação Preliminar. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dermatite Atópica. [Internet]. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2025/relatorio-preliminar-pcdt-da-dermatite-atopica-cp-57
10. Parmentier JM, Voss J, Graff C, Schwartz A, Argiriadi M, Friedman M, et al. In vitro and in vivo characterization of the JAK1 selectivity of upadacitinib (ABT-494). BMC Rheumatol. 28 de agosto de 2018;2(1):23.
11. Guttman-Yassky E, Teixeira HD, Simpson EL, Papp KA, Pangan AL, Blauvelt A, et al. Once-daily upadacitinib versus placebo in adolescents and adults with moderate-to-severe atopic dermatitis (Measure Up 1 and Measure Up 2): results from two replicate double-blind, randomised controlled phase 3 trials. Lancet Lond Engl. 5 de junho de 2021;397(10290):2151–68.
12. Simpson EL, Papp KA, Blauvelt A, Chu CY, Hong HC ho, Katoh N, et al. Efficacy and Safety of Upadacitinib in Patients With Moderate to Severe Atopic Dermatitis: Analysis of Follow-up Data From the Measure Up 1 and Measure Up 2 Randomized Clinical Trials. JAMA Dermatol. 1o de abril de 2022;158(4):404–13.
13. Chiricozzi A, Ortoncelli M, Schena D, Gori N, Ferrucci SM, Babino G, et al. Long-term Effectiveness and Safety of Upadacitinib for Atopic Dermatitis in a Real-world Setting: An Interim Analysis Through 48 Weeks of Observation. Am J Clin Dermatol. 15 de junho de 2023;
14. Reich K, Teixeira HD, Bruin-Weller M de, Bieber T, Soong W, Kabashima K, et al. Safety and efficacy of upadacitinib in combination with topical corticosteroids in adolescents and adults with moderate-to-severe atopic dermatitis (AD Up): results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. The Lancet. 5 de junho de 2021;397(10290):2169–81.
15. Blauvelt A, Teixeira HD, Simpson EL, Costanzo A, De Bruin-Weller M, Barbarot S, et al. Efficacy and Safety of Upadacitinib vs Dupilumab in Adults With Moderate-to-Severe Atopic

Dermatitis: A Randomized Clinical Trial. JAMA Dermatol. 1o de setembro de 2021;157(9):1047–55.
16. Reich K, de Bruin-Weller MS, Deleuran M, Calimlim BM, Chen N, Hu X, et al. Higher levels of response on clinical atopic dermatitis severity measures are associated with meaningful improvements in patient-reported symptom and quality of life measures: Integrated analysis of three Upadacitinib phase 3 trials. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 24 de fevereiro de 2023;
17. CADTH. Upadacitinib (Rinvoq). Can J Health Technol [Internet]. 24 de junho de 2022;2(6). Disponível em: https://canjhealthtechnol.ca/index.php/cjht/article/view/sr0685
18. 1 Recommendations | Abrocitinib, tralokinumab or upadacitinib for treating moderate to severe atopic dermatitis | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2022. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ta814/chapter/1-Recommendations

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Segundo laudo médico, a parte autora, com 16 anos de idade, possui diagnóstico de dermatite atópica grave (CID L20.9), pontuando acima de 50 na escala Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD). Laudo datado em setembro de 2025 (Evento 1, RECEIT8) refere que o paciente apresenta lesões cutâneas eritematosas pruriginosas, descamativas, liquenificadas e infiltrativas, disseminadas por todo o corpo, associadas a intenso prurido, formação de queloides e limitação de movimento. Além da dermatite atópica, o paciente também apresenta rinite alérgica. Foi submetido a tratamentos com hidratantes específicos para alergia, anti-histamínicos diversos e corticoides tópicos, orais e injetáveis, com resposta parcial. Além disso, o paciente apresentou diversas vezes infecções secundárias, necessitando uso de antibioticoterapia. Atualmente está em uso de hidratante, sabonete antisséptico, mometasona pomada e hidroxizina, porém sem obter controle dos sintomas. O uso de ciclosporina e metotrexato não foi indicado para esse paciente devido ao baixo perfil de segurança e efeitos adversos. Há negativa para concessão administrativa do medicamento. Teve deferimento de antecipação de tutela para upadacitinibe em outubro de 2025. Neste contexto, pleiteia o fornecimento de upadacitinibe.
A dermatite atópica (DA) é uma doença de pele crônica, pruriginosa (que produz coceira), que acomete principalmente crianças, mas também pode aparecer na fase adulta (1). As apresentações variam desde lesões pequenas e eventuais, mais frequentes, até a quadros extensos, graves, com grande limitação funcional e complicações infecciosas. É mediada por fatores genéticos, ambientais e psicológicos, e requer manejo terapêutico que contemple os diversos aspectos de sua complexa etiopatogenia. É uma das doenças mais comuns na infância, e sua prevalência atinge até 20% em bebês e 4,9% em adultos na Europa, América do Norte e Japão, onde até 8% dos pacientes acometidos com DA apresentam a doença de forma grave através da avaliação global do paciente (PGA, do inglês Patient Global Assessment) (2). Na população brasileira, a prevalência de DA foi de 8,2% em crianças e 5,0% em adolescentes (3).
O tratamento visa a redução do prurido e o controle das lesões (4,5). Os tratamentos tópicos mais amplamente usados ??são os corticosteróides. Enquanto que, como terapia sistêmica para pacientes com sintomas graves, as diretrizes europeias recomendam tratamento com ciclosporina, seguido de curso rápido de glicocorticosteroides orais, dupilumabe, metotrexato, azatioprina e micofenolato de mofetil (6). Nessa linha, o consenso da Sociedade Brasileira de

Dermatologia sobre manejo terapêutico da DA recomenda o tratamento sistêmico com ciclosporina, metotrexato, dupilumabe e outros agentes imunossupressores após esgotadas as tentativas de tratamento tópico (7).