



**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
Diretoria de Assistência Farmacêutica  
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

Fluxo de Acesso

**Psoríase**

PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 06 DE SETEMBRO DE 2019

**MEDICAMENTOS**

- ACITRETINA 10 MG (POR CAPSULA)
- ACITRETINA 25 MG (POR CAPSULA)
- ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POMADA (POR BISNAGA DE 30 G)
- CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)
- CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)
- CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)
- CLOBETASOL 0,5 MG/G CREME (POR BISNAGA DE 30 G)
- CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR (POR FRASCO DE 50 G)
- METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)
- METOTREXATO 25 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)
- ETANERCEPTE 25 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)
- ETANERCEPTE 50MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)
- SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- USTEQUINUMABE 45 MG/0,5ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)



### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;
- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência;
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (deve ser renovado SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica devidamente preenchida (deve ser renovada SEMESTRALMENTE junto com o LME);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; assinado pelo médico e paciente.
- Relatório médico com CID-10, informando os seguintes dados:

#### **Para Acitretina**

1. Descrição clínica realizada em serviço especializado em dermatologia descrevendo o escore PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*), os tratamentos já realizados, se o paciente encontra-se em período de lactação.
2. Ausência de **critério de exclusão** para uso do medicamento, conforme PCDT de **Psoríase**.

#### **Para Metotrexato**

1. Descrição clínica realizada em serviço especializado em dermatologia descrevendo o escore PASI, os tratamentos já realizados, se a paciente encontra-se em período de lactação e as doenças concomitantes.
2. Ausência de **critério de exclusão** para uso do medicamento, conforme PCDT de **Psoríase**.

#### **Para Ciclosporina**

1. Descrição clínica realizada em serviço especializado em dermatologia descrevendo o escore PASI, os tratamentos em uso e os já realizados e se o paciente possui hipertensão arterial refratária ou câncer.
2. Ausência de **critério de exclusão** para uso do medicamento, conforme PCDT de **Psoríase**.

### EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

#### **Para todos os medicamentos:**

Relatório médico indicando as condições clínicas, escore PASI, acometimento da superfície corporal, Índice dermatológico de qualidade de vida (DLQI).

#### **Para Metotrexato, também:**

B-HCG sérico (para mulheres em idade fértil)  
TGP/ALT e TGO/AST  
Hemograma  
VHS  
Ureia  
Glicose  
Creatinina  
Fosfatase alcalina  
Gama-GT  
Albumina  
Hbs-Ag  
Anti HCV  
Anti-HIV  
Sumário de urina  
Reação de Mantoux (PPD)  
Radiografia de tórax

#### **Para Calcipotriol, também:**

Cálcio sérico (cálcio total corrigido pela albumina ou cálcio iônico)

#### **Para Acitretina, também:**



B-HCG sérico para mulheres em idade fértil  
TGP/ALT e TGO/AST  
Creatinina Sérica  
Fosfatase alcalina  
Bilirrubinas  
Gama-GT  
Colesterol total e frações,  
Triglicerídios  
Ureia  
Glicose  
Hemograma  
VHS  
Exame qualitativo de urina  
Radiografias de mãos e punhos (para crianças)

**Para Ciclosporina, também:**

Creatinina Sérica  
B-HCG sérico para mulheres em idade fértil,  
Duas dosagens de creatinina e Ureia séricas em dias diferentes,  
Colesterol total e frações, triglicerídeos,  
ALT e AST  
Magnésio, Cálcio e Potássio séricos  
Ácido úrico  
Exame qualitativo de urina  
Hemograma  
VHS  
Teste de Mantoux  
Radiografia de tórax

**Adalimumabe e Etanercepte:**

Hemograma  
TGP/ALT e TGO/AST, FA, gama-GT  
Creatinina sérica  
Proteína C reativa (PCR)  
Sorologia para hepatite B (incluindo anti-HBC para descartar infecção prévia)  
Sorologia para HIV e HCV  
Teste de gravidez  
Radiografia de tórax  
Teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)  
Exame do sedimento urinário

**Secuquinumabe/Ustequinumabe**

Hemograma  
TGP/ALT e TGO/AST, FA, gama-GT  
Creatinina sérica  
Proteína C reativa (PCR)  
Sorologia para hepatite B (incluindo anti HBC para descartar infecção prévia)  
Sorologia para HIV e HCV  
Teste de gravidez  
Radiografia de tórax  
Teste tuberculínico ou reação de Mantoux (PPD)  
Exame do sedimento urinário

**Exames complementares condicionados à situação clínica do paciente, conforme PCDT:**

Biópsia de pele (para confirmação em casos atípicos ou de dúvida diagnóstica)  
Densitometria óssea (para adultos na faixa etária de risco para osteoporose).



## EXAMES DE MONITORAMENTO

### Para Acitretina:

- A radiologia de idade óssea em crianças deve ser repetida anualmente e a densitometria óssea deve ser repetida em adultos com suspeita de osteopenia também anualmente
- Colesterol total e frações e triglicerídeos; TGP/ALT e TGO/AST e B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (o medicamento é contraindicado para gestantes). **Periodicidade:** a cada 4 semanas nas primeiras 8 semanas e, em seguida, a cada 8-12 semanas
- Hemograma, ureia, creatinina. **Periodicidade:** a cada 3 meses.

Observação: O teste de gravidez deve ser repetido mensalmente por até 2 anos após a suspensão do medicamento.

### Para Ciclosporina:

- Creatinina e ureia séricas. **Periodicidade:** a cada 2 semanas nos primeiros 3 meses e, após, mensalmente.
- B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (o medicamento é contraindicado para gestantes). **Periodicidade:** a cada 3 meses

### Para metotrexato:

- Creatinina e ureia séricas, hemograma, VHS, glicose, ALT, AST, fosfatase alcalina, gama-GT, albumina e B-HCG sérico para mulheres em idade fértil. **Periodicidade:** a cada 2-4 semanas no primeiro mês e, após, a cada 1-3 meses

### Adalimumabe e Etanercepte

- Hemograma, as enzimas hepáticas (TGP/ALT e TGO/AST.) e a creatinina, devem ser repetidos após 4 semanas do início do tratamento, após 12 semanas do início do tratamento e, em seguida, a cada 3 meses.
- PCR. **Periodicidade:** a cada 3 meses.

### Secuquinumabe/Ustequinumabe

- Hemograma, as enzimas hepáticas (TGP/ALT e TGO/AST.) e a creatinina. **Periodicidade:** após 4 semanas do início, e em seguida, a cada 3 meses antes de cada injeção no caso do ustequinumabe. Para o secuquinumabe, devem ser repetidos após 4 semanas do início do tratamento, após 12 semanas do início do tratamento e, em seguida, a cada 3 meses.
- PCR. **Periodicidade:** a cada 3 meses.
- Exame do sedimento urinário e urocultura de rotina. **Periodicidade:** a critério médico

## UNIDADE DE REFERÊNCIA

### Capital

**Cimeb** – Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia

Parque Solar Boa vista

End: Av. Laurindo Régis, s/nº - Engenho Velho de Brotas, Salvador - BA, CEP 40.240-550

Tel/Fax da farmácia: 3116-4935/31171645

Horário: 8h às 18h

E-mail: cimeb@saude.ba.gov.br

### Interior

Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)



**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
Diretoria de Assistência Farmacêutica  
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

### **CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)**

- L40.0 Psoríase vulgar
- L40.1 Psoríase pustulosa generalizada
- L40.4 Psoríase gutata
- L40.8 Outras formas de psoríase

**Atenção:** Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

### **OBSERVAÇÕES**

- A monitorização da psoríase leve poderá ser realizada no ambulatório da atenção primária por médico não especialista, entretanto os pacientes que necessitam de fototerapia ou de medicamentos sistêmicos devem ser acompanhados preferencialmente em serviços especializados em dermatologia.



## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

Paciente após consulta médico comparece à farmácia do Componente especializado do CIMEB para cadastro, levando documentos e solicitações médicas, conforme exigências do PCDT.

As documentações são verificadas pela equipe de cadastro, conforme exigências do PCDT.

O CIMEB avalia a solicitação de inclusão do paciente no CEAF.

O paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)?

SIM

O paciente é informado do deferimento do processo

O paciente recebe o medicamento mensalmente no CIMEB

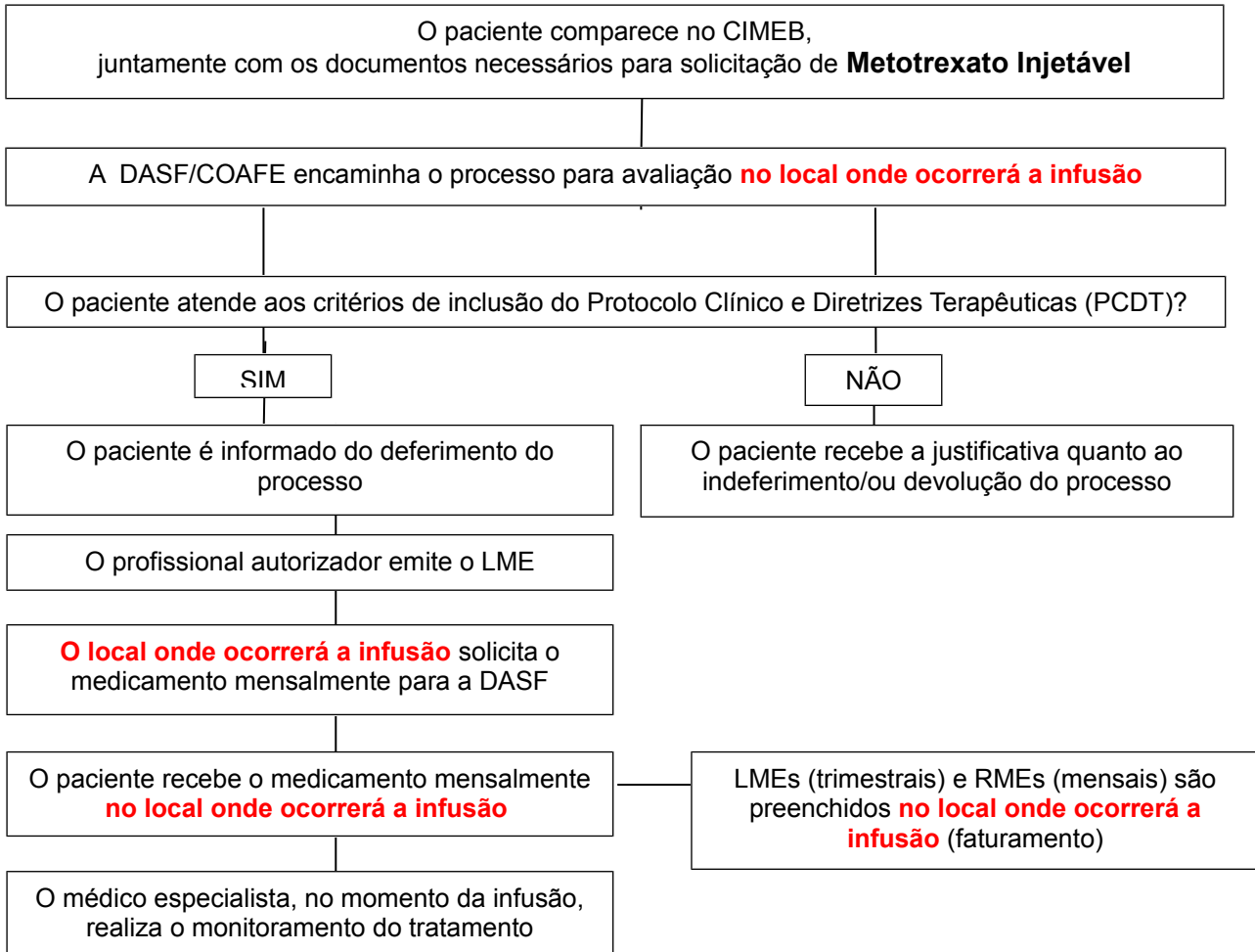
Para continuidade do tratamento, o paciente renova semestralmente as documentações (exames, LME, receita) com seu médico assistente.

NÃO

O paciente recebe a justificativa quanto ao indeferimento/ou devolução do processo

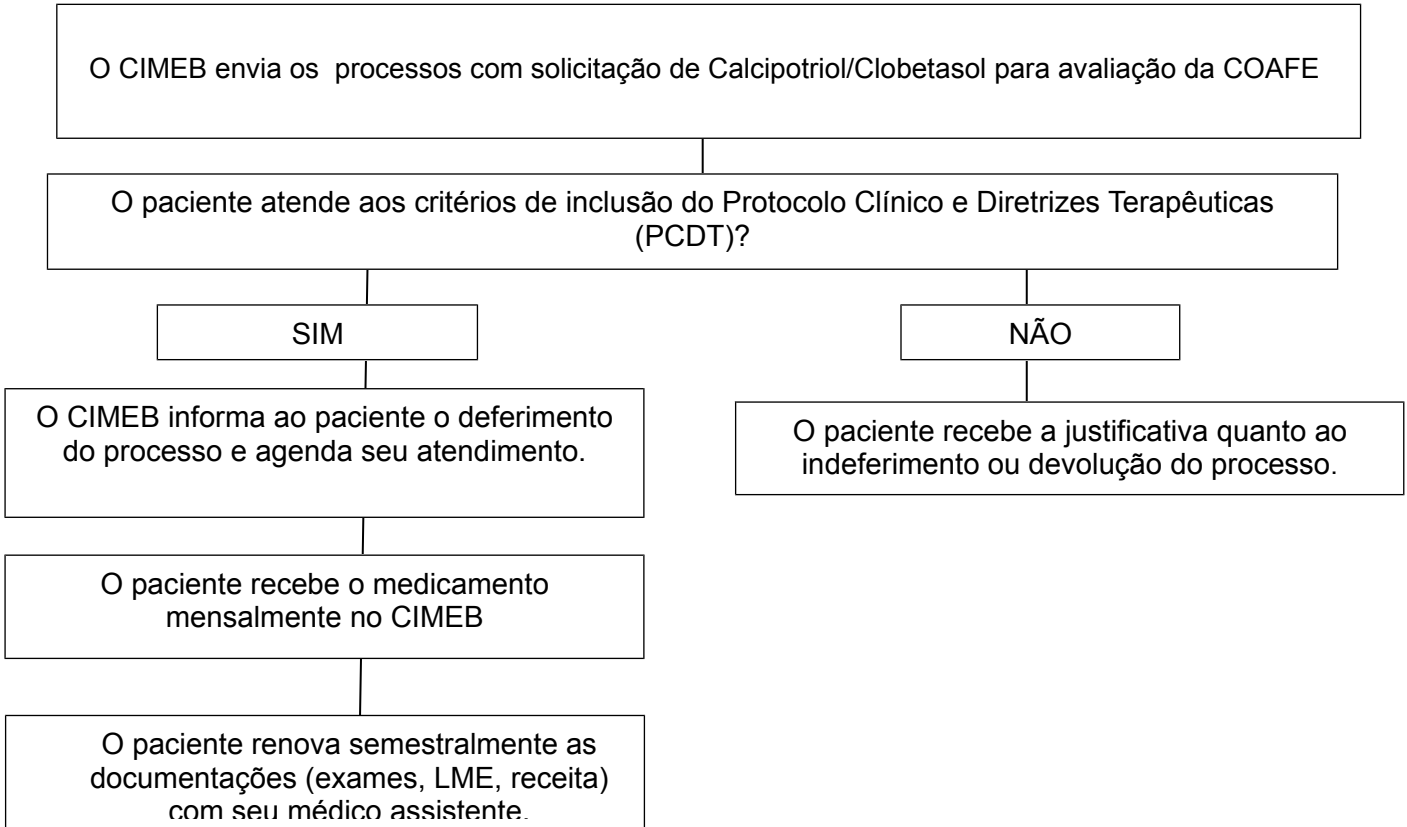


**FLUXO DE ACESSO PARA PACIENTE DE SALVADOR**  
**Metotrexato Injetável**





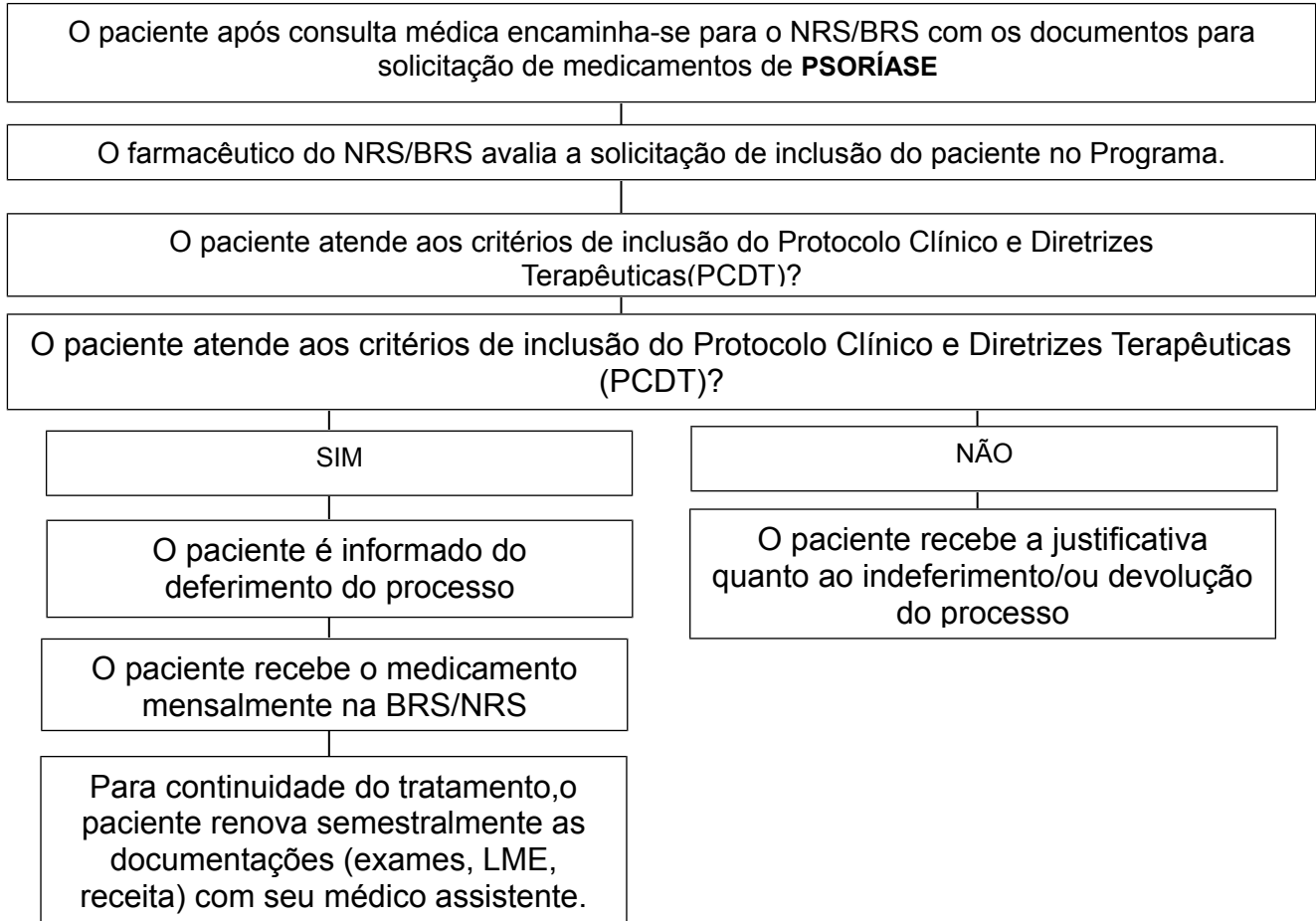
**DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR**  
**Calcipotriol e Clobetasol**







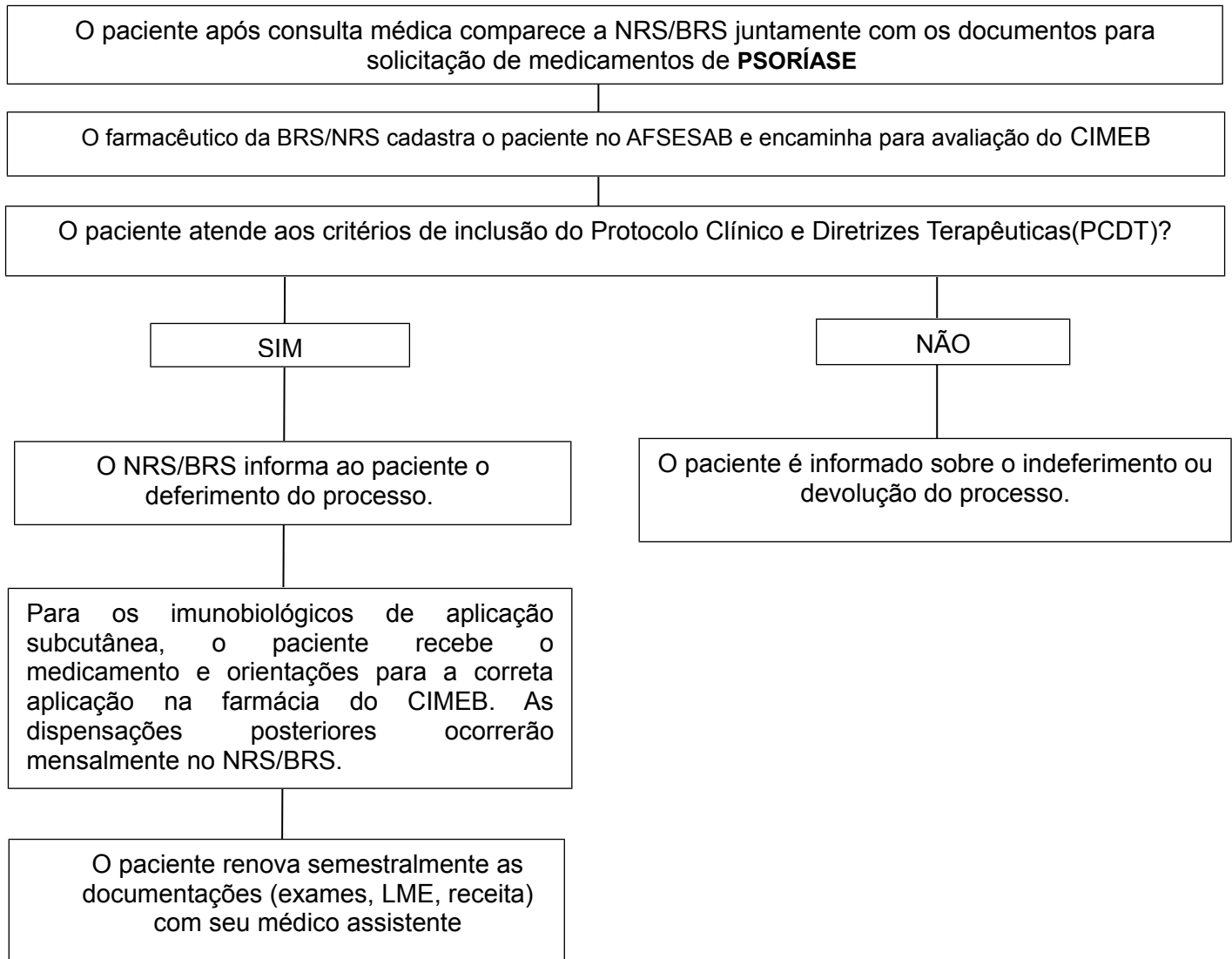
**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NUCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES  
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)  
Acitretina, Ciclosporina e Metotrexato comprimido**





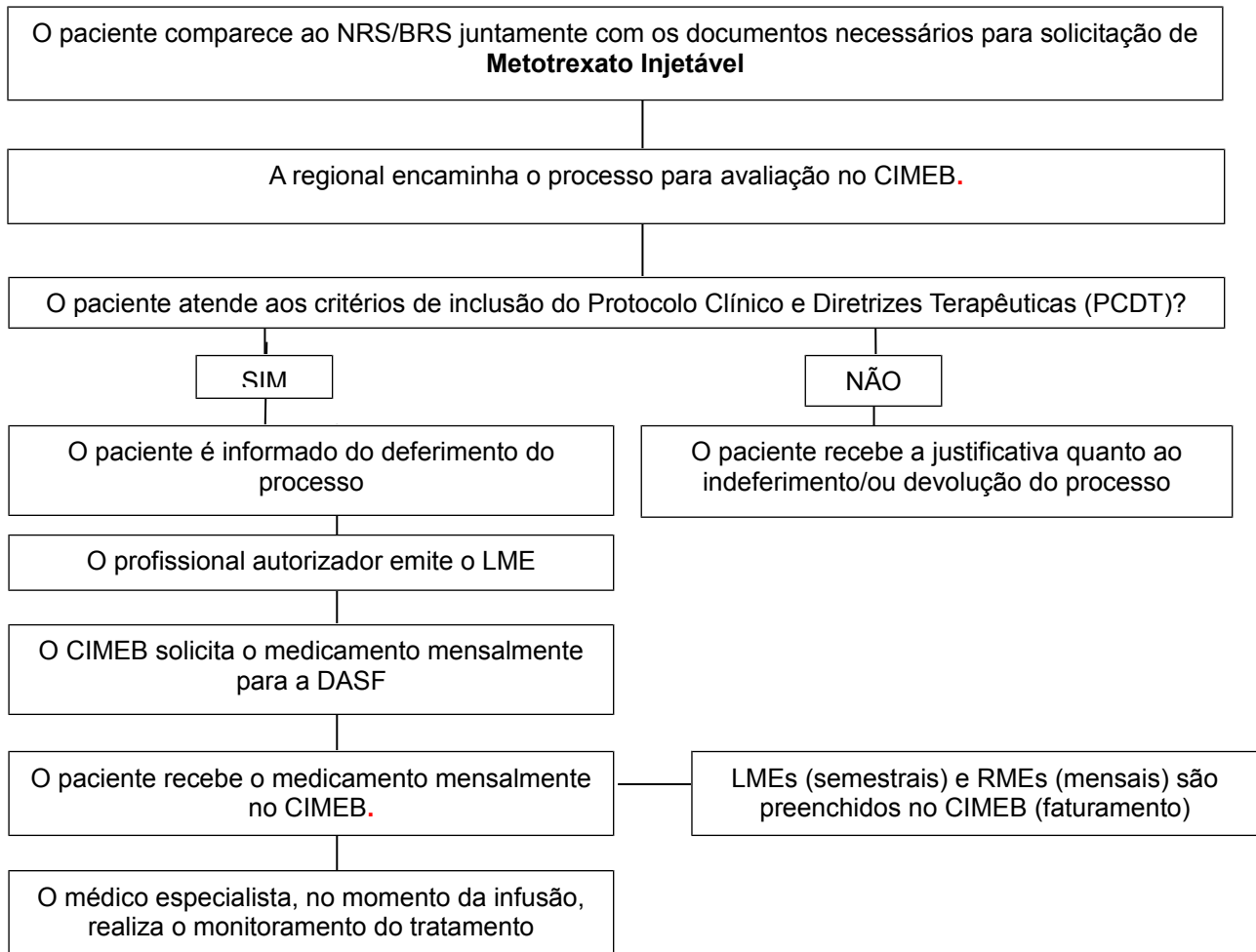
**DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA NUCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE-NRS E/OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**

**Adalimumabe, Etanercepte e Secuquinumabe.**





**DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA NUCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE-NRS E/OU BASES  
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)  
Metotrexato Injetável**





**DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA NUCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE-NRS E/OU BASES  
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)-  
Calcipotriol e Clobetasol**

