



Fluxo de Acesso  
**Artrite Psoriaca**

PORTARIA CONJUNTA Nº 09, DE 21 DE MAIO DE 2021.

**MEDICAMENTOS**

- ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- 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)
- ETANERCEPTE 25 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)
- ETANERCEPTE 50 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)
- GOLIMUMABE 50 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- LEFLUNOMIDA 20 MG (POR COMPRIMIDO)
- METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)
- METOTREXATO 25 MG/ML INJETÁVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)
- SECUQUINUMABE 150MG/ML INJETÁVEL (POR CANETA APLICADORA)
- SULFASSALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)

**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 **do Reumatologista** com CID-10, informando os seguintes dados:
- Descrição clínica detalhada conforme **critérios de CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis)**
- **Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de Artrite Psoriaca.**



### EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

#### Exames comuns para todos os medicamentos:

- Velocidade de hemossedimentação (VHS)
- Proteína C reativa (PCR)
- Fator reumatoide (FR)
- Hemograma com contagem de plaquetas
- AST/TGO
- ALT/TGP
- Dosagem Sérica de Creatinina
- Radiografia simples ou ultrassonografia (USG) das articulações.

#### Para Metotrexato também:

- HBsAg (em caso positivo, confirmar com Anti- HBc IgM)
- Anti-HCV (em caso positivo, confirmar com HCV- RNA)
- Beta HCG (para mulheres em idade fértil);
- Teste de Reação de Mantoux ( PPD)
- Ureia Sérica,
- Fosfatase Alcalina (conforme a Portaria GM/MS nº 100 – 07/02/2013)

#### Para Ciclosporina, Leflunomida e Sulfassalazina, também:

- Beta HCG (para mulheres em idade fértil);
- HBsAg (em caso positivo, confirmar com Anti- HBc IgM)
- Anti-HCV (em caso positivo, confirmar com HCV- RNA)
- Teste de Mantoux

#### Para Adalimumabe, etanercepte, infliximabe, golimumabe, e Secuquinumabe, também:

- Teste de Mantoux
- Rx de Tórax ( Laudo)
- HBsAg (em caso positivo, confirmar com Anti- HBc IgM)
- Anti-HCV (em caso positivo, confirmar com HCV- RNA)
- Anti-HIV

#### Exames para solicitação condicionados à situação clínica do paciente, conforme PCDT:

- Ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea.VHS.

### EXAMES DE MONITORAMENTO

- VHS, proteína C reativa, Hemograma, contagem de plaquetas e dosagens séricas de creatinina, AST/TGO e ALT/TGP . **Periodicidade:** a cada 1-3 meses.
- Radiografia simples ou ressonância magnética. **Periodicidade:** a critério médico.



## UNIDADES 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 40250-240

Tel: da Farmácia: 3116-4935/31171645

Horário: 7h às 18h

E-mail: [cimeb@saude.ba.gov.br](mailto:cimeb@saude.ba.gov.br)

**CREASI** - Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso

End: Av. Antônio Carlos Magalhães, s/nº, Edf. Professor José Maria de Magalhães Netto.

Salvador/ Bahia, 41820-000.

Tel: da Farmácia: 3354-3270-5739/5733

Horário: 7h às 19h

E-mail: [creasi.farmacia@saude.ba.gov.br](mailto:creasi.farmacia@saude.ba.gov.br)

### Interior

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

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

- M070 Artropatia Psoriática interfalangiana distal
- M072 Espondilite Psoriásica
- M073 Outras artropatias Psoriáticas

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**

- Doentes de AP devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista ou médicos com experiência e familiaridade com manifestações clínicas próprias desta doença, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento.
- Pacientes maiores de 60 anos residentes em Salvador e em **uso exclusivo** de medicamentos orais, deverão ser cadastrados no CREASI.
- Assim que completados 60 anos de idade, os pacientes já cadastrados no CIMEB e em **uso exclusivo** de medicamentos orais, deverão ser transferidos para o CREASI.
- Caso os pacientes cadastrados no CREASI tenham solicitação para MMCD Biológicos, deverão ser transferidos para o CIMEB, onde receberão os medicamentos orais e biológicos. Esta transferência deverá ser alinhada entre CREASI, CIMEB e COAFE.
- Os pacientes com solicitação de **Biológicos subcutâneos** iniciarão o tratamento em Salvador e em seguida serão transferidos para a Regional de origem.



## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

### MMCD Orais

O paciente com diagnóstico de Artrite Psoriásica, após consulta com médico especialista, deve encaminhar-se para a CIMEB ou CREASI (**apenas para pacientes acima de 60 anos**) para cadastramento.

A Comissão Técnica avalia a inclusão do paciente no CEAF.

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

SIM

A farmácia do CIMEB ou CREASI informa ao paciente o deferimento do processo e agenda seu atendimento.

O paciente recebe o medicamento mensalmente na farmácia do CIMEB ou .CREASI

O paciente renova semestralmente as documentações (exames, LME, receita) com seu médico assistente.

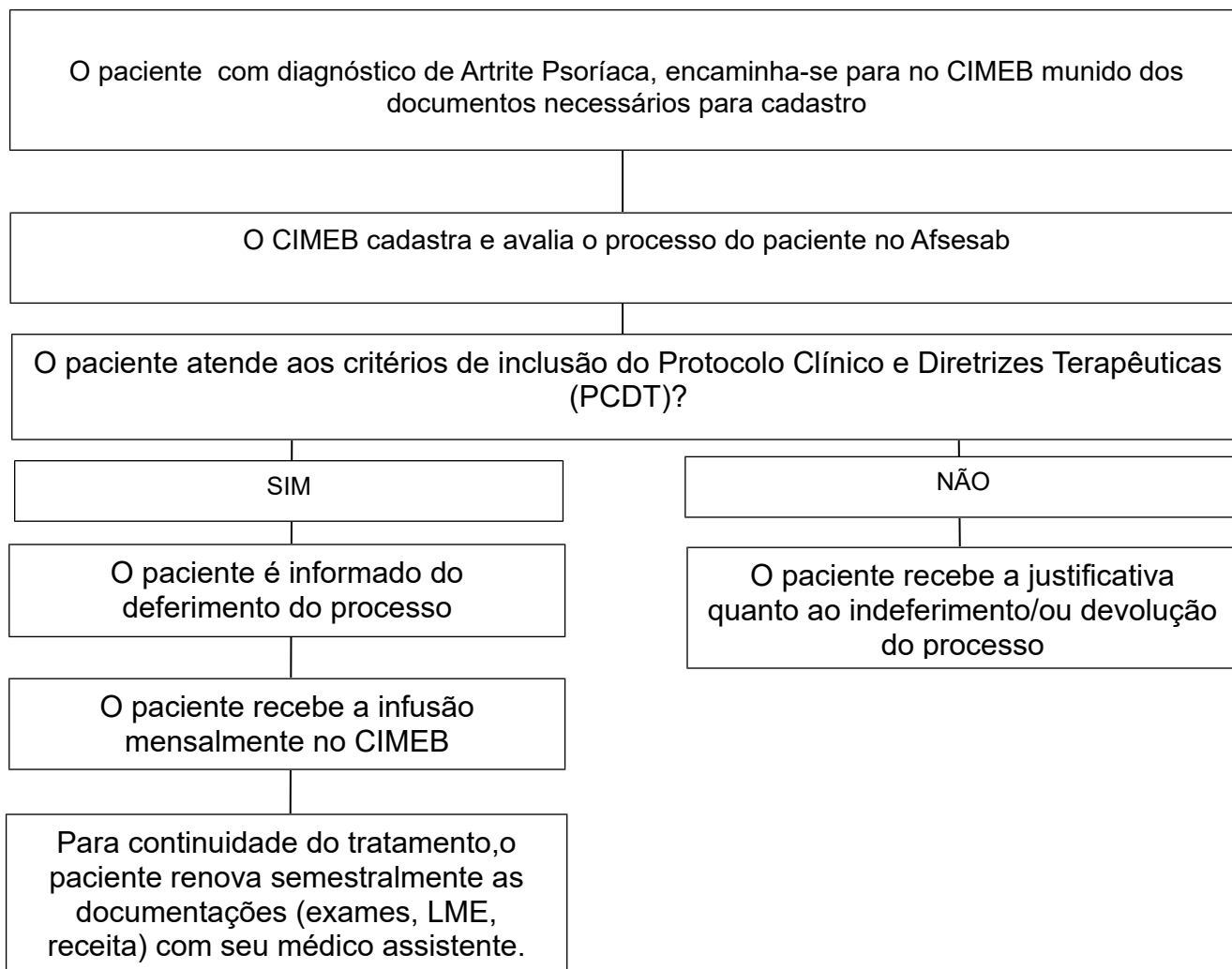
NÃO

A Comissão Técnica emite Parecer de Avaliação justificando o indeferimento ou devolução do processo.



## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

### MMCD Biológicos





**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES  
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**

**MMCD Orais**

Paciente com diagnóstico de Artrite Psoriaca, comparece a BRS/NRS juntamente com os documentos e exames necessários para solicitação de medicamento para **Artrite Psoriaca**

O farmacêutico da BRS/NRS cadastra o paciente no AFSESAB

O farmacêutico da BRS/NRS avalia a inclusão do paciente no programa

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 na BRS/NRS

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

NÃO

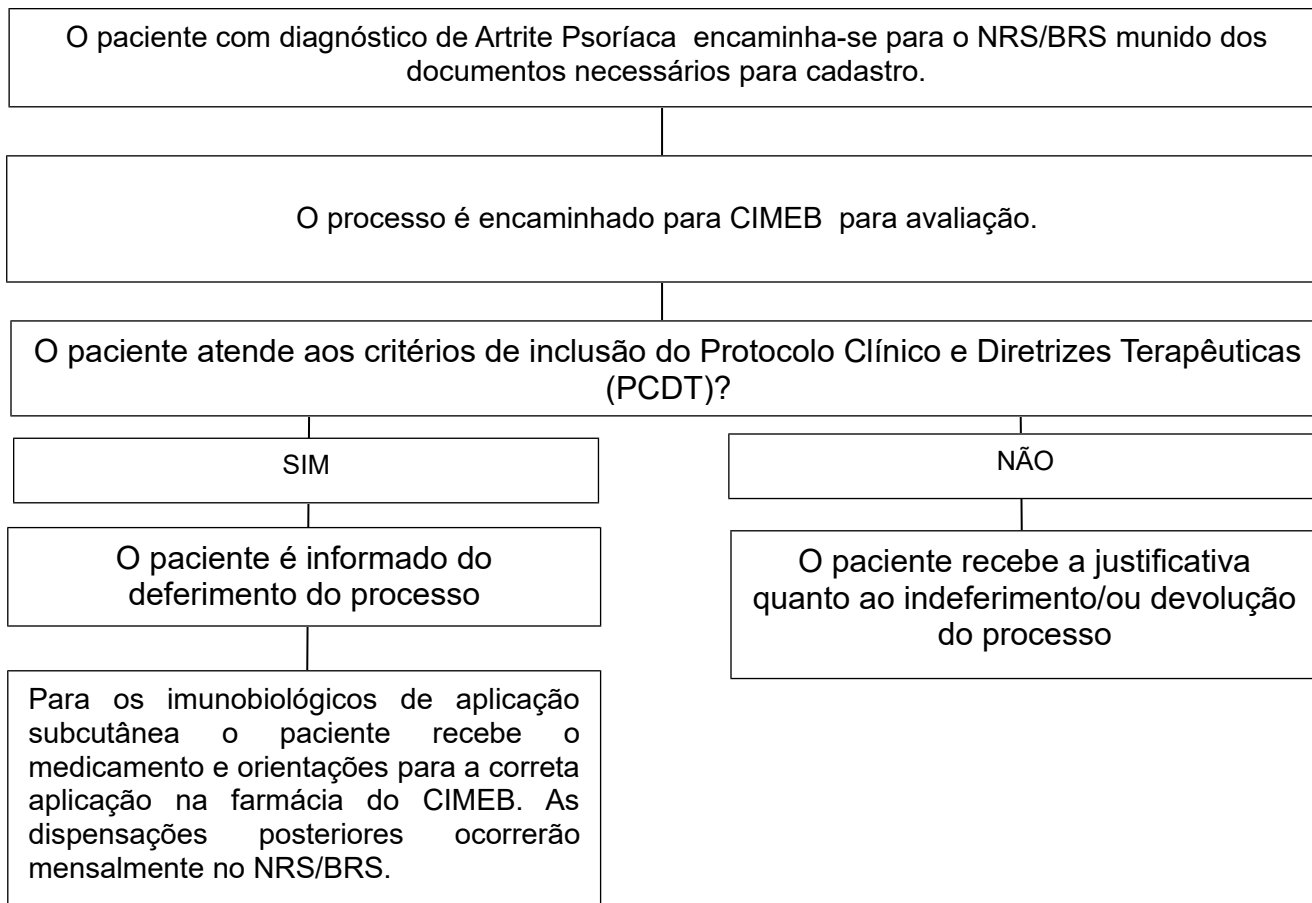
O paciente recebe a justificativa quanto ao indeferimento/ou devolução do processo



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

**MMCD BIOLÓGICO ADMINISTRADOS POR VIA SUBCUTÂNEA**

**Abatacepte, Adalimumabe, Certolizumabe, Golimumabe, Etanercepte ,Tofacitinibe**







**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES  
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**

**MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS ADMINISTRADOS POR INFUSÃO  
(Infliximabe, Rituximabe e Tocilizumabe)**

