

Fluxo de Acesso
Artrite Reumatoide Idiopática Juvenil
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 34, DE 19 DE JANEIRO DE 2026.

MEDICAMENTOS
• ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)(BIOSSIMILAR) • AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO) • 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) • INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA COM 10 ML) • LEFLUNOMIDA 20 MG (POR COMPRIMIDO) • METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO) • METOTREXATO 25 MG/ML INJETÁVEL (POR AMPOLA DE 2 ML) • SULFASSALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO) • TOCILIZUMABE 20 MG/ML INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA DE 4 ML)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
• Cópia de documento de identidade e CPF do paciente; • Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou responsável pelo paciente) • Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME),preenchido, assinado e carimbado pelo médico (renovar SEMESTRALMENTE); • Prescrição médica devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer as normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado.(LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018;PORTARIA 344, de 1998;RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011 e outros). • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; assinado pelo médico e paciente. • Formulário para Acesso aos Medicamentos de Artrite Reumatoide Juvenil, preenchido, assinado e carimbado pelo médico do paciente. OU • Relatório médico com CID-10, informando todos dados,(Critérios de Inclusão, Afastar Critérios de Exclusão, apresentar Estratégia Terapêutica utilizada para tratamento) de acordo com o PCDT.

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Exames Obrigatórios para Todos os Medicamentos:

- Fator Reumatoide – FR (validade indeterminada)
- AST/TGO (validade do exame 3 meses)
- ALT/TGP (validade do exame 3 meses)
- Creatinina Sérica (validade do exame 3 meses)
- VHS (validade do exame 3 meses)
- PCR (validade do exame 3 meses)
- Hemograma (validade do exame 3 meses)
- Beta HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada).(validade do exame 01 mês).
- Laudo do RX simples (das áreas acometidas). (validade do exame 01 ano)

Para Adalimumabe, Azatioprina, Certolizumabe pegol, Ciclosporina, Etanercepte, Infliximabe, Leflunonida, Metotrexato, Sulfassalazina, Tocilizumabe, também:

- Anti- HIV (validade do exame 01 ano)
- Anti- HCV (validade do exame 01 ano)
- Anti Hbc Total (Anticorpos IgM contra o antígeno c do HBV) (validade do exame 01 ano)
- HbsAg (validade do exame 01 ano)

Para Adalimumabe, Etanercepte, Infliximabe e Tocilizumabe, também:

- PPD ou IGRA(em caso de TB ativa ou necessidade de tratamento da ILTB, encaminhar laudo da equipe de saúde assistente informando sobre o tratamento, de acordo com o manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, e prazo para início do MMCD Biológico ou MMCDsae.
- Laudo do Rx de Tórax (validade 12 meses)

Exames para solicitação condicionada à situação clínica do paciente, conforme PCDT:(a critério médico).

- Detecção do HLA B27, se possível (validade indeterminada)
- FAN, se possível (validade indeterminada)
- Anti-CCP (apenas se o FR for negativo ou em caso de dúvida diagnóstica).
- Ultrassonografia ou Ressonância Magnética das partes(apenas nos casos de dúvida, em AR inicial sem erosões à radiografia).

EXAMES DE MONITORAMENTO

Para Todos Medicamentos:

- Escore de JADAS (Juvenile Arthritis Disease Activity Score) (avaliação trimestral). Hemograma, Creatinina, AST/ TGO e ALT/TGP. **Periodicidade:** a cada 6 meses.
- **Para Tocilizumabe, ainda:** Colesterol total, HDL, LDL, Triglicerídios.
Periodicidade: A cada 6 meses.

UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana:

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

Interior

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

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

M08.0 Artrite reumatoide juvenil

M08.1 Espondilite anquilosante juvenil

M08.2 Artrite juvenil com início sistêmico

M08.3 AIJ poliarticular juvenil

M08.4 Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular)

M08.8 Outras artrites juvenis

M08.9 Artrite juvenil não especificada

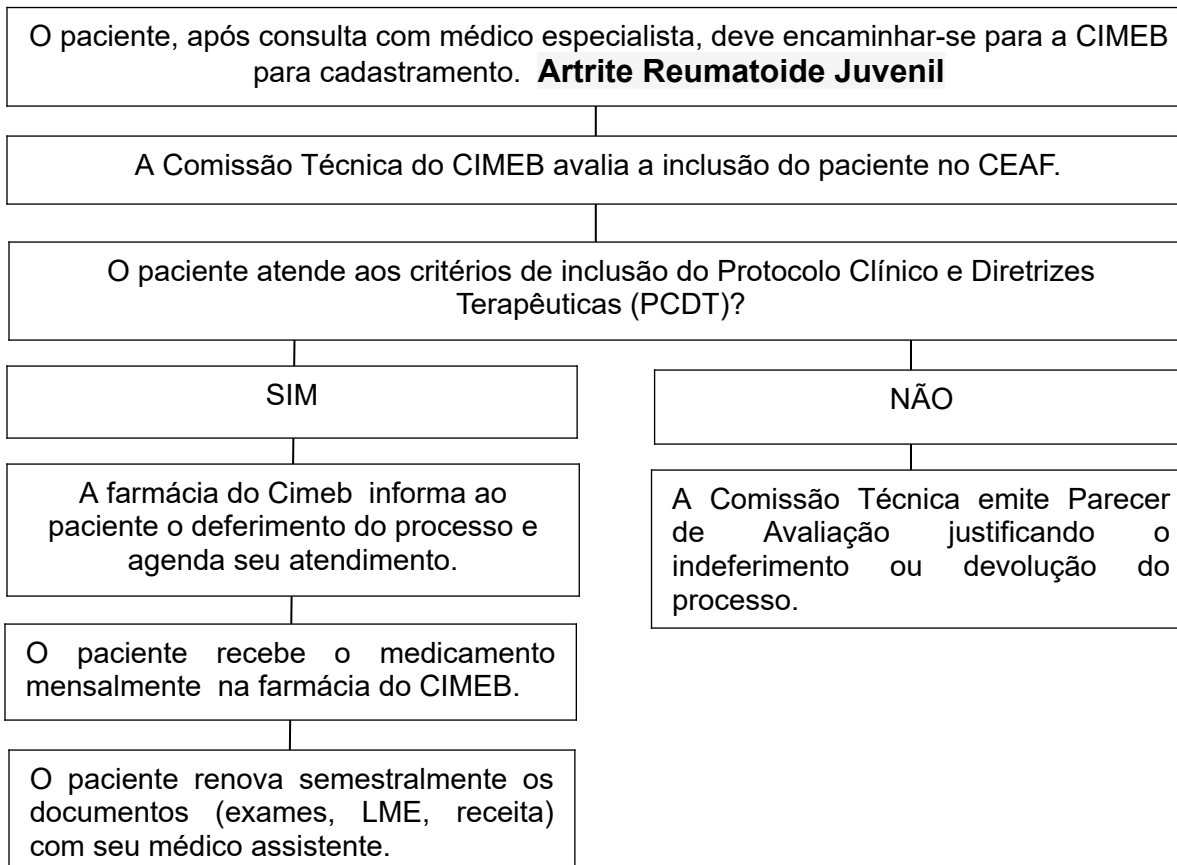
Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

OBSERVAÇÕES

- Enquanto estiverem em uso de MMDCbio e MMCDsae, o paciente deve ser acompanhado periodicamente para sinais e sintomas de TB. Pacientes com PT<5 mm necessitam repetir a PT anualmente. Não há necessidade de repetir a radiografia simples de tórax, caso não haja suspeita clínica de TB.
- Recomenda-se que o médico responsável pelo tratamento tenha experiência e seja treinado nessa atividade, devendo ser preferencialmente Reumatologista, seguindo OBRIGATORIAMENTE as orientações do PCDT.

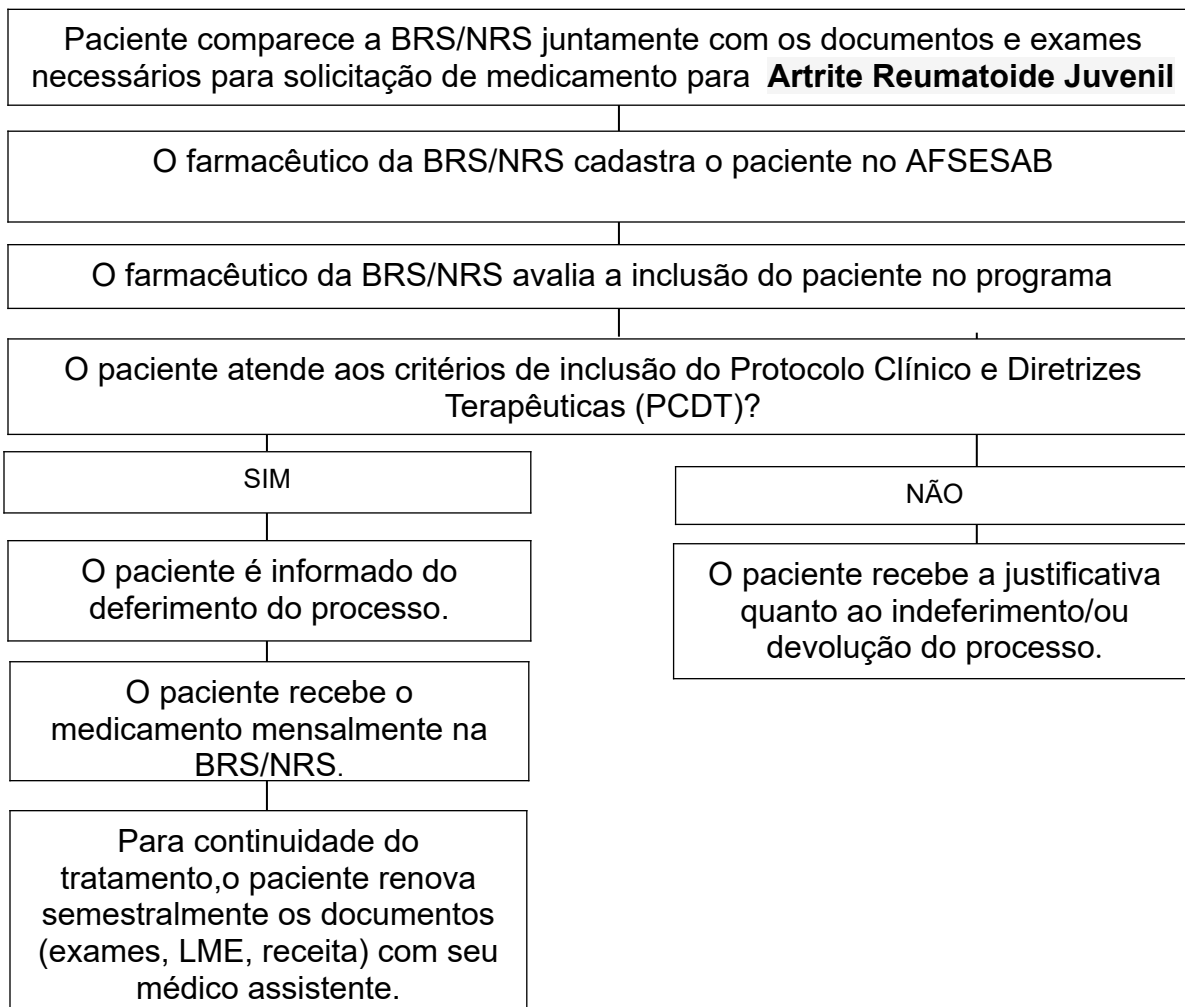
DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

TODOS OS MEDICAMENTOS



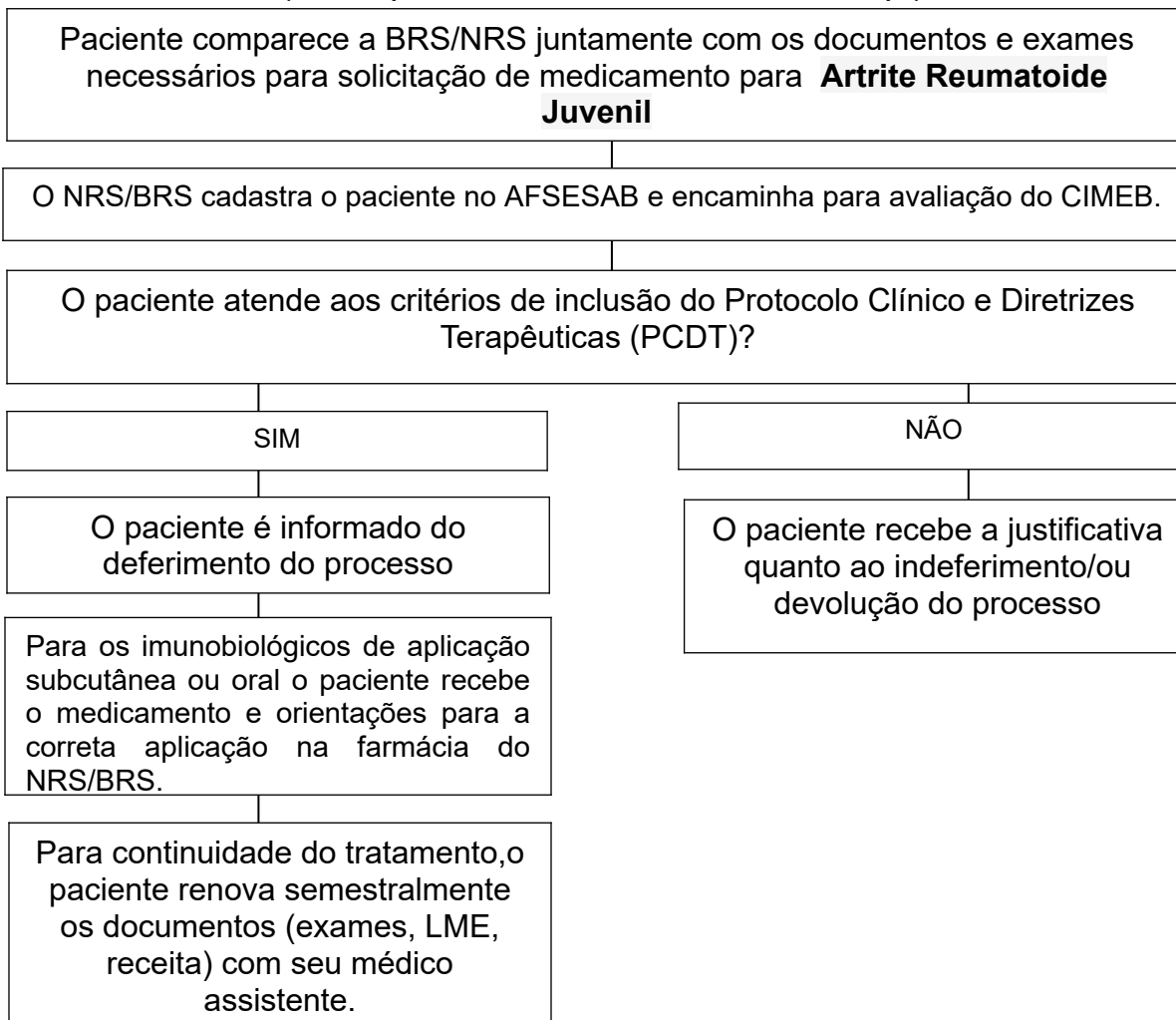
**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**

MEDICAMENTOS ORAIS



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

**MMCD BIOLÓGICO ADMINISTRADOS POR VIA ORAL OU SUBCUTÂNEA
(Abatacept, Adalimumabe, Certolizumabe, Etanercept)**



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

MMCB Biológicos Administrados por Infusão (Infiximabe, Tocilizumabe)

Paciente comparece a BRS/NRS juntamente com os documentos e exames necessários para solicitação de medicamento para **Artrite Reumatoide Juvenil**.

O NRS/BRS cadastra o paciente no AFSESAB e encaminha para avaliação do CIMEB.

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

SIM

Após o deferimento, é solicitado ao MS o estoque para atendimento do paciente.

Com a chegada no estoque, é realizado o agendamento da infusão do medicamento na Unidade CIMEB ou Unidade determinada pela SAIS.

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

NÃO

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