

Fluxo de Acesso da Artrite Reumatoide
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 33, DE 19 DE JANEIRO DE 2026.

MEDICAMENTOS

- ABATACEPTE 125 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA) (BIOSSIMILAR)
- AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)
- BARICITINIBE 2MG (POR COMPRIMIDO)
- BARICITINIBE 4MG (POR COMPRIMIDO)
- CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML 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)
- CITRATO DE TOFACITINIBE 5 MG (POR COMPRIMIDO)
- ETANERCEPTE 25 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)
- ETANERCEPTE 50 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)
- GOLIMUMABE 50 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- HIDROXICLOROQUINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)
- 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)
- RITUXIMABE 500 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA DE 50 ML)
- SULFASSALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)
- TOCILIZUMABE 20 MG/ML INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA DE 4 ML)
- TOFACITINIBE 5 MG (POR COMPRIMIDO)
- UPADACITINIBE 15 MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA).

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; (em nome do paciente ou do responsável pelo paciente).
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente 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 e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente.
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER para medicamentos contraindicados na Gestação.
- Formulário para Acesso aos Medicamentos de Artrite Reumatoide, 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.

No Relatório deverão constar as seguintes informações:

1. Descrição dos sinais e sintomas articulares com ao menos um score de Atividade da Doença; de escolha do médico assistente - CDAI - Índice Clínico de Atividade da Doença; ou DAS-28 - índice de atividade de doença (28 articulações); ou SDAI - Índice Simplificado de Atividade da Doença).

2. Início e duração dos sintomas; 3. Descrição de que foi realizada avaliação clínica para afastar tuberculose ativa e outras infecções; 4. Descrição de quais medicamentos já foram utilizados e Duração de Tratamentos Prévios.

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)
- Sumário de Urina (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 1 mês)
- Laudo do RX simples (da área acometida) (validade do exame 01 ano)

Para uso da Hidroxicloroquina, ainda:

- Avaliação Oftalmológica para afastar maculopatia

Para Abatacepte, Adalimumabe, Azatioprina, Baricitinibe, Certolizumabe pegol, Ciclosporina, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Leflunonida, Metotrexato, Rituximabe, Sulfassalazina, Tocilizumabe, Tofacitinibe, Upadacitinibe também:

- Anti- HIV (validade do exame 01 ano)
- HCV (validade do exame 01 ano)
- Anti-HBc Total **OU** Anti-HBc IgM
- HbsAg (validade do exame 01 ano)

Para Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe,

Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe, Upadacitinibe, 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

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

- 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).

Para uso dos medicamentos Baricitinibe, Tofacitinibe e Upadacitinibe: Ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética, nos casos de história pessoal de tromboembolismo venoso (TEV). Em Pacientes com suspeita de Trombose Venosa Profunda (TVP) e o Tromboembolismo Pulmonar (TEP).

EXAMES DE MONITORAMENTO

Para Todos Medicamentos:

- Hemograma, Creatinina, AST/ TGO e ALT/TGP. **Periodicidade:** a cada 6 meses.
- **Para Hidroxicloroquina, ainda:** Avaliação Oftalmológica inicial deverá ser feita por oftalmologista até 6 meses após o início do tratamento, depois **Periodicidade:** anual após 5 anos (ou anualmente se houver fatores de risco para maculopatia).
 - **ParaTocilizumabe, ainda:** Colesterol total, HDL, LDL, Triglicerídios.
Periodicidade: A cada 6 meses.

UNIDADES DE REFERÊNCIAS

Capital e Regiões Metropolitanas

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

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: 07h às 19h

E-mail: 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)

M05.0 Síndrome de Felty

M05.1 Doença reumatoide do pulmão

M05.2 Vasculite reumatoide

M05.3 Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M05.8 Outras artrites reumatoides soropositivas

M06.0 Artrite reumatoide soronegativa

M06.8 Outras artrites reumatoides especificadas

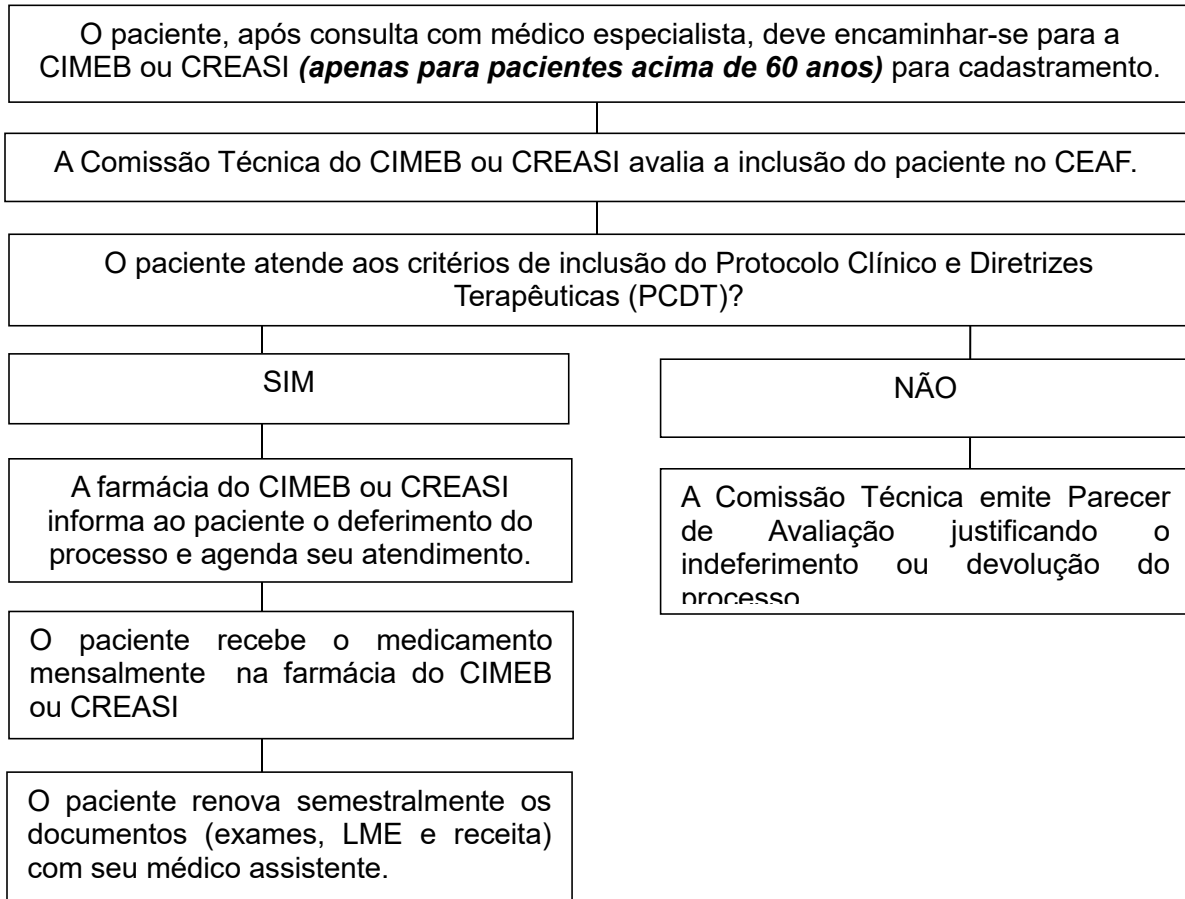
Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

OBSERVAÇÕES

- 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.
- **HUPES - Hospital Universitário Professor Edgar Santos - O atendimento na Farmácia do CEAF do HUPES, será apenas para o paciente matriculado no ambulatório do hospital**

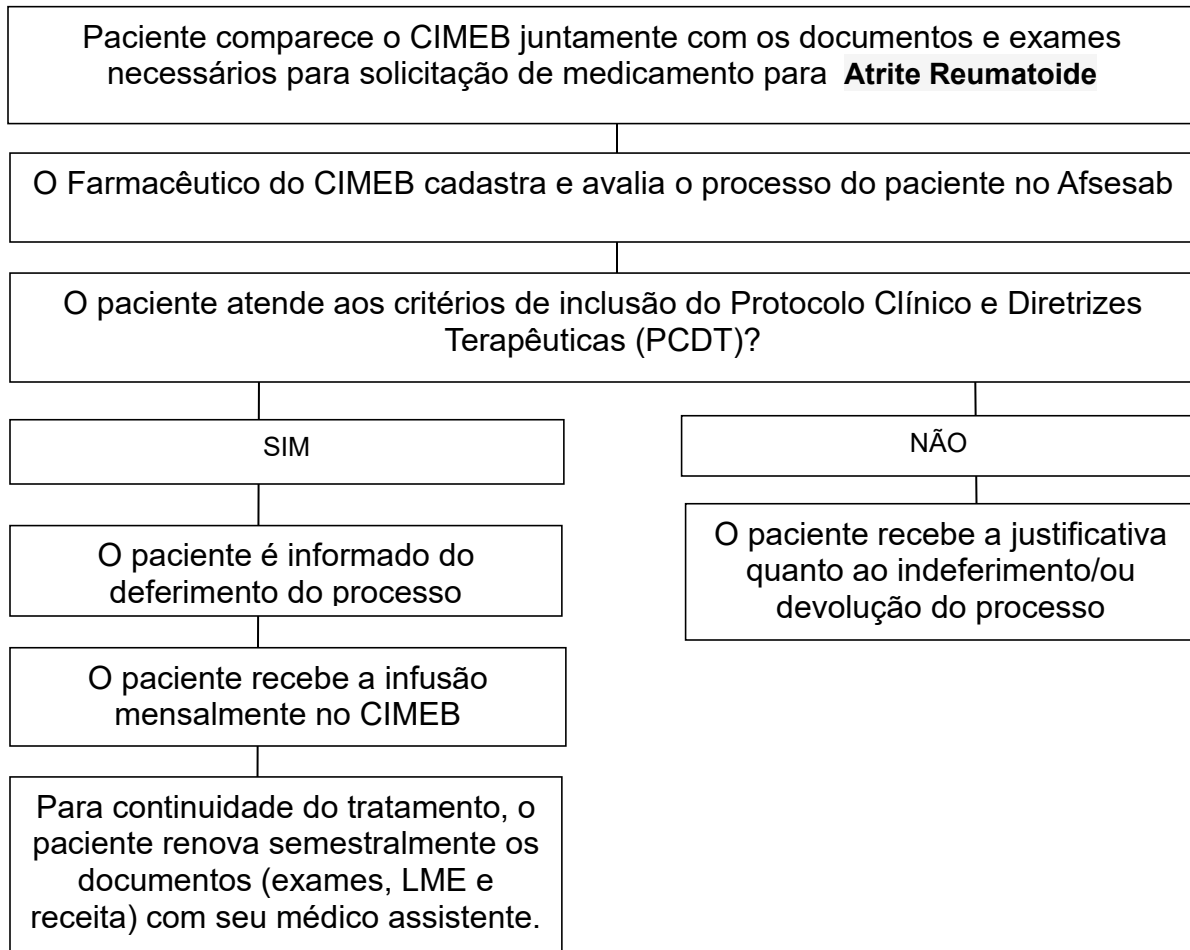
DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

MMCD ORAIS



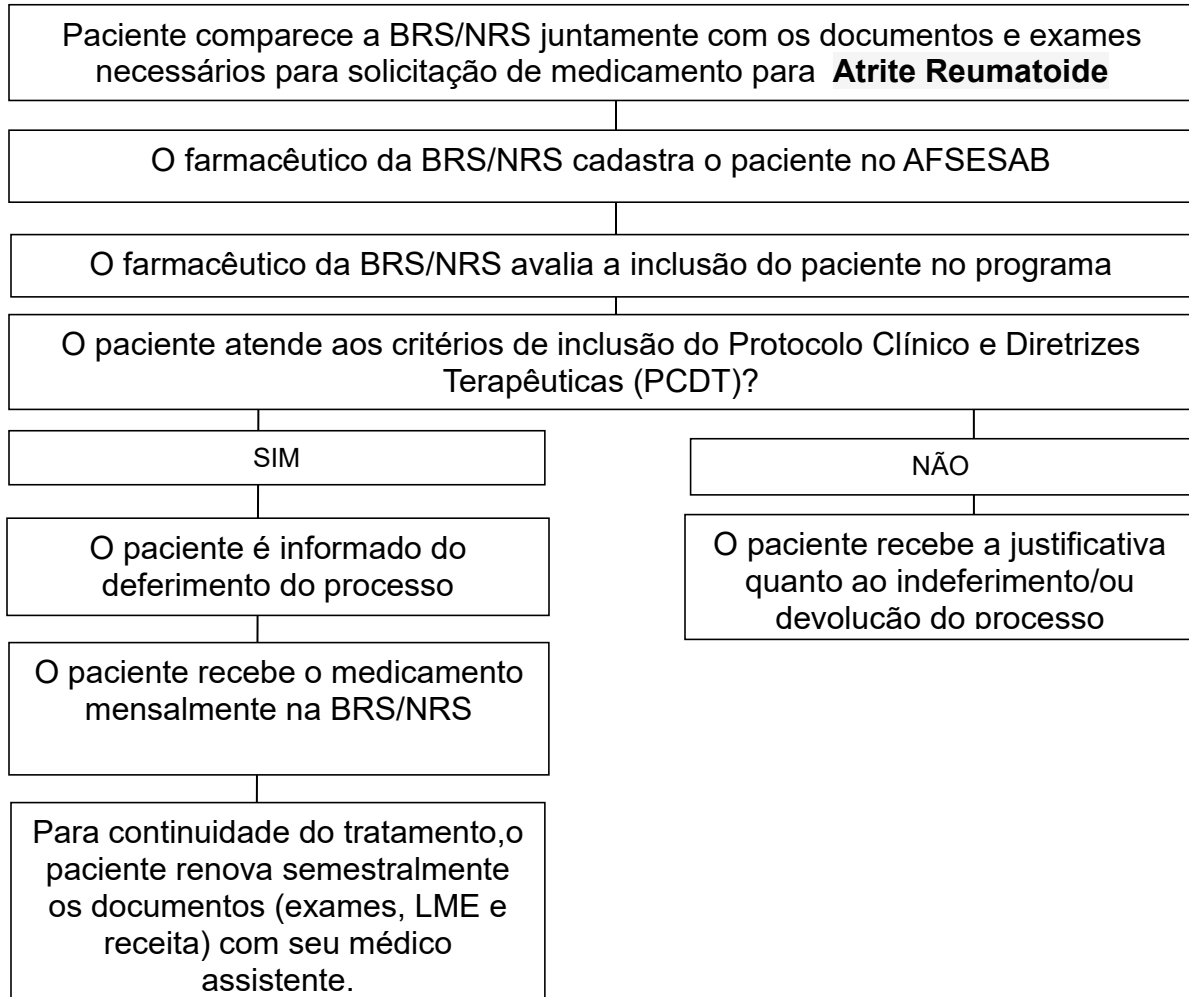
DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

MMCD Biológicos



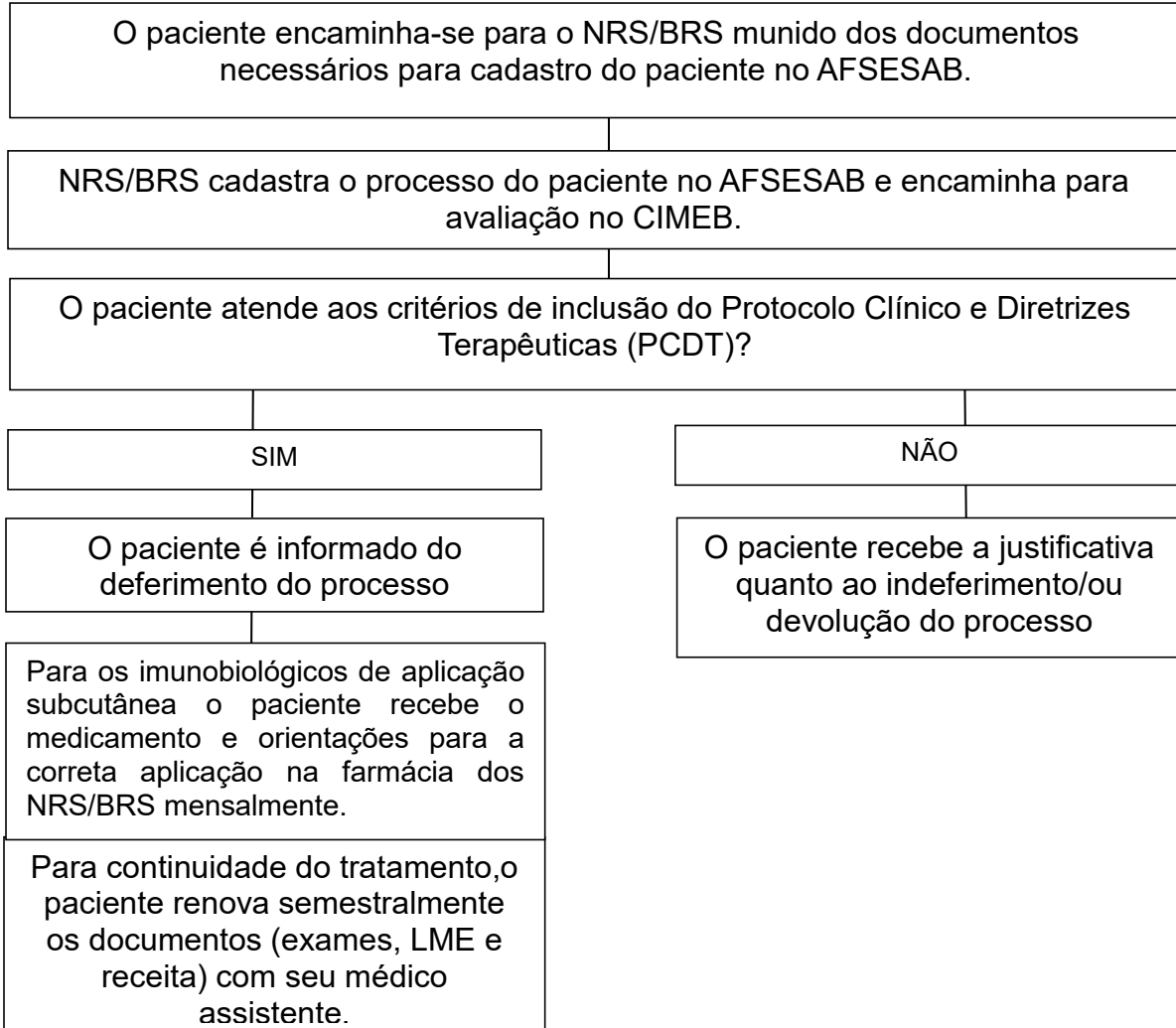
FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)

MMCD ORAIS



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
Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe, Golimumabe, Etanercepte,
Tofacitinibe, Upadacitinibe



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)**

