



Fluxo de Acesso - Artrite Psoriaca
PORTARIA CONJUNTA Nº 37, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

MEDICAMENTOS

- ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)(BIOSSIMILAR)
- 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)
- ETANERCEPTE 25 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA)
- ETANERCEPTE 50 MG INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)
- GOLIMUMABE 50 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- INFlixIMABE 10 MG/ML INJETÁVEL (POR FRASCO- AMPOLA COM 10 ML) (BIOSSIMILAR)
- 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)
- TOFACITINIBE 5 MG (POR COMPRIMIDO)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou responsável legal)
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente (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 – Medicamentos Contraindicados na Gestação
- Termo de Responsabilidade para Aplicação.
- Formulário de Acesso aos Medicamentos para **Artrite Psoriaca**, preenchido assinado e carimbado pelo médico.
- Relatório do médico assistente com CID-10, informando os seguintes dados:
- Descrição clínica detalhada conforme **critérios de CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis) (Pacientes que preencham os critérios CASPAR para Artrite Psoriásica, devendo ter doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) e atingir 3 (três) ou mais pontos das categorias).**
- **Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de Artrite Psoriaca.** (Porfiria, tuberculose sem tratamento, hepatites B ou C agudas, forma sistêmica de artrite idiopática juvenil, elevação de AST/ALT ≥ 3 X acima do LSN, obstrução urinária ou intestinal, depleção da medula óssea ou insuficiência renal moderada a grave)



EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Exames para Todos os Medicamentos:

- Velocidade de Hemossedimentação (VHS) (validade 3 meses)
- Proteína C reativa (PCR) (validade 3 meses)
- Fator Reumatoide (FR) (validade 12 meses)
- Hemograma com contagem de plaquetas
- AST/TGO (validade 3 meses)
- ALT/TGP (validade 3 meses)
- Dosagem Sérica de Creatinina (validade 3 meses)
- Radiografia simples ou ultrassonografia (USG) das articulações. (validade 12 meses)
- HBsAg (validade 12 meses)
- Anti- HBc IgM (validade 12 meses)
- HCV (em caso positivo, confirmar com HCV- RNA) (validade 12 meses)
- HIV (validade 12 meses)
- Beta HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada); (validade 1 mês)
- Ureia Sérica (validade 3 meses)

Para Adalimumabe, Certolizumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Secuquinumabe, e Tofacitinibe, 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 6 meses)

Exames para Solicitação Condicionados à situação clínica do paciente, conforme PCDT:

- Ressonância Magnética (RM), Tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea.

Para uso do medicamento Tofacitinibe:

- 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 os Medicamentos:

- VHS, Proteína C Reativa,(PCR), Hemograma, contagem de plaquetas, Dosagens Séricas de Creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, **Periodicidade:** a cada 6 meses.
- Radiografia simples ou ressonância magnética. **Periodicidade:** a critério médico.



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: 8h às 17h

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: 8h às 17h

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)

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/>

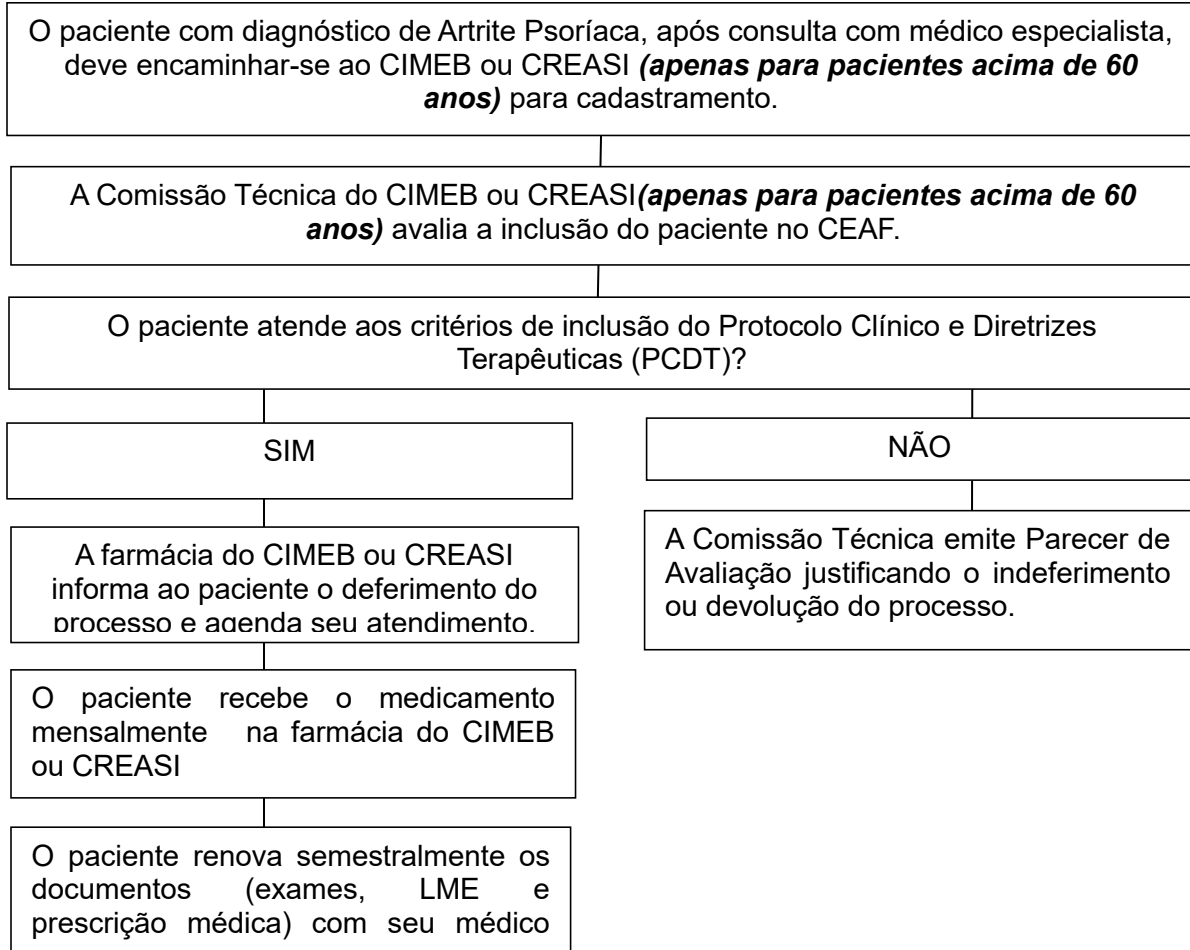
OBSERVAÇÕES

- Pacientes de AP devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, que conte com Reumatologista, dermatologista ou médicos com experiência e familiaridade com manifestações clínicas próprias desta doença, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento.
- O atendimento na farmácia do CEAF do HUPES para os medicamentos orais, será apenas para o paciente matriculado no ambulatório do hospital para assistência médica nesta patologia.
- 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.



DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

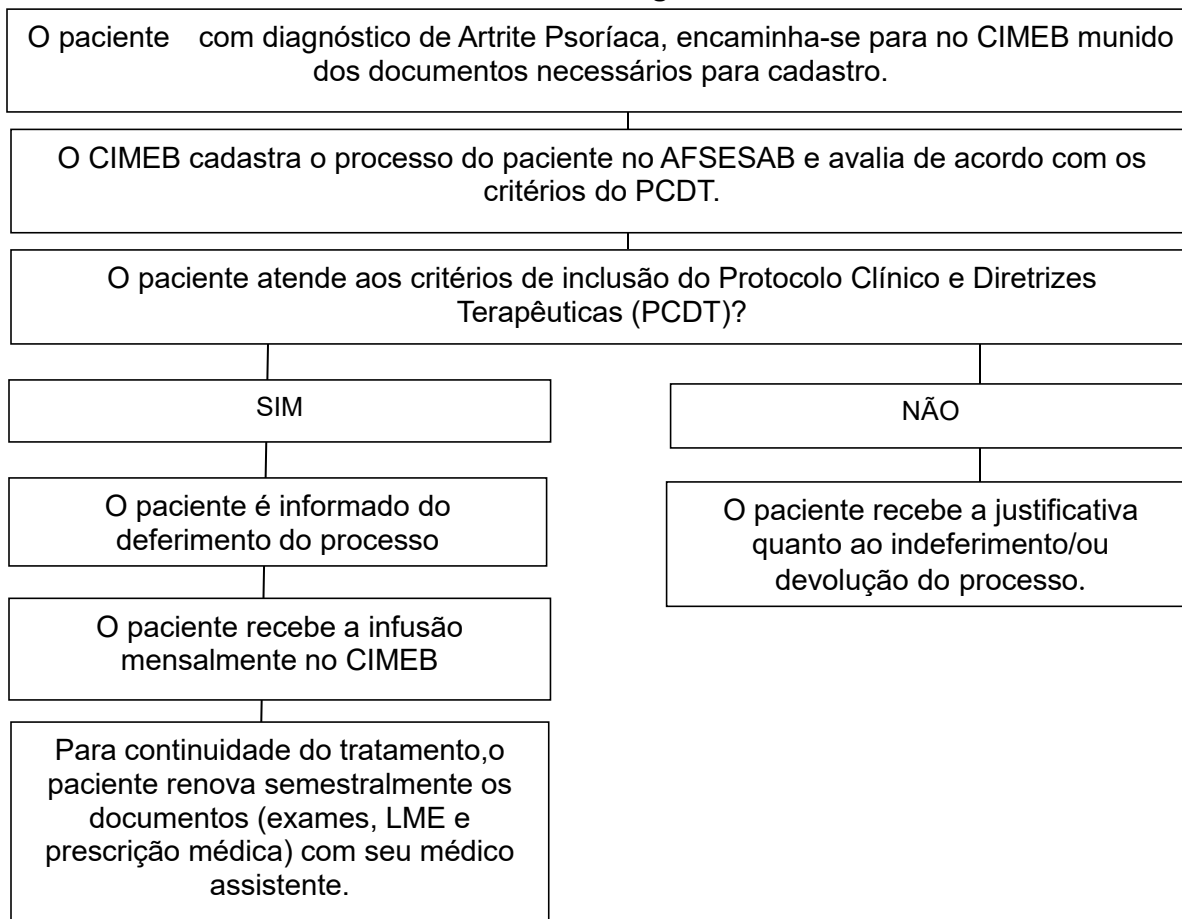
MMCD Orais





DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

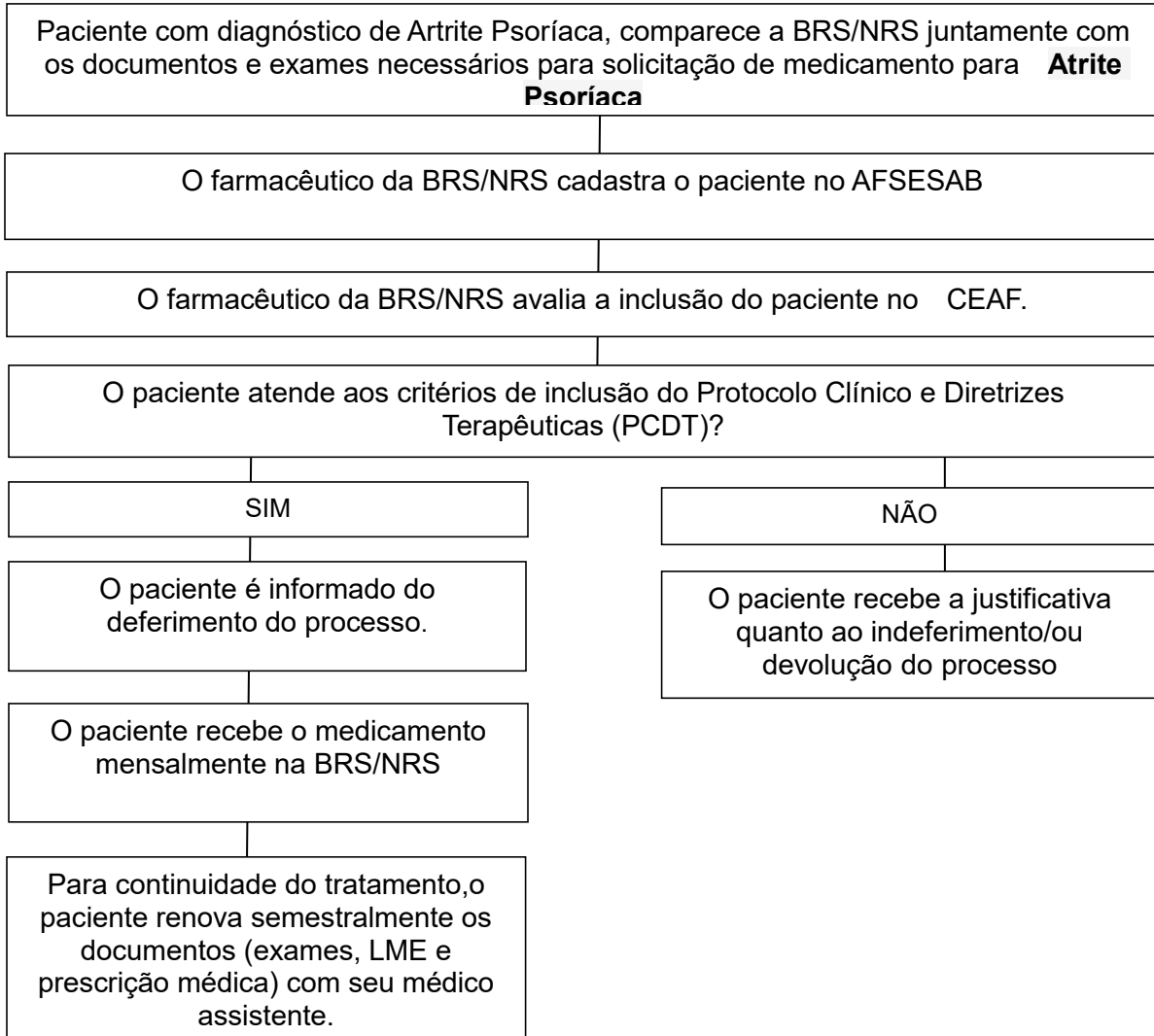
MMCD Biológicos





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

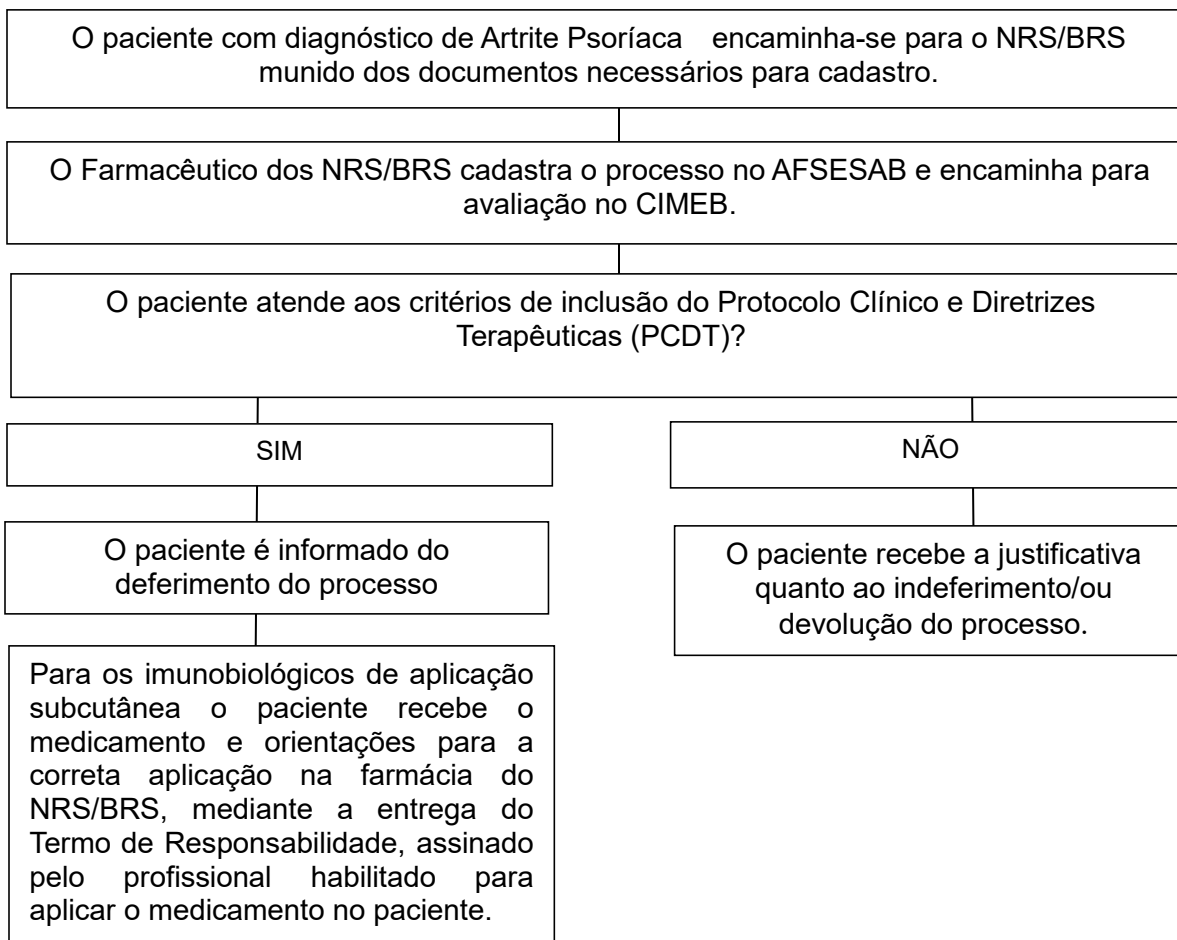
MMCD Orais





**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 biossimilar, 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, Metotrexato injetável, Rituximabe e Tocilizumabe)**

