



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 documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência do paciente ou de seu responsável legal. Se em nome de terceiros, preencher formulário específico;
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME) adequadamente preenchido (renovar SEMESTRALMENTE) ([clique aqui](#));
- Prescrição médica adequadamente preenchida, em conformidade com a legislação sanitária aplicável (Lei nº 13.732/2018, Portaria SVS/MS nº 344/1998, RDC nº 20/2011 e demais normativas vigentes);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) da patologia adequadamente preenchido ;
- Formulário de acesso aos medicamentos para Artrite Reumatóide, adequadamente preenchido; **OU**
- Relatório médico com CID-10, informando a história clínica do paciente, tratamento medicamentoso realizado, os critérios de inclusão e ausência dos critérios de exclusão ou contra-indicação ao medicamento solicitado, conforme PCDT da patologia.

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).
- **Para Tocilizumabe, ainda:** Colesterol total, HDL, LDL, Triglicerídios.

Periodicidade: A cada 6 meses.

UNIDADES DE REFERÊNCIA

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/>



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

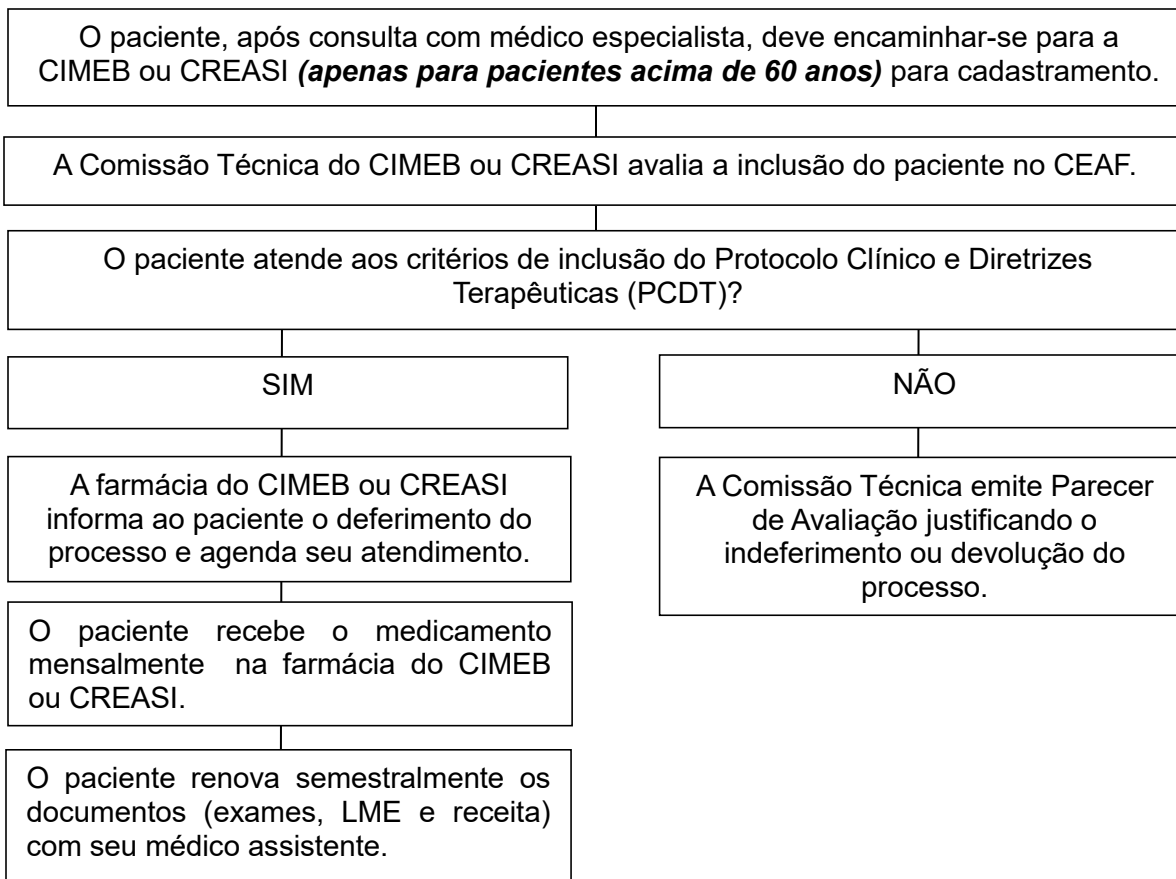
OBSERVAÇÕES

- 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

Paciente comparece o CIMEB juntamente com os documentos e exames necessários para solicitação de medicamento para **Atrite Reumatoide**

O Farmacêutico do CIMEB cadastra e avalia o processo do paciente no Afsesab

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 a infusão mensal no CIMEB.

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

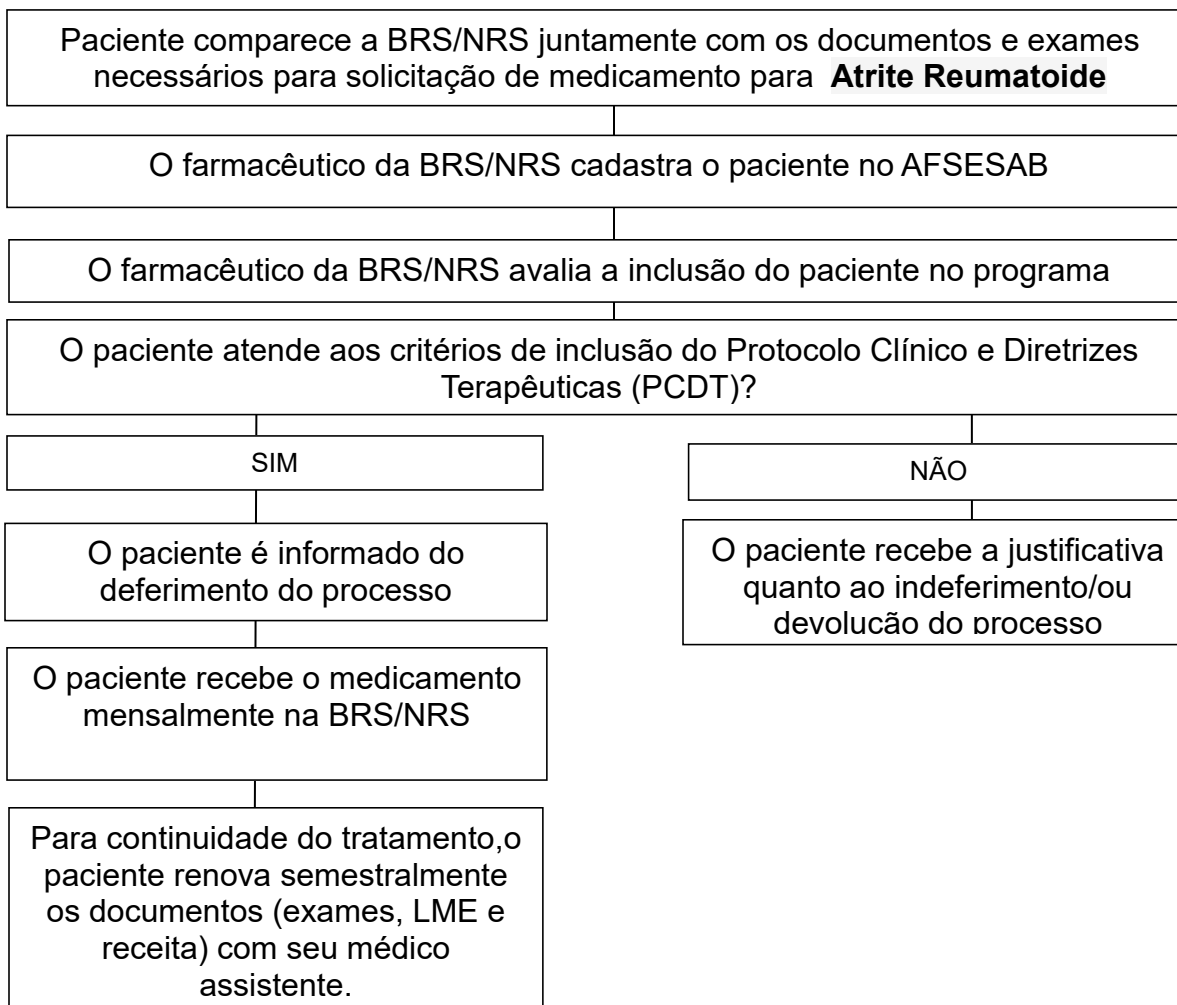
NÃO

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



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)

