



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

Fluxo de Acesso - Doença de Crohn
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 51, DE 18 DE MAIO DE 2026.

MEDICAMENTOS

- ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (F. A)(BIOSSIMILAR) pacientes de 2 a 5 anos
- ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)(BIOSSIMILAR)
- AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)
- CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)
- INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETÁVEL (POR FRASCO - AMPOLA COM 10 ML)(BIOSSIMILAR)
- MESALAZINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)
- MESALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)
- MESALAZINA 800 MG (POR COMPRIMIDO)
- METOTREXATO 25 MG/ML INJETÁVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)
- SULFASSALAZINA 500 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 pelo paciente)
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado LME, adequadamente preenchido. (renovar SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica adequadamente 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; adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente.
- Formulário de Acesso aos medicamentos para Doença de Crohn, adequadamente preenchido e assinado pelo médico; **OU**
- Relatório médico com CID-10 informando: a história clínica do paciente.
Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de **Doença de Crohn**. (deve está descrito no relatório médico, localização da doença, o grau de atividade e os sinais e sintomas da doença; também o relatório médico deve afastar sinais e sintomas de tuberculose ativa e outras doenças infecciosas.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Exames obrigatórios para todos os medicamentos:

- Cópia do Laudo da Colonoscopia, **ou** (validade indeterminada)
- Retossigmoidoscopia, **ou** (validade indeterminada)
- Radiografia do Trânsito do Intestino delgado, **ou** (validade indeterminada)
- Tomografia Computadorizada Enteral, **ou** (validade indeterminada)
- Ressonância Magnética Enteral Cirúrgico, **ou** (validade indeterminada)
- Laudo Anátomo - Patológico com diagnóstico de Doença de Crohn. (validade indeterminada)
- Proteína C reativa (PCR) (validade 3 meses) Ou
- Calprotectina fecal (CF) (diferencia doenças inflamatórias intestinais (como Crohn e retocolite ulcerativa) de distúrbios funcionais (como a síndrome do intestino irritável). (validade 3 meses)
- Hemograma, contagem de plaquetas (validade 3 meses)
- Fosfatase alcalina (validade 3 meses)
- Creatinina Sérica. (validade 3 meses)
- AST/TGO (validade 3 meses)
- ALT/TGP (validade 3 meses)

Para sulfassalazina e mesalazina, ainda:

- Sumário de urina (validade 3 meses)

Para Metotrexato, ainda:

- Beta- HCG (**para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada**). (validade 30 dias)

Para Adalimumabe e Certolizumabe pegol, Infliximabe, ainda:

- Anti-HBC (total ou IGM) (validade do exame 12 meses)
- Anti-HCV (validade do exame 12 meses)
- Anti-HIV (validade do exame 12 meses)
- Anti-HBs (validade do exame 12 meses)
- HBsAg (validade do exame 12 meses)
- Radiografia de Tórax (Laudo) (validade 12 meses)
- 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.

EXAMES DE MONITORAMENTO

Para sulfassalazina e mesalazina:

- Hemograma, Creatinina e Sumário de Urina. **Periodicidade:** a cada 6 meses.

Para azatioprina:

- Hemograma. **Periodicidade:** semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente no segundo e terceiro meses e, após, mensalmente e quando houver mudança de dose
- TGO/AST, TGP/ ALT. **Periodicidade:** a cada 6 meses.

Para metotrexato:

- Hemograma, AST /TGO, ALT/TGP, Fosfatase Alcalina e Creatinina Sérica.
Periodicidade: a cada 6 meses, ou conforme necessidade clínica.

Para Adalimumabe, Certolizumabe, infliximabe:

Hemograma, Ureia, Creatinina Sérica, AST/TGO, ALT/TGP, PCR, VHS, Sumário de Urina
Periodicidade: a cada 04 meses.

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

- **Em caso de troca de medicamento ou aumento da dose:** a avaliação deverá ser realizada na unidade responsável pela avaliação inicial.
- **Em caso de continuidade do tratamento, sem troca de medicamento ou sem aumento da dose:** a avaliação deverá ser realizada na unidade de cadastro.

Atenção: quando houver troca de medicamento ou aumento da dose, a solicitação deverá ser realizada por médico especialista, se previsto para a patologia em questão.

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

Horário: 7h às 18h

Tel: da Farmácia: 3116-4935/31171645

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)**

- K500 Doença de crohn do intestino delgado
- K501 Doença de crohn do intestino grosso
- K508 Outra forma de doença de crohn

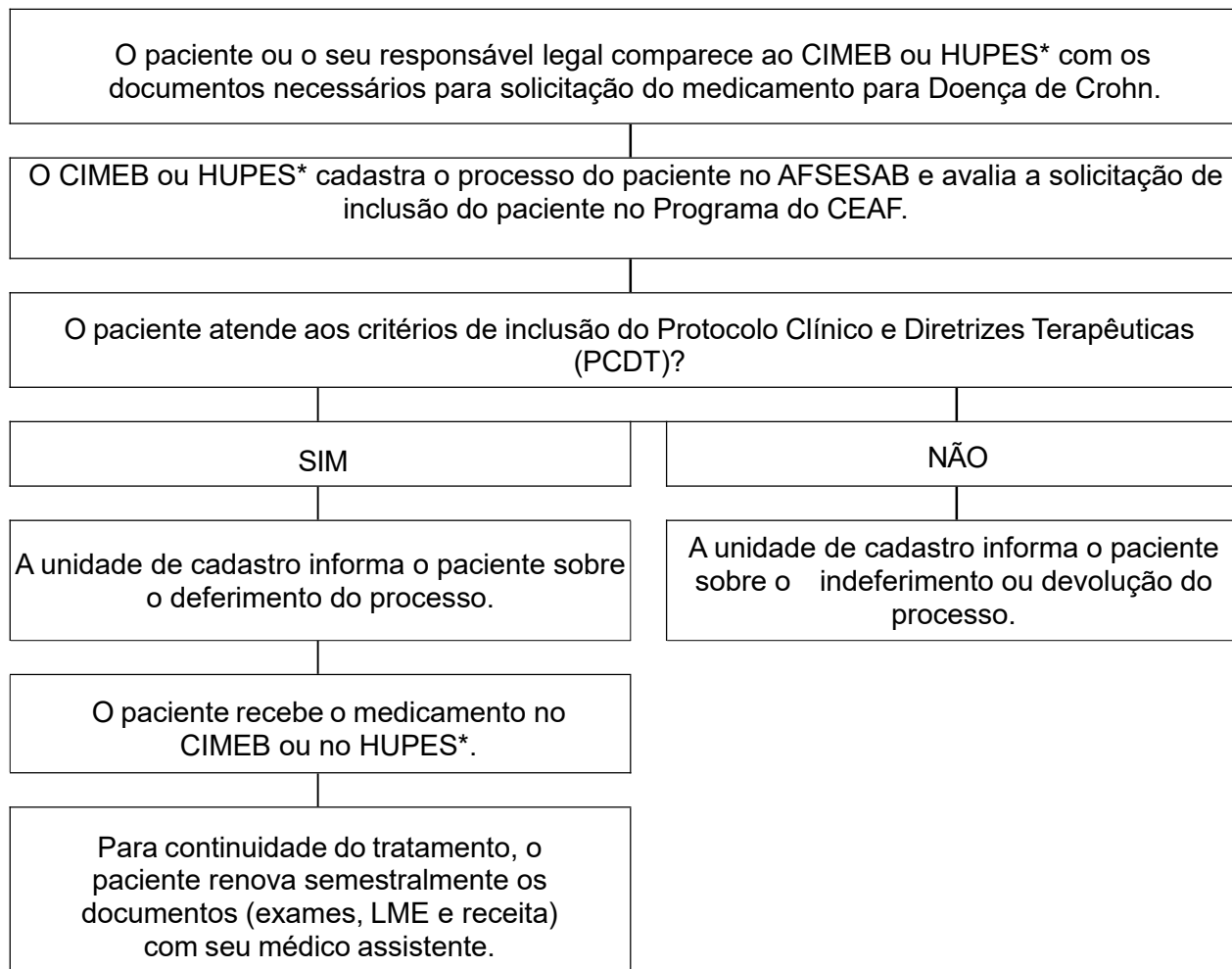
Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP):
<http://sigtap.datasus.gov.br/>

OBSERVAÇÕES

- Pacientes com diagnóstico de doença de Crohn devem ser atendidos em serviço especializado multidisciplinar que conte com médico gastroenterologista ou proctologista, para avaliação, tratamento e acompanhamento dos pacientes e administração de Infiximabe, Certolizumabe pegol, ou de Adalimumabe.



DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR



***HUPES (pacientes cadastrados nesta Unidade)**



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

Medicamentos Orais.

O paciente ou o seu responsável legal comparece ao NRS/BRS com os documentos necessários para solicitação do medicamento para Doença de Crohn.

O NRS/BRS cadastra o processo do paciente no AFSESAB e avalia a solicitação para inclusão no programa do CEAF.

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

SIM

NÃO

O NRS/BRS informa o paciente sobre o deferimento do processo.

O NRS/BRS informa o paciente sobre o indeferimento ou devolução do processo.

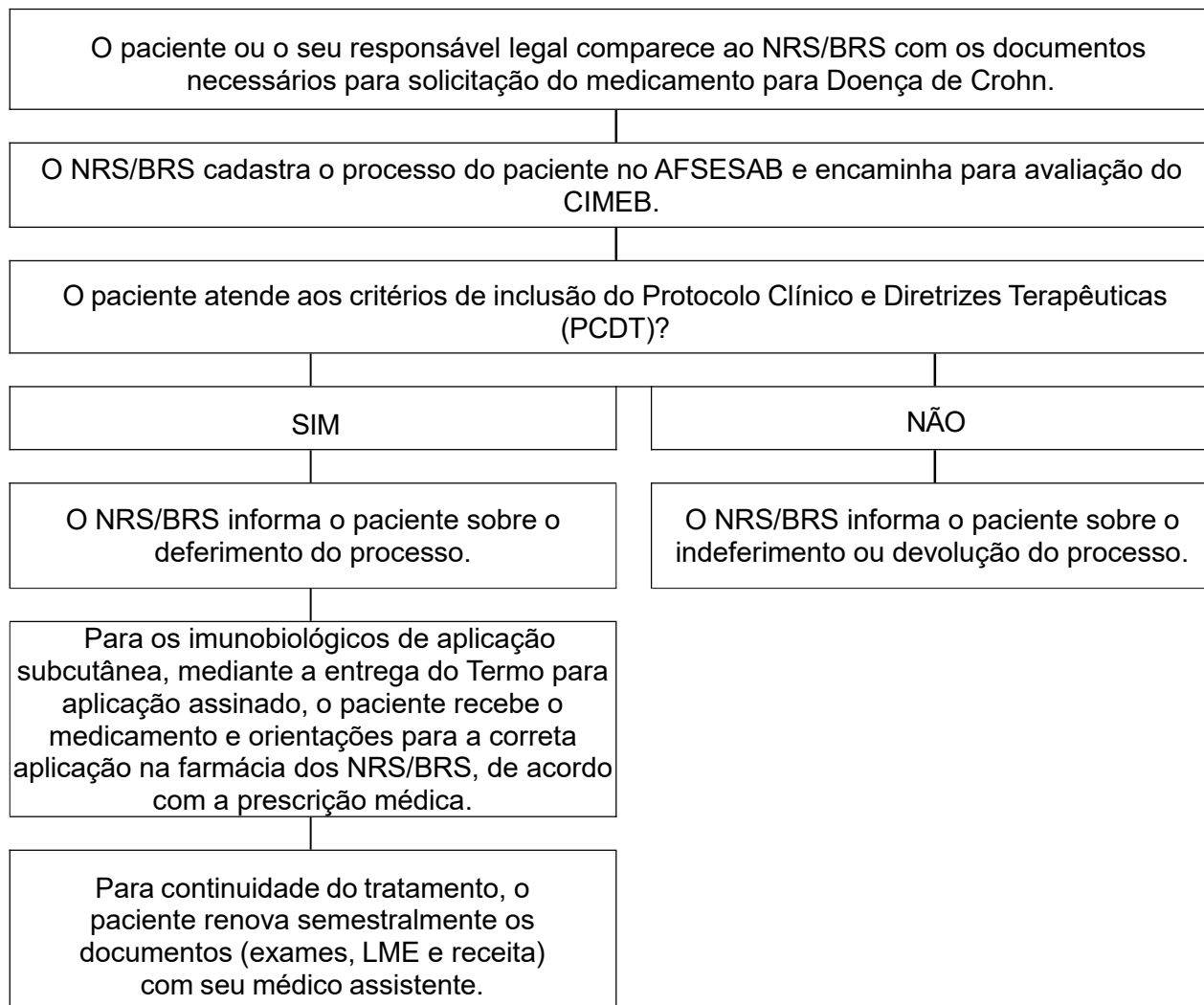
O paciente recebe o medicamento no NRS/BRS.

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



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

Adalimumabe Biossimilar e Certolizumabe





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

Infliximabe Biossimilar e Metotrexato Injetável

O paciente ou o seu responsável legal comparece ao NRS/BRS com os documentos necessários para solicitação do medicamento para Doença de Crohn.

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

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

SIM

O NRS/BRS informa o paciente sobre o deferimento do processo.

O paciente recebe a infusão do medicamento no CIMEB.

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

NÃO

O NRS/BRS informa o paciente sobre o indeferimento ou devolução do processo.