



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 CÁPSULA)
- 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 150 MG/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 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.
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – Medicamentos Contraindicados na Gestaçã, adequadamente preenchido.
- Termo de Responsabilidade para Aplicação, adequadamente preenchido.
- Formulário de Acesso aos Medicamentos para **Artrite Psoriaca**, adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico. **ou**
- 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.

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.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

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

O(a) paciente ou o seu responsável legal comparece ao CIMEB ou CREASI (**apenas para pacientes acima de 60 anos**) para cadastro, com os documentos necessários para solicitação do medicamento para

A Comissão Técnica do CIMEB ou CREASI (**apenas para pacientes acima de 60 anos**) avalia a inclusão do(a) paciente no CEAF.

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

SIM

NÃO

O CIMEB ou CREASI informa o(a) paciente sobre o deferimento do processo.

O CIMEB ou CREASI informa o(a) paciente sobre o indeferimento ou devolução do processo.

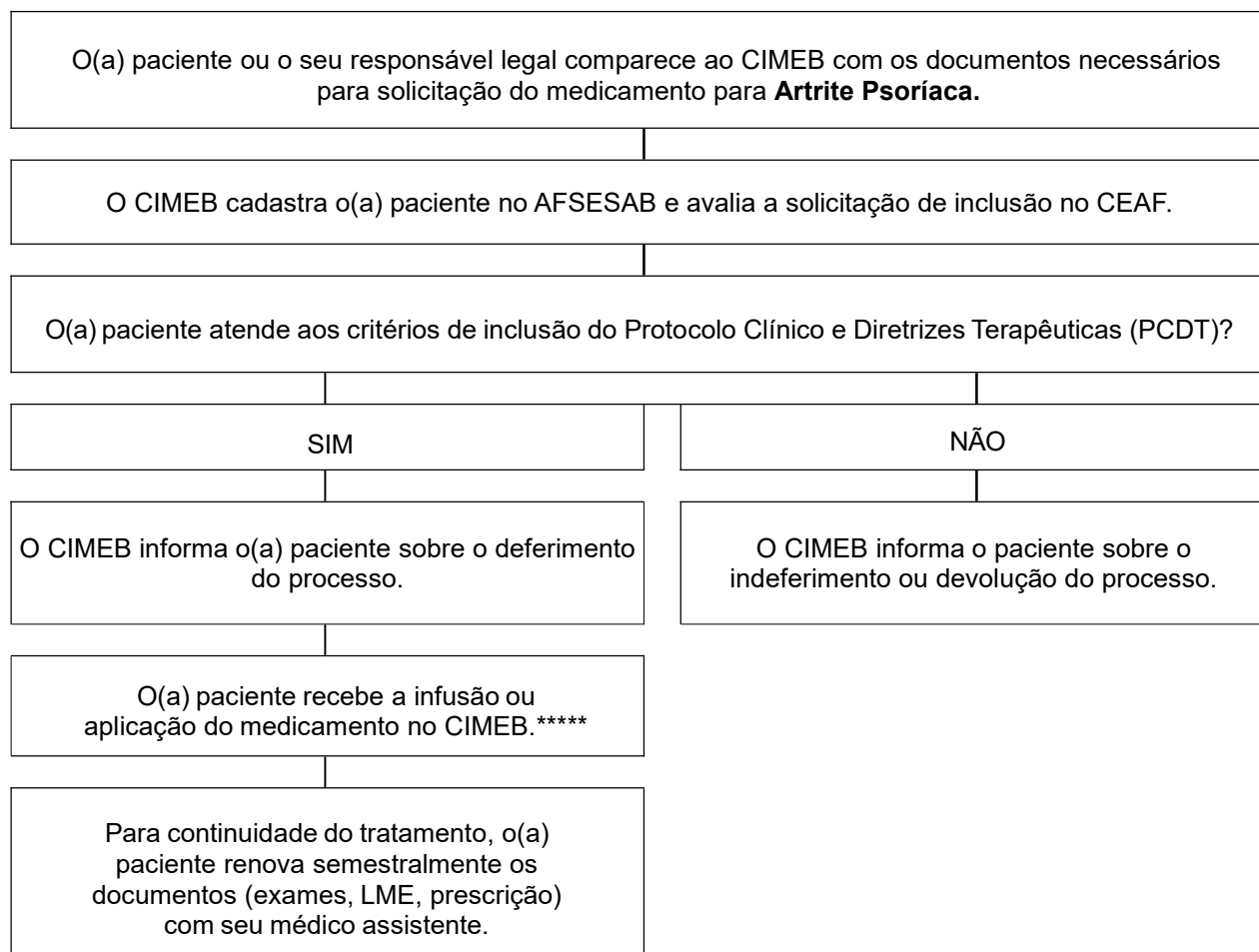
O(a) paciente recebe o medicamento no CIMEB ou CREASI.

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



DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

MMCD Biológicos





DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS) OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE (BRS) (antigas DIRES)

MMCD Orais

O paciente ou o seu responsável legal comparece ao NRS/BRS com os documentos necessários para solicitação do medicamento para **Artrite Psoriaca**.

O NRS/BRS cadastra o paciente no AFSESAB e avalia a inclusão do paciente no 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.

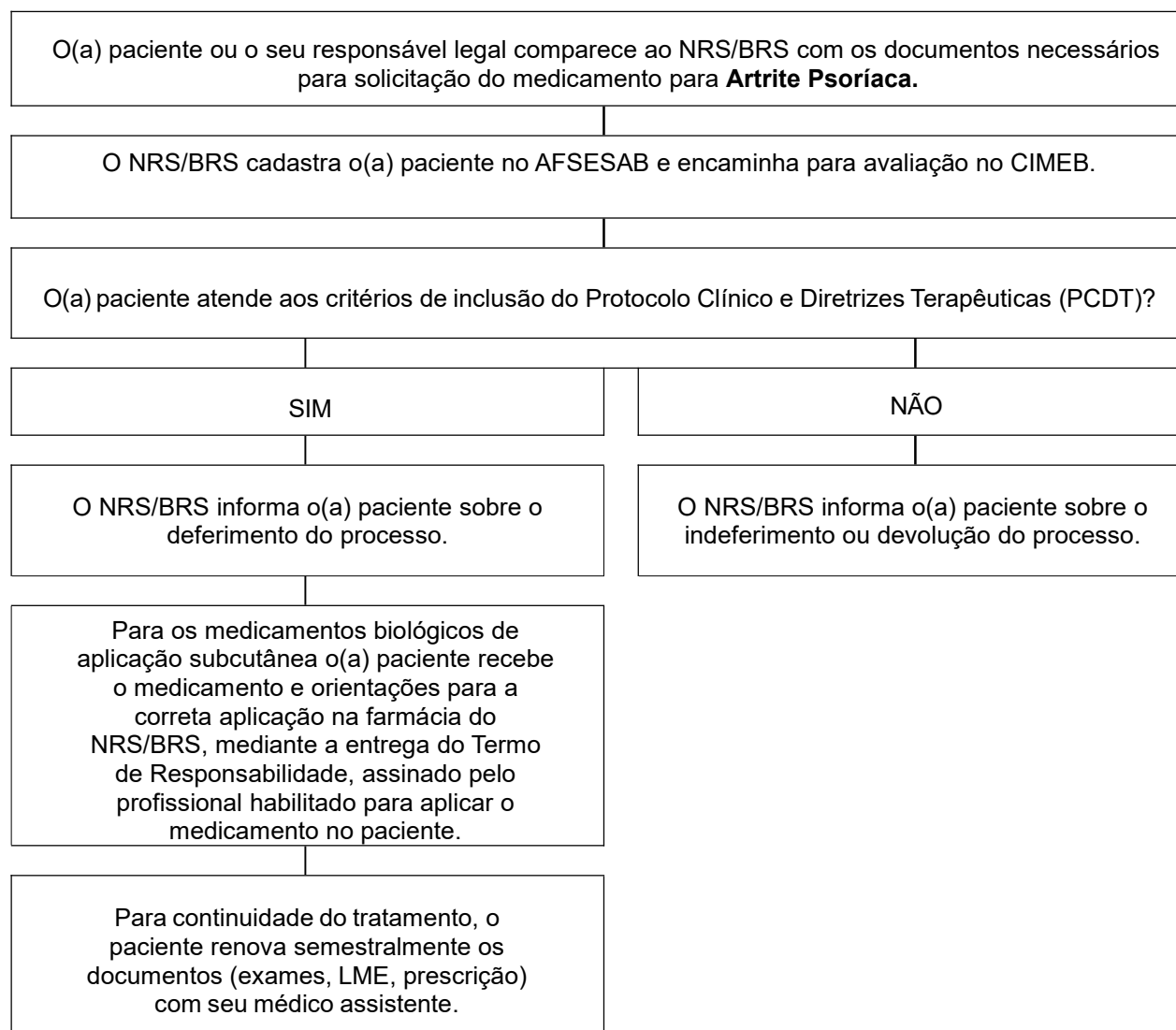
O paciente recebe o medicamento no NRS/BRS.

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



DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS) OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE (BRS) (antigas DIRES)

MMCD BIOLÓGICO ADMINISTRADOS POR VIA ORAL OU SUBCUTÂNEA
Abatacepte, Adalimumabe biossimilar, Certolizumabe, Golimumabe, Etanercepte,
Tofacitinibe.





DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS) OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE (BRS) (antigas DIRES)

MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS ADMINISTRADOS POR INFUSÃO (Infliximabe, Metotrexato injetável, Rituximabe e Tocilizumabe)

O(a) paciente ou o seu responsável legal comparece ao NRS/BRS com os documentos necessários para solicitação do medicamento para **Artrite Psoriaca**.

O NRS/BRS cadastra o(a) paciente no AFSESAB e encaminha para avaliação no CIMEB.

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

SIM

NÃO

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

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

O NRS/BRS solicita ao CIMEB, via SEI, agendamento para infusão, o(a) paciente recebe a infusão mensalmente no CIMEB.*****.
(Caso o(a) paciente não consiga vir para o CIMEB, o NRS/BRS solicita à COAFE, via SEI, local para infusão do medicamento, que será designado pela SAIS.

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