FLUXO DE ACESSO - 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 25 MG (POR CAPSULA) • CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA) • CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA) • CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML) • 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 (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); • Prescrição médica adequadamente preenchida, em conformidade com a legislação sanitária aplicável (Lei nº 13.732/2018, Portaria SVS/MS nº 344/1998 e demais normativas vigentes); • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) da patologia adequadamente preenchido; • Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – Medicamentos Contraindicados na Gestação adequadamente preenchido; • Formulário de acesso aos medicamentos para Artrite Reumatóide adequadamente preenchido **OU** • Relatório médico com CID-10, informando a história clínica do paciente, sinais e sintomas, escore de CDAI, DAS-28 ou SDAI, tratamento medicamentoso realizado, informar se foi realizada avaliação clínica para afastar tuberculose ativa e outras infecções, os critérios de inclusão e ausência dos critérios de exclusão e contraindicação ao medicamento solicitado, conforme PCDT da patologia.

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Para todos os medicamentos:

- Fator Reumatoide – FR (validade indeterminada).
- AST/TGO (validade 3 meses).
- ALT/TGP (validade 3 meses).
- Creatinina sérica (validade 3 meses).
- VHS (validade 3 meses).
- PCR (validade 3 meses).
- Sumário de Urina (validade 3 meses).
- Hemograma (validade 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 12 meses).

Para Hidroxicloroquina, também:

- Avaliação Oftalmológica para afastar maculopatia (validade 12 meses).

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

- Anti-HIV (validade 12 meses).
- HCV (validade 12 meses).
- Anti-HBc Total OU Anti-HBc IgM (validade 12 meses).
- HbsAg (validade 12 meses).

Para Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e 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 (validade 12 meses).

Exames complementares (não obrigatórios), que poderão ser solicitados conforme a situação clínica do(a) paciente, de acordo com o 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 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 os medicamentos:

- Hemograma, Creatinina, AST/ TGO, ALT/TGP. ***Periodicidade:*** a cada 3 meses.

Para Hidroxicloroquina, também:

- Avaliação Oftalmológica. ***Periodicidade:*** inicial deverá ser feita por oftalmologista até 6 meses após o início do tratamento, depois anual após 5 anos ou anualmente se houver fatores de risco para maculopatia.

ParaTocilizumabe, também:

- Colesterol total, HDL, LDL, Triglicerídios. ***Periodicidade:*** a cada 6 meses.

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 Regiões Metropolitana

CIMEB - Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia
End: Av. Laurindo Régis, s/n - Parque Solar Boa Vista, Engenho Velho de Brotas - Salvador - BA.
Tel.: (71) 3117-1645 (Whatsapp).
Horário: 7h às 19h (fechamento dos portões às 18h).
E-mail: cimeb@saude.ba.gov.br

CREASI - Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (apenas pacientes acima de 60 anos)
End: Avenida Antônio Carlos Magalhães, s/n. Ao lado do edifício WN, Salvador - BA.
Tel.: (71) 3103-6139 | (71) 99920-9849 (WhatsApp).
Horário: 7h às 17h (farmácia).
E-mail: creasi.farmacia@saude.ba.gov.br | sesab.creasi@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 para assistência médica nesta patologia.**

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

MMCD Orais

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

O CIMEB ou CREASI cadastra o paciente no AFSESAB e avalia a solicitação de inclusão no CEAF.

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

SIM

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

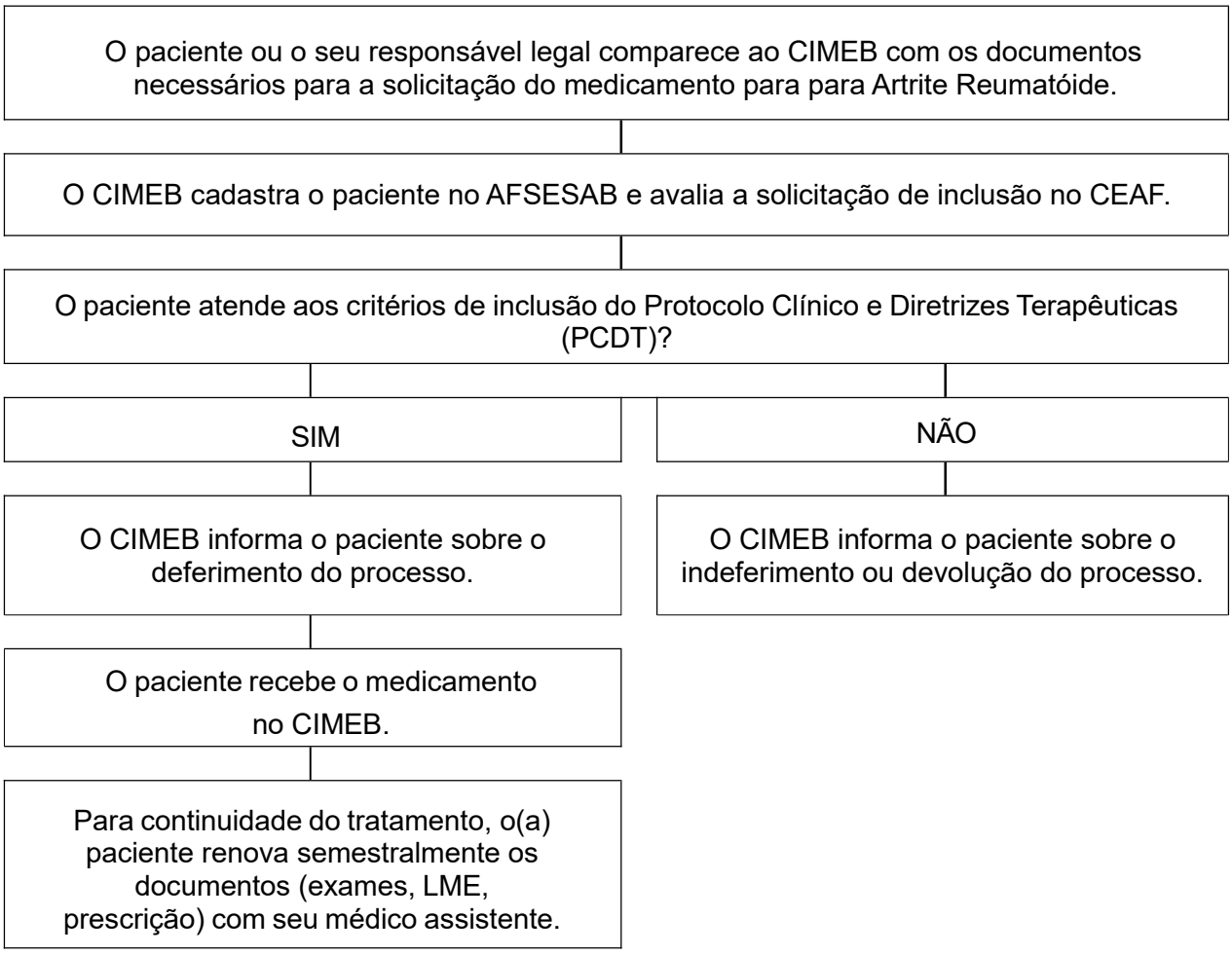
O paciente recebe o medicamento no CIMEB ou CREASI.

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

NÃO

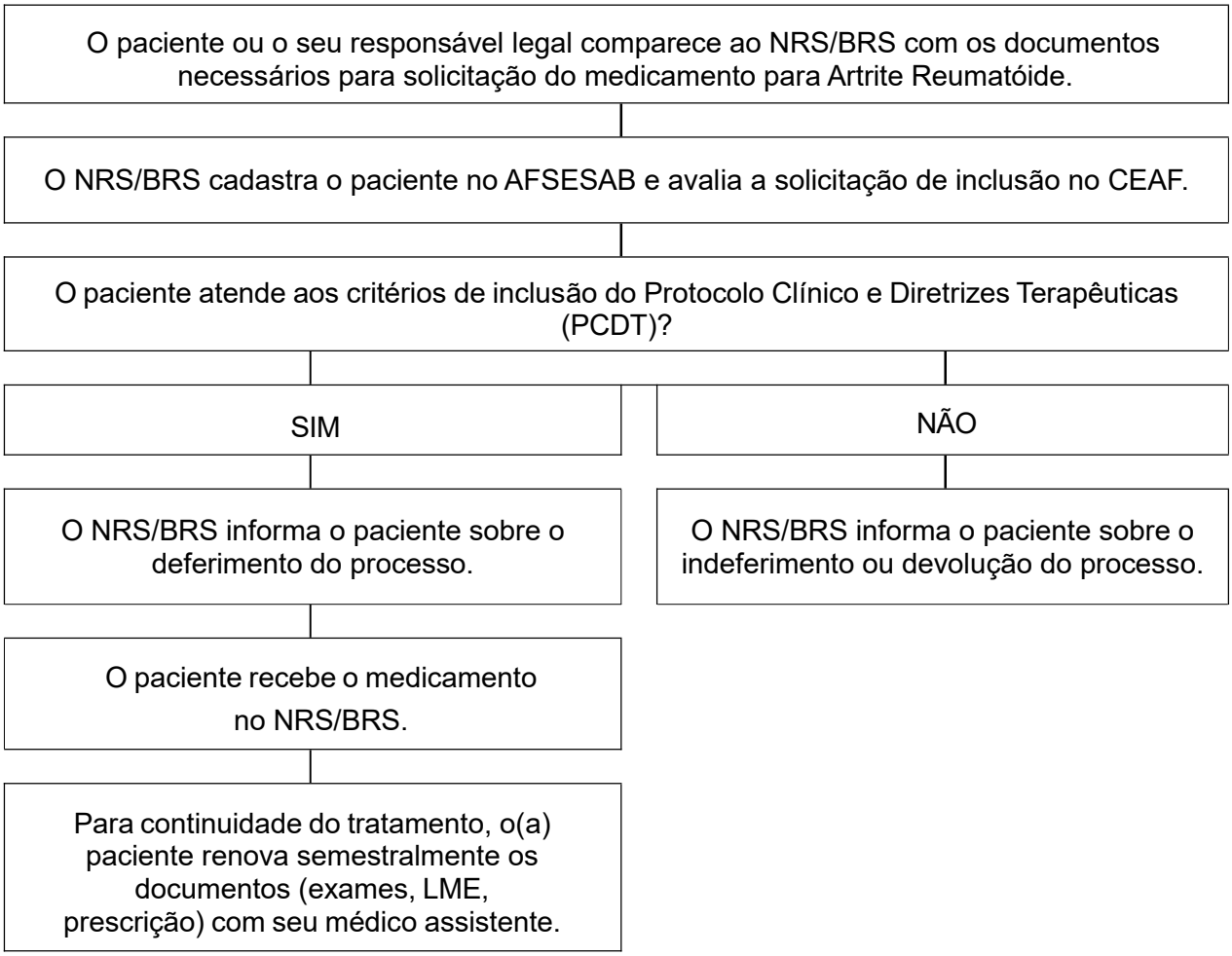
O CIMEB ou CREASI informa o paciente sobre o indeferimento ou devolução do processo.

MMCD Biológicos



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

ORAIS
Azatioprina, Ciclosporina, Hidroxicloroquina, Leflunomida, Metotrexato, Sulfassalazina



MMCD BIOLÓGICO ADMINISTRADO POR VIA ORAL OU SUBCUTÂNEA
Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe, Golimumabe, Etanercerpte, Tofacitinibe, Upadacitinibe

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

O NRS/BRS cadastra o 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 o medicamento no NRS/BRS, mediante apresentação do Termo de Compromisso para Administração de Medicamentos Subcutâneos na primeira dispensação.

Para Baricitinibe,Tofacitinibe e Upadacitinibe não é necessário apresentar o Termo.

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

NÃO

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

MEDICAMENTO BIOLÓGICO ADMINISTRADO POR INFUSÃO
Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe

