



Governo de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Nota Técnica 10/2017 DIAF/SUV/SES/SC

Assunto: Atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Artrite Psoriática e Espondilite Ancilosante e Alterações nos Resumos e no Formulário Médico para Doenças Reumáticas.

Prezados Senhores,

Considerando a Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013 que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Deliberação CIB nº 398/2014, que aprova a competência das esferas estadual e municipal para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

Considerando a Portaria nº 6 de 17 de julho de 2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Artrite Psoriática;

Considerando a Portaria nº 7 de 17 de julho de 2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Espondilite Ancilosante;

Informamos que:

O Formulário Médico para Solicitação de Medicamentos através do CEAF para o tratamento de Doenças Reumáticas (Artrite Reumatóide, Artrite Psoriática e Espondilite Ancilosante) foi modificado, tendo atualizadas as Portarias de referência para as Doenças Reumáticas.

O medicamento Golimumabe 50mg (seringa preenchida) foi padronizado para o tratamento de Artrite Psoriática (M070 e M073) e Espondilite Ancilosante (M45 e M468), na quantidade máxima de 1 (uma) ampola por mês.

Foram modificados os prazos de validade dos exames, que são anexos obrigatórios aos processos de solicitação de medicamentos ficando assim definidos:

VALIDADE DOS EXAMES SOLICITADOS	
Beta HCG	3 meses
Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina	6 meses
HBSAg, anti- HCV, HIV, PPD (ou Prova Tuberculínica ou Teste de Mantoux), Exames de Imagem	12 meses

Nota Técnica 10/2017 DIAF/SUV/SES/SC de 11 de outubro de 2017.



Rua Esteves Júnior, nº 390 - Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefones: (48) 3665-4508 / 3665-4506 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br
www.saude.sc.gov.br





Governo de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Foi modificada a Estratégia de Tratamento para Artrite Psoriásica conforme Manifestação Musculoesquelética Predominante, para manifestações Periféricas (Artrite, Entesite ou Dactilite), tendo sido incluídas no escalonamento as seguintes situações:

- Se houver entesite ativa ou dactilite e resposta insuficiente a AINE ou a injeção de glicocorticoide deve ser considerada terapia com MMCD biológico, mesmo sem uso prévio de MMCD sintético;
- Nos casos de hipersensibilidade, intolerância ou falha terapêutica do MMCD biológico, deve-se considerar a substituição por outro MMCD biológico. Se houver novamente falha do segundo MMCD biológico em dose adequada por três meses, deve-se considerar a substituição por um terceiro.

Ressaltamos que a dispensação concomitante de mais que 1 (um) medicamento biológico não está autorizada.

As solicitações de medicamentos para Artrite Psoriásica deverão ser feitas por médico reumatologista, exclusivamente.

O Formulário Médico atualizado está anexado a esta Nota Técnica.

A documentação necessária para solicitação dos medicamentos para o tratamento de Doenças Reumáticas, o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) e Formulário Médico, estão disponíveis para consulta no sítio eletrônico:

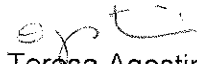
http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=470%3Amedicamentos-excepcionais-&catid=505&Itemid=210

Também é possível acessar pela página na WEB da Secretaria Estadual de Saúde: www.saude.sc.gov.br → Vigilância em Saúde → Assistência Farmacêutica → Componente Especializado.

Atenciosamente,

Florianópolis, 11 de outubro de 2017.


Lia Quaresma Coimbra
Gerente Técnica DIAF


Maria Teresa Agostini
Diretora DIAF





**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO
DE MEDICAMENTO PELO CEAF PARA O TRATAMENTO DE
DOENÇAS REUMÁTICAS**



Declaro, para fins de solicitação do medicamento _____
que o paciente _____
fez uso prévio dos seguintes **AINES** nas doses e pelo tempo aqui descritos _____

e dos seguintes **MMCDs** nas doses e pelo tempo aqui descritos _____

Informo ainda:

* Critérios obrigatórios de inclusão:

**** Para Artrite Reumatóide – Portaria nº 996/2015:**

- Rigidez matinal nas articulações, com pelo menos 1 hora de duração;
- Artrite de 3 ou mais áreas;
- Artrite de mãos;
- Artrite simétrica;
- Nódulo reumatóide;
- Fator Reumatóide positivo ou Anti-CCP positivo (quando realizado);
- Alterações radiográficas.

Casos Especiais: Doença reumatóide pulmonar Vasculite reumatóide ARJ

**** Para Espondilite Anquilosante – Portaria nº 07/2017:**

BASDAI _____

Pacientes com até 45 anos que apresenta os critérios abaixo:

- Lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses;
- Sacroiliite em exames de imagem e, pelo menos, 1 característica de espondiloartrite;
- Antígeno HLA-B27 e 2 ou mais características de espondiloartrite.

Pacientes com mais de 45 anos que apresenta os critérios abaixo:

- Lombalgia inflamatória por 3 meses ou mais de duração;
- Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital e frontal;
- Expansão torácica inferior a 2,5 cm;
- Radiografia com detecção de sacroiliite bilateral graus 2 - 4;
- Radiografia com detecção de sacroiliite unilateral graus 3 ou 4.

**** Para Artrite Psoriásica – Portaria nº 06/2017:**

BASDAI _____

- Evidência de psoríase atual;
- História pessoal de psoríase;
- História familiar de psoríase;
- Distrofia ungueal psoriásica (depressões puntiformes, onicólise, hiperqueratose);
- Fator reumatóide negativo;
- Inflamação atual de um dedo em sua totalidade;
- História de dactilite;
- Evidência radiológica de neoformação óssea justa-articular (ossificação bem definida próxima às margens articulares à radiografia simples de mãos e pés).

* Outros sinais e sintomas, incluindo a duração dos mesmos:

* Articulações acometidas:

* O paciente apresenta as seguintes situações:

- Gestação, amamentação e concepção (mulheres e homens);
- Paciente com sorologia positiva para Hepatite B ou C ou HIV em tratamento ou já tratado;
- Sangramento gastrointestinal não controlado;
- Infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico;
- Infecção fúngica ameaçadora a vida;
- Infecção por herpes zoster ativa;
- Doença linfoproliferativa nos últimos 5 anos;
- Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV;
- Doença neurológica desmielinizante;
- Úlcera gastroduodenal ativa;
- Porfíria;
- Paciente com tuberculose latente em tratamento ou já tratado;
- Retinopatia;
- Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada;
- Insuficiência hepática;
- Insuficiência renal crônica;
- Discrasia sanguínea;
- Depressão da medula óssea;
- NENHUMA** das situações anteriores.

Assinatura e carimbo médico

Local e data