

**ARTRITE REUMATOIDE**

**Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 33 – 19/01/2026**

**CID 10**

**M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**

**Inclusão  
Critérios Gerais**

- Serão incluídos pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independente da atividade da doença.

- Para classificação diagnóstica, **apresentar 6 pontos ou mais** dos critérios do ACR/EULAR 2010 (de acordo com o quadro abaixo):

GRUPO	PONTUAÇÃO
<b>ACOMETIMENTO ARTICULAR (anexar exame)</b>	
1 grande articulação (ombros, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos)	0
2-10 grandes articulações	1
1-3 pequenas articulações (metacarpofalangianas, interfalangianas proximais, 2as–5as metatarsofalangianas, interfalangianas dos polegares e punhos) (com ou sem acometimento de grandes articulações)	2
4-10 pequenas articulações (com ou sem acometimento de grandes articulações)	3
> 10 articulações (pelo menos uma pequena articulação)	5
<b>SOROLOGIA (anexar exame)</b>	
Fator Reumatoide (FR) e anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP) negativos (valores de UI menores ou iguais ao limite superior da normalidade (LSN) do laboratório e teste)	0
Fator reumatoide ou anti-CCP positivos ou em baixos títulos (valores de UI maiores que o LSN e ≤ 3 vezes o LSN para o laboratório e teste)	2
Fator reumatoide ou anti-CCP em altos títulos (valores que são > 3 vezes o LSN para o laboratório e teste)	3
<b>PROVAS DE ATIVIDADES INFLAMATÓRIAS (anexar exame)</b>	
VHS e PCR normais	0
VHS ou PCR alterados	1
<b>DURAÇÃO DOS SINTOMAS</b>	
Duração dos sintomas < 6 semanas	0
Duração dos sintomas ≥ 6 semanas	1

Medicamento	NAPROXENO	SULFASSALAZINA
Apresentação	500 mg (comprimido)	500 mg (comprimido)
Anexos Obrigatórios	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- <b>Exames:</b> AST, ALT e creatinina. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p> <p><b>SULFASSALAZINA:</b> sorologias: HbsAg e anti-HCV.</p>	
Administração	Iniciar com 500 a 1000 mg/dia, via oral, 2x/dia (utilizar a menor dose pelo menor tempo possível).	De 1 -3 g/dia, via oral
Prescrição Máxima Mensal	62 comprimidos	186 comprimidos
Monitoramento	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses.	
Exclusão	Sangramento gastrointestinal não controlado; elevação de transaminases/aminotransferases igual ou 3x acima do limite superior da normalidade; taxa de depuração de creatinina inferior a 30mL/min/1,73m <sup>2</sup> de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica.	Porfiria; tuberculose sem tratamento; hepatites B ou C agudas; artrite reumatoide juvenil, forma sistêmica; elevação de aminotransferases/transaminases igual ou 3x acima do limite superior da normalidade.
	Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).	
Tempo de Tratamento	A critério médico.	
Medicamento	HIDROXICLOROQUINA	CLOROQUINA
Apresentação	400 mg (comprimido)	150 mg (comprimido) - <b>Indisponível</b>
Anexos Obrigatórios	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- <b>Exames:</b> Avaliação oftalmológica: o médico oftalmologista deve avaliar a REGIÃO MACULAR e AFIRMAR que o paciente está apto para o uso de Hidroxicloroquina. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p>	
Administração	400 mg, 1x/dia, via oral	4mg/kg/dia, via oral
Prescrição Máxima Mensal	31 comprimidos	62 comprimidos
Monitoramento	A critério médico.	
Exclusão	Retinopatia. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).	

<b>Tempo de Tratamento</b>	A critério médico.	
<b>Medicamento</b>	<b>METOTREXATO</b>	<b>LEFLUNOMIDA</b>
<b>Apresentação</b>	2,5 mg (comprimido) e 25 mg/mL injetável (frasco-ampola de 2mL)	20 mg (comprimido) <b>USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS</b>
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- <b>Exames:</b> AST, ALT, creatinina, HbsAg, anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p> <p>- <b>Beta-HCG</b> para sexo feminino &lt; 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).</p>	
<b>Administração</b>	7,5 a 25 mg, 1x/semana	20 mg, 1x/dia
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	50 comprimidos 5 frascos-ampola	31 comprimidos
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses	
<b>Exclusão</b>	<p>Tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas; gestação, amamentação e concepção; elevação aminotransferases/transaminases de igual ou 3x acima do limite superior da normalidade; taxa de depuração de creatinina inferior a 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup> de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).</p> <p><b>Leflunomida:</b> idade inferior a 18 anos.</p>	
<b>Tempo de Tratamento</b>	A critério médico.	
<b>Medicamento</b>	<b>CICLOSPORINA</b>	<b>AZATIOPRINA</b>
<b>Apresentação</b>	25, 50, 100 mg (cápsulas) e 100 mg/mL solução oral (frasco de 50 mL)	50 mg (comprimido)
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- <b>Exames:</b> HbsAg, anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p>	
<b>Administração</b>	Iniciar com 2,5 mg/kg/dia, via oral, divididas em 2 administrações; podendo ser aumentada em 0,5 a 0,75 mg/kg/dia a cada 2-3 meses caso não haja resposta até no máximo 4 mg/Kg/dia.	Iniciar com 1 mg/kg/dia, via oral, 1 a 2x/dia. Em caso de não resposta aumentar 0,5 mg/kg/dia a cada mês até 2,5 mg/kg/dia (dose máxima).
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	496 cáp (25mg), 744 cáp (50 mg), 372 cáp (100 mg) ou 8 frascos	248 comprimidos

<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses.		
<b>Exclusão</b>	Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada.		
	Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). Tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; Hepatites B ou C agudas.		
<b>Tempo de Tratamento</b>	A critério médico.		
<b>Medicamento</b>	<b>TOFACITINIBE</b>	<b>UPADACITINIBE</b>	<b>BARICITINIBE</b>
<b>Apresentação</b>	5 mg (comprimido)	15 mg (comprimido revestido)	2 e 4 mg (comprimido)
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatóide, anti-CCP, VHS, PCR) ;</p> <p>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, HBsAg e anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p> <p>- <b>Tofacitinibe:</b> tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial (TTPa) ou D-dímero.</p> <p style="text-align: center;"><b>OBS: USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS.</b></p>		
<b>Administração</b>	5 mg, 2x/dia, via oral  <b>OBS.: Uso permitido em monoterapia ou associado ao a MTX, LEF, SSZ ou outros MMCDs.</b>	15 mg, 1x/dia, via oral  <b>OBS.: Uso permitido em monoterapia ou associado ao MTX, LEF, SSZ ou a outros MMCDs.</b>	4 mg, 1x/dia, via oral Redução de dose para 2 mg/dia para pacientes com idade acima de 75 anos, com insuficiência renal ou em pacientes com controle prolongado da atividade da doença e elegíveis para redução de dose.  <b>OBS.: Uso permitido somente em monoterapia ou associado ao MTX.</b>
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	62 comprimidos	31 comprimidos	62 comprimidos (2 mg) 31 comprimidos (4 mg)
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose.		

<b>Exclusão</b>	<p>Tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zóster ativa; hepatites B ou C agudas. É recomendada a avaliação dos pacientes quanto a fatores de risco para tromboembolismo venoso antes do início do tratamento e periodicamente durante o tratamento.</p>	<p>Insuficiência hepática grave; infecção grave ativa, incluindo infecções localizadas; infecção por herpes zoster; tuberculose ativa. Os riscos e benefícios do tratamento devem ser considerados antes de iniciar o uso de upadacitinibe em pacientes: com infecção crônica ou recorrente; que foram expostos à tuberculose; com histórico de infecção grave ou oportunista; que residiram em áreas de tuberculose endêmica ou micoses endêmicas ou viajaram para tais áreas; ou com condições subjacentes que podem predispor-los à infecção. O upadacitinibe deve ser usado com cautela em pacientes com alto risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar.</p>	<p>Infecção ativa, recorrente ou crônica; tuberculose ativa; infecção por herpes zoster e herpes simples ativa; hepatites B ou C agudas. Baricitinibe deve ser usado com cautela em pacientes com fatores de risco para trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP), tais como idosos, obesidade, histórico de TVP/EP prévias ou pacientes que serão operados e ficarão imobilizados.</p>
	<p>Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). Idade inferior a 18 anos.</p>		
<b>Tempo de Tratamento (*)</b>	<p>Quando ocorre resposta terapêutica completa, isto é, remissão pelos índices compostos de atividade de doença, e sustentada, ou seja, por mais de 6 a 12 meses, pode-se tentar a retirada gradual do MMCDbio ou MMCDsae, mantendo-se o uso de MMCDs.</p>		
<b>Medicamento</b>	<b>INFLIXIMABE</b>	<b>ADALIMUMABE</b>	
<b>Apresentação</b>	10 mg/mL (frasco-ampola com 10mL)	40 mg solução injetável (seringa preenchida)	
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</li> <li>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</li> <li>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, HBsAg e anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</li> </ul>		

<b>Administração</b>	Iniciar com 3 mg/kg/dose, IV nas semanas 0, 2 e 6, e, após, manter a mesma dose a cada 8 semanas em adultos e <b>crianças a partir de 6 anos.</b>	Iniciar e manter a dose com 40 mg, via SC, a cada 2 semanas.
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	<b>Dose de manutenção:</b> de acordo com o peso do paciente. <b>Máximo:</b> 10 frascos.	3 seringas
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose.	
<b>Exclusão</b>	Tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas; doença linfoproliferativa nos últimos 5 anos; insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante, esclerose múltipla. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). <b>Infliximabe:</b> idade inferior a 6 anos.	
<b>Tempo de Tratamento</b>	(*)	
<b>Medicamento</b>	<b>ETANERCEPTE</b>	<b>ABATACEPTE</b>
<b>Apresentação</b>	25 e 50 mg (frasco-ampola ou seringa preenchida)	125 mg (seringa preenchida) - <b>Indisponível</b> <b>USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS</b>
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</li> <li>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</li> <li>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, HBsAg e anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</li> </ul>	
<b>Administração</b>	Via subcutânea: 50 mg, 1x/semana.  <b>25mg:</b> idade máxima 18 anos; <b>50mg Biossimilar:</b> idade mínima 18 anos; <b>50 mg Originador:</b> sem restrições	Via subcutânea: 125 mg/semana.
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	10 FA ou ser (25mg) ou 5 FA ou ser (50mg)	5 seringas
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose.	
<b>Exclusão</b>	Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). Tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas.	
	Doença linfoproliferativa nos últimos 5 anos; insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante, esclerose múltipla.	Idade inferior a 18 anos.
<b>Tempo de Tratamento</b>	(*)	
<b>Medicamento</b>	<b>CERTOLIZUMABE PEGOL</b>	<b>GOLIMUMABE</b>
<b>Apresentação</b>	200 mg/mL (seringa preenchida)	50 mg (seringa preenchida)

<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios dos critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, HBsAg e anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p>	
<b>Administração</b>	Iniciar com 400 mg, via SC nas semanas 0, 2 e 4; após, manter 200mg a cada 2 semanas ou 400mg a cada 4 semanas.	50 mg, via SC, a cada 4 semanas.
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	<b>Dose de ataque:</b> 6 seringas; <b>Dose de manutenção:</b> 3 seringas	1 seringa
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose.	
<b>Exclusão</b>	Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). Tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas; doença linfoproliferativa nos últimos 5 anos; insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante, esclerose múltipla.	
<b>Tempo de Tratamento</b>	(*)	
<b>Medicamento</b>	<b>TOCILIZUMABE</b>	<b>RITUXIMABE</b>
<b>Apresentação</b>	20 mg/mL (frasco-ampola 4mL)	10 mg/mL (frasco com 50 mL)
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os dos critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, HBsAg e anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p> <p>- <b>Tocilizumabe:</b> Hemograma, plaquetas, AST e ALT.</p>	
<b>Administração</b>	Iniciar e manter a dose com 8 mg/kg/dose (dose máxima: 800 mg), via intravenosa, a cada 4 semanas.	Iniciar com 1000 mg, via intravenosa, nos dias 0 e 14 e após a cada 6 ou mais meses, conforme avaliação da doença pelo ICAD, administrando 1000 mg, via intravenosa, nos dias 0 e 14. <b>USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS</b>
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	10 FA	4 FA
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose	
<b>Exclusão</b>	Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). Tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas.	

	Elevação de aminotransferases – transaminases igual ou 3x acima do limite superior da normalidade; contagem total de neutrófilos <1.000/mm <sup>3</sup> ; contagem total de plaquetas <50.000/mm <sup>3</sup> ; risco iminente de perfuração intestinal.	Idade inferior a 18 anos.
<b>Tempo de Tratamento</b>	(*)	
<b>Associações Não Permitidas</b>	Azatioprina + Metotrexato; Ciclosporina + Metotrexato; Ciclosporina + Leflunomida; Cloroquina + Hidroxicloroquina; MMCDbio + MMCDsae; MMCDbio + MMCDbio.	
<b>Validade dos Exames</b>	<p>- Beta-HCG: <b>30 dias</b>;</p> <p>- Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, PCR, creatinina: <b>6 meses</b>;</p> <p>- HBsAg, anti-HCV: <b>validade 12 meses</b>. Quando positivo, esses exames têm validade indeterminada;</p> <p>- Avaliação oftalmológica: <b>validade 12 meses</b>;</p> <p>- Tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial (TTPa) ou D-dímero: <b>6 meses</b>;</p> <p>- PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA: <b>12 meses</b>. Caso o paciente tenha exame positivo no passado, a validade é indeterminada. Neste caso, anexar junto ao exame declaração médica de que o paciente já fez quimioprofilaxia para TB;</p> <p>- Anti-CCP e Fator Reumatoide: <b>validade indeterminada</b>;</p> <p>- Radiografia de tórax (anexar somente o laudo): <b>12 meses</b>;</p> <p>- Exames de imagem das áreas afetadas pela doença (anexar somente o laudo): <b>validade 12 meses</b>. Se houver alterações típicas e irreversíveis, têm validade <b>indeterminada</b>.</p> <p>- <b>TROCAS entre MMCDbios ou MMCDbio e MMCDsae ou entre MMCDsaes (anexar):</b> LME, Receita Médica, Formulário Médico com justificativa de troca e Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</p> <p><b>ATENÇÃO:</b> Nos casos de interrupção de tratamento no período de 6 meses ou mais, para retorno do tratamento, paciente deverá apresentar exame de PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA atualizado (independente do medicamento biológico em uso).</p>	
<b>Especialidade Médica</b>	<b>Novas Solicitações</b>	<b>Metotrexato:</b> Preferencialmente reumatologista. Caso o prescritor não seja especialista, deve ser apresentada cópia da confirmação da solicitação do agendamento com o especialista (SISREG). <b>Demais medicamentos:</b> Reumatologista.
	<b>Adequações</b>	Reumatologista
	<b>Renovações sem alterações</b>	<b>MMCDs:</b> sem exigência de especialidade; <b>MMCDbio e MMCDsae:</b> Reumatologista.
<b>Estratégias de Tratamento:</b>		
<b>Primeira etapa:</b>		
Medicamentos Modificadores do curso da doença sintéticos (MMCDs)		
1. O metotrexato (MTX) em monoterapia deve ser a primeira escolha terapêutica (em caso de intolerância ao oral, deve-se tentar empregar a formulação injetável). Na impossibilidade do uso MTX por toxicidade, deve-se usar preferencialmente em monoterapia a Leflunomida (LEF) ou Sulfassalazina (SSZ), sendo a terapia isolada com		

Hidroxicloroquina (HCQ)/cloroquina pouco efetiva. Sempre que possível, a HCQ deve ser usada preferencialmente à cloroquina, uma vez que possui melhor perfil de eficácia e segurança.

2. Se falha de monoterapia inicial (MTX, LFN, SSZ ou HCQ/cloroquina) em dose máxima tolerada e adesão adequada, após 3 meses de tratamento: Troca simples de MMCDs ou terapia com a combinação dupla ou tripla de MMCDs:

Terapia combinada dupla com MTX:

- MTX + HCQ ou
- MTX + SSZ ou
- MTX + LFN

Terapia combinada dupla com LFN:

- LFN + MTX
- LFN + HCQ
- LFN + SSZ

Terapia combinada tripla:

- MTX + HCQ + SSZ

- Outras associações podem ser utilizadas particularmente no caso de intolerância ao Metotrexato, porém seu emprego deve ser justificado pelo médico assistente.
- Falha de tratamento aos 3 meses é definida como falta de redução significativa dos valores dos índices compostos de atividade da doença, não necessariamente remissão.
- O uso de medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCDbio) e o uso de medicamentos modificadores do curso da doença alvo específico (MMCDsae) na primeira etapa de tratamento medicamentoso da AR não é preconizado neste Protocolo.

#### **Segunda etapa:**

Medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCDbio) e Medicamentos modificadores do curso da doença alvo específico (MMCDsae)

1. Após o uso de pelo menos dois esquemas terapêuticos na primeira etapa por no mínimo 3 meses cada um e havendo persistência da atividade da doença conforme avaliação por meio do ICAD, utiliza-se um MMCDbio, ou um MMCDsae. Associação entre um MMCDbio com MTX (em caso de contraindicação associar a LFN ou SSZ), monoterapia com Tofacitinibe ou Upadacitinibe (pode ser associado a MTX, LFN, SSZ), monoterapia com Baricitinibe (pode ser associado somente ao MTX).

**Terceira etapa:** Medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCDbio) e Medicamentos modificadores do curso da doença alvo específico (MMCDsae)

1. Após pelo menos 3 meses da segunda etapa terapêutica e havendo persistência da atividade da doença ou toxicidade inaceitável ao medicamento utilizado nessa etapa, pode-se prescrever outro MMCDbio (anti-TNF ou não anti-TNF) ou MMCDsae (Baricitinibe, Tofacitinibe, Upadacitinibe), desde que o novo medicamento não tenha sido utilizado anteriormente. Se possível, o medicamento selecionado deve ser associado a um MMCDs (preferencialmente Metotrexato).

**\*O uso do Rituximabe deve ser reservado aos indivíduos com contraindicação absoluta, toxicidade ou falha terapêutica a todos os MMCDbio e MMCDsae.**

**Medicamentos Modificadores do Curso da Doença (MMCD):**

<b>MMCDbio anti-TNF:</b>	<b>MMCDbio não anti-TNF:</b>	<b>MMCDsae:</b>	<b>MMCDs</b>
Adalimumabe	Tocilizumabe	Baricitinibe	Metotrexato
Certolizumabe pegol	Abatacepte	Tofacitinibe	Leflunomida
Etanercepte	Rituximabe	Upadacitinibe	Sulfassalazina
Golimumabe			Hidroxicloroquina
Infliximabe			Cloroquina
			Ciclosporina
			Azatioprina

**CID-10:****M05.0** Síndrome de Felty**M05.1** Doença reumatóide do pulmão**M05.2** Vasculite reumatoide**M05.3** Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas**M05.8** Outras artrites reumatóides soro-positivas**M06.0** Artrite reumatoide soro-negativa**M06.8** Outras artrites reumatóides especificadas

**DIAF**  
Diretoria de Assistência  
Farmacêutica