

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 |
|---|-----------|
| ACOMETIMENTO ARTICULAR (anexar exame) | |
| 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 |
| SOROLOGIA (anexar exame) | |
| 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 |
| PROVAS DE ATIVIDADES INFLAMATÓRIAS (anexar exame) | |
| VHS e PCR normais | 0 |
| VHS ou PCR alterados | 1 |
| DURAÇÃO DOS SINTOMAS | |
| 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>- Formulário Médico para Artrite Reumatoide completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- Exames: 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>SULFASSALAZINA: 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 ² 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) - Indisponível |
| Anexos Obrigatórios | <p>- Formulário Médico para Artrite Reumatoide completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- Exames: 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). | |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| Tempo de Tratamento | A critério médico. | |
| Medicamento | METOTREXATO | LEFLUNOMIDA |
| Apresentação | 2,5 mg (comprimido) e 25 mg/mL injetável (frasco-ampola de 2mL) | 20 mg (comprimido) USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS |
| Anexos Obrigatórios | <p>- Formulário Médico para Artrite Reumatoide completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- Exames: 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>- Beta-HCG para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).</p> | |
| Administração | 7,5 a 25 mg, 1x/semana | 20 mg, 1x/dia |
| Prescrição Máxima Mensal | 50 comprimidos 5 frascos-ampola | 31 comprimidos |
| Monitoramento | Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses | |
| Exclusão | <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/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).</p> <p>Leflunomida: idade inferior a 18 anos.</p> | |
| Tempo de Tratamento | A critério médico. | |
| Medicamento | CICLOSPORINA | AZATIOPRINA |
| Apresentação | 25, 50, 100 mg (cápsulas) e 100 mg/mL solução oral (frasco de 50 mL) | 50 mg (comprimido) |
| Anexos Obrigatórios | <p>- Formulário Médico para Artrite Reumatoide completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- Exames: HbsAg, anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p> | |
| Administração | 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). |
| Prescrição Máxima Mensal | 496 cáp (25mg), 744 cáp (50 mg), 372 cáp (100 mg) ou 8 frascos | 248 comprimidos |

| | | | |
|---------------------------------|--|---|---|
| Monitoramento | Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. | | |
| Exclusão | 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. | | |
| Tempo de Tratamento | A critério médico. | | |
| Medicamento | TOFACITINIBE | UPADACITINIBE | BARICITINIBE |
| Apresentação | 5 mg (comprimido) | 15 mg (comprimido revestido) | 2 e 4 mg (comprimido) |
| Anexos Obrigatórios | <p>- Formulário Médico para Artrite Reumatoide completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator reumatóide, anti-CCP, VHS, PCR) ;</p> <p>- Exames: 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>- Tofacitinibe: tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial (TTPa) ou D-dímero.</p> <p style="text-align: center;">OBS: USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS.</p> | | |
| Administração | 5 mg, 2x/dia, via oral OBS.: Uso permitido em monoterapia ou associado ao a MTX, LEF, SSZ ou outros MMCDs. | 15 mg, 1x/dia, via oral OBS.: Uso permitido em monoterapia ou associado ao MTX, LEF, SSZ ou a outros MMCDs. | 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. OBS.: Uso permitido somente em monoterapia ou associado ao MTX. |
| Prescrição Máxima Mensal | 62 comprimidos | 31 comprimidos | 62 comprimidos (2 mg) 31 comprimidos (4 mg) |
| Monitoramento | Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose. | | |

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--|
| Exclusão | <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> | | |
| Tempo de Tratamento (*) | <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> | | |
| Medicamento | INFLIXIMABE | ADALIMUMABE | |
| Apresentação | 10 mg/mL (frasco-ampola com 10mL) | 40 mg solução injetável (seringa preenchida) | |
| Anexos Obrigatórios | <ul style="list-style-type: none"> - Formulário Médico para Artrite Reumatoide completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR); - Exames: 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). | | |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Administração | 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 crianças a partir de 6 anos. | Iniciar e manter a dose com 40 mg, via SC, a cada 2 semanas. |
| Prescrição Máxima Mensal | Dose de manutenção: de acordo com o peso do paciente. Máximo: 10 frascos. | 3 seringas |
| Monitoramento | Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose. | |
| Exclusão | 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). Infliximabe: idade inferior a 6 anos. | |
| Tempo de Tratamento | (*) | |
| Medicamento | ETANERCEPTE | ABATACEPTE |
| Apresentação | 25 e 50 mg (frasco-ampola ou seringa preenchida) | 125 mg (seringa preenchida) - Indisponível USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS |
| Anexos Obrigatórios | <ul style="list-style-type: none"> - Formulário Médico para Artrite Reumatoide completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR); - Exames: 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). | |
| Administração | Via subcutânea: 50 mg, 1x/semana. | Via subcutânea: 125 mg/semana. |
| Prescrição Máxima Mensal | 10 FA ou ser (25mg) ou 5 FA ou ser (50mg) | 5 seringas |
| Monitoramento | Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose. | |
| Exclusão | 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. |
| Tempo de Tratamento | (*) | |
| Medicamento | CERTOLIZUMABE PEGOL | GOLIMUMABE |
| Apresentação | 200 mg/mL (seringa preenchida) | 50 mg (seringa preenchida) |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Anexos Obrigatórios | <p>- Formulário Médico para Artrite Reumatoide completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios dos critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- Exames: 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> | |
| Administração | 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. |
| Prescrição Máxima Mensal | Dose de ataque: 6 seringas; Dose de manutenção: 3 seringas | 1 seringa |
| Monitoramento | Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose. | |
| Exclusão | 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. | |
| Tempo de Tratamento | (*) | |
| Medicamento | TOCILIZUMABE | RITUXIMABE |
| Apresentação | 20 mg/mL (frasco-ampola 4mL) | 10 mg/mL (frasco com 50 mL) |
| Anexos Obrigatórios | <p>- Formulário Médico para Artrite Reumatoide completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os dos critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator reumatoide, anti-CCP, VHS, PCR);</p> <p>- Exames: 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>- Tocilizumabe: Hemograma, plaquetas, AST e ALT.</p> | |
| Administração | 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. USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS |
| Prescrição Máxima Mensal | 10 FA | 4 FA |
| Monitoramento | Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose | |
| Exclusão | 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 ³ ; contagem total de plaquetas <50.000/mm ³ ; risco iminente de perfuração intestinal. | Idade inferior a 18 anos. |
| Tempo de Tratamento | (*) | |
| Associações Não Permitidas | Azatioprina + Metotrexato; Ciclosporina + Metotrexato; Ciclosporina + Leflunomida; Cloroquina + Hidroxicloroquina; MMCDbio + MMCDsae; MMCDbio + MMCDbio. | |
| Validade dos Exames | <p>- Beta-HCG: 30 dias;</p> <p>- Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, PCR, creatinina: 6 meses;</p> <p>- HBsAg, anti-HCV: validade 12 meses. Quando positivo, esses exames têm validade indeterminada;</p> <p>- Avaliação oftalmológica: validade 12 meses;</p> <p>- Tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial (TTPa) ou D-dímero: 6 meses;</p> <p>- PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA: 12 meses. 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: validade indeterminada;</p> <p>- Radiografia de tórax (anexar somente o laudo): 12 meses;</p> <p>- Exames de imagem das áreas afetadas pela doença (anexar somente o laudo): validade 12 meses. Se houver alterações típicas e irreversíveis, têm validade indeterminada.</p> <p>- TROCAS entre MMCDbios ou MMCDbio e MMCDsae ou entre MMCDsaes (anexar): LME, Receita Médica, Formulário Médico com justificativa de troca e Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</p> <p>ATENÇÃO: 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> | |
| Especialidade Médica | Novas Solicitações | Metotrexato: Preferencialmente reumatologista. Caso o prescritor não seja especialista, deve ser apresentada cópia da confirmação da solicitação do agendamento com o especialista (SISREG). Demais medicamentos: Reumatologista. |
| | Adequações | Reumatologista |
| | Renovações sem alterações | MMCDs: sem exigência de especialidade; MMCDbio e MMCDsae: Reumatologista. |
| Estratégias de Tratamento: | | |
| Primeira etapa: | | |
| 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):

| MMCDbio anti-TNF: | MMCDbio não anti-TNF: | MMCDsae: | MMCDs |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|-------------------|
| Adalimumabe | Tocilizumabe | Baricitinibe | Metotrexato |
| Certolizumabe pegol | Abatacepte | Tofacitinibe | Leflunomida |
| Etanercepte | Rituximabe | Upadacitinibe | Sulfasalazina |
| 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