

**ARTRITE REUMATOIDE**

Portaria Conjunta SCTIE/SAS/MS nº 16 – 03/09/2021

Medicamento	NAPROXENO	SULFASSALAZINA	METILPREDNISOLONA
<b>CID 10</b>	<b>M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8</b>		
<b>Apresentação</b>	500 mg (comprimido)	500 mg (comprimido)	40 mg/2 mL (frasco) 40, 125, 500 ou 1000 mg (frasco)
<b>Inclusão Critérios Gerais (*)</b>	<p>Serão incluídos pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independente da atividade da doença.</p> <p>Para classificação diagnóstica, <b>apresentar 4 dos 7 critérios ACR:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rigidez matinal (nas articulações, com pelo menos 1 hora de duração);</li> <li>2) artrite de 3 ou mais das seguintes áreas: articulações interfalângicas (IFT) proximais, articulações metacarpofalângicas (MCF), punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e articulações metatarsofalângicas (MTF);</li> <li>3) artrite de mãos (punhos, articulações MDF ou IFT proximais);</li> <li>4) artrite simétrica (mesma área e, ambos os lados do corpo);</li> <li>5) nódulo reumatoide (presença de 1 ou mais nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas ou superfícies extensoras ou regiões periarticulares);</li> <li>6) fator reumatoide (presente em qualquer título);</li> <li>7) alterações radiográficas (erosões ou descalcificações periarticulares em radiografias posteroanteriores de mãos e punhos).</li> </ol> <p>→ <b>Critérios: A presença de 4 ou mais critérios por um período maior ou igual a 6 semanas, é sugestivo de Artrite Reumatoide.</b></p>		
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- <b>Exames:</b> Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS. 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 (HIV, HbsAg, anti-HCV).</p>		<p><b>Procedimento Hospitalar SIGTAP: 03.03.02.001-6 (por aplicação)</b></p>
<b>Administração</b>	Iniciar com 500 a 1000 mg/dia, via oral, divididos em até 2 administrações (utilizar a menor dose pelo menor tempo possível).		Iniciar com 500 mg/dia e, após uma semana deve-se aumentar a dose até 2.000 a 3.000 mg/dia, via oral, em 2-3 administrações.
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	62 comprimidos	186 comprimidos	<b>Modalidade de atendimento hospitalar</b>
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses.		

<b>Exclusão</b>	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.	Tuberculose sem tratamento
	Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).		
<b>Tempo de Tratamento (**)</b>	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.		
<b>Medicamento</b>	<b>HIDROXICLOROQUINA</b>	<b>CLOROQUINA</b>	
<b>CID 10</b>	<b>M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8</b>		
<b>Apresentação</b>	400 mg (comprimido)	150 mg (comprimido)	
<b>Inclusão</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>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico;</li> <li>- <b>Exames:</b> Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, HbsAg, anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada) e Avaliação oftalmológica.</li> </ul>		
<b>Administração</b>	400 mg, 1x/dia.	Iniciar e manter com 4mg/kg/dia, via oral, até no máx. 250mg/dia.	
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	31 comprimidos	62 comprimidos	
<b>Monitoramento</b>	Avaliação oftalmológica inicial e anual após 5 anos, ou anualmente se houver fatores de risco para maculopatia, tais como insuficiência renal e/ou hepática. Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses.		
<b>Exclusão</b>	Retinopatia. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).		
<b>Tempo de Tratamento</b>	(**)		
<b>Medicamento</b>	<b>TOFACITINIBE</b>	<b>BARICITINIBE</b>	<b>UPADACITINIBE</b>
<b>CID 10</b>	<b>M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8</b>		
<b>Apresentação</b>	5 mg (comprimido)	2 e 4 mg (comprimido)	15 mg (comprimido revestido)
<b>Inclusão</b>	(*)		

<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, 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>Beta-HCG para sexo feminino &lt; 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).</p> <p style="text-align: center;"><b>OBS: USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS.</b></p>		
<b>Administração</b>	5 mg, 2x/dia.	4 mg, 1x/dia. 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>	15 mg, 1x/dia.
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	62 comprimidos	62 comprimidos (2 mg) 31 comprimidos (4 mg)	31 comprimidos
<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 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. Gestação.	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. Gestação.	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;

<b>Exclusão (continuação)</b>			ou com condições subjacentes que podem predispor à infecção. O upadacitinibe deve ser usado com cautela em pacientes com alto risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar. Gestação.
	Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).		
<b>Tempo de Tratamento</b>	<b>(**)</b>		
<b>Medicamento</b>	<b>METOTREXATO</b>	<b>CICLOSPORINA</b>	<b>AZATIOPRINA</b>
<b>CID 10</b>	<b>M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8</b>		
<b>Apresentação</b>	2,5 mg (comprimido) e 25 mg/mL injetável (frasco-ampola de 2mL)	25, 50, 100 mg (cápsulas) e 100 mg/mL solução oral (frasco de 50 mL)	50 mg (comprimido)
<b>Inclusão</b>	<b>(*)</b>		
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- <b>Exames:</b> Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, 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>METOTREXATO:</b> Beta-HCG 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.	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 2 vezes ao 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>	50 comprimidos 5 frascos-ampola	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>	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>Exclusão (continuação)</b>	Gestação, amamentação e concepção (homens e mulheres); mulheres); elevação de aminotransferases/transaminases igual ou três vezes 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. aminotransferases/transaminases igual ou 3 vezes acima do limite superior; depuração de creatinina inferior a 30 mL/min/1,73m <sup>2</sup> de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica.	Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada. Gestação.	
<b>Tempo de Tratamento</b>	<b>(**)</b>		
<b>Medicamento</b>	<b>LEFLUNOMIDA</b>	<b>INFLIXIMABE</b>	
<b>CID 10</b>	<b>M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8</b>		
<b>Apresentação</b>	20 mg (comprimido)	10 mg/mL (frasco-ampola com 10mL)	
<b>Inclusão</b>	<b>(*)</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>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico;</li> <li>- <b>Exames:</b> Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, HbsAg, anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada)</li> </ul> <p>Beta-HCG para sexo feminino &lt; 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).</p> <p style="text-align: center;"><b>OBS: USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</li> <li>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico;</li> <li>- <b>Termo de Consentimento para Medicamentos Imunobiológicos</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, assinado e carimbado pelo médico;</li> <li>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux)</li> </ul>	

<b>Anexos Obrigatórios (continuação)</b>		ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, HBsAg e anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada.
<b>Administração</b>	20 mg, 1x/dia.	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.
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	31 comprimidos	<b>Dose de manutenção:</b> de acordo com o peso do paciente. <b>Máximo:</b> 10 frascos. <b>OBS: Renovação acima de 6 FA/mês, deverá encaminhar LME e prescrição médica pelo protocolo para autorização pela DIAF.</b>
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses.	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; gestação, amamentação e concepção (homens e mulheres); elevação de AST/ALT 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. Gestação.  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>ADALIMUMABE</b>	<b>ETANERCEPTE</b>
<b>CID 10</b>	<b>M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8</b>	
<b>Apresentação</b>	40 mg solução injetável (seringa preenchida	25 e 50 mg (frasco-ampola ou seringa preenchida)

<b>Inclusão</b>	<b>(*)</b>	
<b>Anexos Obrigatórios</b>	- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;	
<b>Anexos Obrigatórios (continuação)</b>	<p>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- <b>Termo de Consentimento para Medicamentos Imunobiológicos</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, 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 e manter a dose com 40 mg, via sc, a cada 2 semanas.	Iniciar e manter a dose com 50 mg, via sc a cada semana.
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	3 seringas	10 FA ou ser (25mg) ou 5 FA ou ser (50mg)
<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>(**)</b>	
<b>Medicamento</b>	<b>CERTOLIZUMABE PEGOL</b>	<b>GOLIMUMABE</b>
<b>CID 10</b>	<b>M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8</b>	
<b>Apresentação</b>	200 mg/mL (seringa preenchida)	50 mg (seringa preenchida)
<b>Inclusão</b>	<b>(*)</b>	
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Reumatoide</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- <b>Termo de Consentimento para Medicamentos Imunobiológicos</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, 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.		Iniciar e manter a dose com 50 mg, via sc, a cada 4 semanas.
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	Dose de ataque: 6 ser.; Dose de manutenção: 3 ser.		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>ABATACEPTE-Indisponível</b>	<b>TOCILIZUMABE</b>	<b>RITUXIMABE</b>
<b>CID 10</b>	<b>M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8</b>		
<b>Apresentação</b>	125 mg (seringa preenchida)	20 mg/mL (frasco-ampola 4mL)	10 mg/mL (frasco com 50 mL)
<b>Inclusão</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>- <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico;</li> <li>- <b>Termo de Consentimento para Medicamentos Imunobiológicos</b> completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, assinado e carimbado pelo médico.</li> <li>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, 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: 125 mg/semana.	Iniciar e manter a dose com 8 mg/kg/dose (dose max. 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>	5 ser	10 FA	4 FA.  <b>RENOVAÇÃO SEMESTRAL:</b> Autorização realizada pela unidade, medicamento enviado pelo mapa de programação da CAF.



<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. colesterol total, HDL, LDL e TGL a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose.	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose.
<b>Exclusão</b>	<p>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.</p>		
	Gestação e amamentação.	Elevação de aminotransferases transaminases = 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. Gestação.	Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
<b>Tempo de Tratamento</b>	<b>(**)</b>		
<b>Associações Não Permitidas</b>	<p>Azatioprina + Metotrexato; Ciclosporina + Metotrexato; Ciclosporina + Leflunomida; Cloroquina + Hidroxicloroquina; MMCDbio + MMCDsae; MMCDbio + MMCDbio.</p>		
<b>Validade dos Exames</b>	<p>- Beta-HCG: 30 dias ; - Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina: 6 meses; - HIV, HBsAg, anti-HCV: validade 12 meses. Quando positivo, esses exames têm validade indeterminada. - Avaliação oftalmológica: validade 12 meses. - 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. - Anti-CCP e Fator Reumatoide: validade indeterminada; - Radiografia de tórax (anexar somente o laudo): 12 meses. - 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><b>OBS:</b> para critérios definidos por exames laboratoriais, esses exames devem ser anexados ao processo.</p> <p>- <b>TROCAS DE BIOLÓGICOS (anexar):</b> Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, laudo RX de tórax e PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA. Não é necessário</p>		

<b>Validade dos Exames (continuação)</b>	<p>apresentar novas sorologias (HBsAg, anti-HCV e HIV) e exame de imagem das áreas afetadas pela doença.</p> <p>- Nas trocas de biológicos, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA não é necessário: na troca de Anti-TNF para anti-TNF ou na troca de Anti-TNF para não anti-TNF. Demais trocas, o exame deve ser apresentado.</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>	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.
	<b>Adequações</b>	Reumatologista.
	<b>Renovações</b>	A cada 6 meses as renovações devem ser realizadas por reumatologista.
<p><b>*** Na solicitação deve constar que: Conforme o PCDT, “o médico da atenção primária pode iniciar o tratamento com Metotrexato enquanto o paciente aguarda atendimento prioritário com o reumatologista.” A renovação do tratamento deve ocorrer com o reumatologista em até 6 meses.</b></p>		
<p><b>IMPORTANTE:</b></p> <p>Para dispensação de medicamentos biológicos em intervalo menor que o definido e/ou que o anteriormente autorizado e nos casos de meses com 5 semanas, o paciente (ou responsável legal) deverá apresentar a <b>Declaração de Aplicação de Medicamentos Biológicos do CEAF</b>, completamente preenchida, datada e assinada, constando a data da última e a data da próxima aplicação do medicamento. A unidade deverá adequar no SISMEDEX quantitativo para atender o paciente, autorizar e realizar a dispensação.</p>		
<p><b>Estratégias de Tratamento:</b></p> <p><b>Primeira etapa: INÍCIO DE TRATAMENTO COM METOTREXATO (MTX)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>O metotrexato 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 a Leflunomida ou Sulfassalazina, sendo a terapia isolada com Hidroxicloroquina pouco efetiva.</li> <li>Se falha de monoterapia inicial (MTX, LFN ou SSZ) em dose máxima tolerada e adesão adequada, após 3 meses de tratamento: Associação de medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos (MMCDs):</li> </ol> <p>Terapia combinada dupla com MTX:  → MTX + HCQ ou  → MTX + SSZ ou  → MTX + LFN</p> <p>Terapia combinada dupla com LFN:</p>		

→ 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.

- Após o uso de pelo menos dois esquemas terapêuticos, sendo um deles com associação de MMCDs, por no mínimo 3 meses cada um, passar para segunda etapa:

#### **Segunda etapa:**

1. Associação entre um MMCDbio anti-TNF ou não anti-TNF com metotrexato (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:**

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 somente aos indivíduos com contraindicação absoluta, toxicidade ou falha terapêutica a todos os MMCDbio anti-TNF e também ao Tocilizumabe, bem como os MMCDsae.**

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

<b>MMCDbio anti-TNF:</b>	<b>MMCDbio não anti-TNF:</b>	<b>MMCDsae:</b>
Adalimumabe	Tocilizumabe	Baricitinibe
Certolizumabe pegol	Rituximabe	Tofacitinibe
Etanercepte		Upadacitinibe
Golimumabe		
Infliximabe		

#### **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

**Resumo do PCDT e Formulário Médico elaborados pela GETAF e Comissão Médica de Reumatologia.**