ARTRITE REUMATOIDE			
Portaria Conjunta SCTIE/SAS/MS n° 16 – 03/09/2021			
Medicamento	**NAPROXENO**	**SULFASSALAZINA**	**METILPREDNISOLONA**
CID 10	**M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**		
Apresentação	500 mg (comprimido)	500 mg (comprimido)	40 mg/2 mL (frasco) 40, 125, 500 ou 1000 mg (frasco)
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 4 dos 7 critérios ACR**: 1) rigidez matinal (nas articulações, com pelo menos 1 hora de duração); 2) artrite de 3 ou mais das seguintes áreas: articulações interfalangianas (IFT) proximais, articulações metacarpofalangianas (MCF), punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e articulações metatarsofalangianas (MTF); 3) artrite de mãos (punhos, articulações MDF ou IFT proximais); 4) artrite simétrica (mesma área e, ambos os lados do corpo); 5) nódulo reumatoide (presença de 1 ou mais nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas ou superfícies extensoras ou regiões periarticulares); 6) fator reumatoide (presente em qualquer título); 7) alterações radiográficas (erosões ou descalcificações periarticulares em radiografias posteroanteriores de mãos e punhos). → **Critérios: A presença de 4 ou mais critérios por um período maior ou igual a 6 semanas, é sugestivo de Artrite Reumatoide.**		
Anexos Obrigatórios	- **Formulário Médico para Artrite Reumatoide** completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico; **- Exames:** 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). **SULFASSALAZINA:** sorologias (HIV, HbsAg, anti-HCV).		**Procedimento Hospitalar SIGTAP: 03.03.02.001-6 (por aplicação)**
Administração	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.
Prescrição Máxima Mensal	62 comprimidos	186 comprimidos	**Modalidade de atendimento hospitalar**
Monitoramento	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 1 a 3 meses.		

DIAF Diretoria de Assistência Farmacêutica

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.	Tuberculose sem tratamento
	Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).		
Tempo de Tratamento (**)	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.		
Medicamento	**HIDROXICLOROQUINA**		**CLOROQUINA**
CID 10	**M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**		
Apresentação	400 mg (comprimido)		150 mg (comprimido)
Inclusão	**(*)**		
Anexos Obrigatórios	- **Formulário Médico para Artrite Reumatoide** completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico; **- Exames:** 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.		
Administração	400 mg, 1x/dia.		Iniciar e manter com 4mg/kg/dia, via oral, até no máx. 250mg/dia.
Prescrição Máxima Mensal	31 comprimidos		62 comprimidos
Monitoramento	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.		
Exclusão	Retinopatia. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).		
Tempo de Tratamento	**(**)**		
Medicamento	**TOFACITINIBE**	**BARICITINIBE**	**UPADACITINIBE**
CID 10	**M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**		
Apresentação	5 mg (comprimido)	2 e 4 mg (comprimido)	15 mg (comprimido revestido)
Inclusão	**(*)**		

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Anexos Obrigatórios	- **Formulário Médico para Artrite Reumatoide** completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico; **- Exames:** 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). Beta-HCG para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura). **OBS: USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS.**		
Administração	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. **OBS.: Uso permitido somente em monoterapia ou associado ao MTX.**	15 mg, 1x/dia.
Prescrição Máxima Mensal	62 comprimidos	62 comprimidos (2 mg) 31 comprimidos (4 mg)	31 comprimidos
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 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;

DIAF Diretoria de Assistência Farmacêutica

			ou com condições subjacentes que podem predispô-los 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).		
Tempo de Tratamento	**(**)**		
Medicamento	**METOTREXATO**	**CICLOSPORINA**	**AZATIOPRINA**
CID 10	**M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**		
Apresentação	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)
Inclusão	**(*)**		
Anexos Obrigatórios	- **Formulário Médico para Artrite Reumatoide** completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico; **- Exames:** 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). **METOTREXATO:** Beta-HCG para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).		
Administração	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).
Prescrição Máxima Mensal	50 comprimidos 5 frascos-ampola	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	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;		

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

	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/1,73m2 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^2 de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica.	Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada. Gestação.	
Tempo de Tratamento	**(**)**		
Medicamento	**LEFLUNOMIDA**		**INFLIXIMABE**
CID 10	**M05.0, M05.1, M05.2,M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**		
Apresentação	20 mg (comprimido)		10 mg/mL (frasco-ampola com 10mL)
Inclusão	**(*)**		
Anexos Obrigatórios	- **Formulário Médico para Artrite Reumatoide** completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico; **- Exames:** 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) Beta-HCG para sexo feminino < 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura). **OBS: USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS.**		- **Formulário Médico para Artrite Reumatoide** completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico; **- Termo de Consentimento para Medicamentos Imunobiológicos** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, assinado e carimbado pelo médico; **- Exames:** Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux)

DIAF Diretoria de Assistência Farmacêutica

		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.
Administração	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.
Prescrição Máxima Mensal	31 comprimidos	**Dose de manutenção:** de acordo com o peso do paciente. **Máximo:** 10 frascos. **OBS: Renovação acima de 6 FA/mês, deverá encaminhar LME e prescrição médica pelo protocolo para autorização pela DIAF.**
Monitoramento	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.
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; 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^2 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.
Tempo de Tratamento	**(**)**	
Medicamento	**ADALIMUMABE**	**ETANERCEPTE**
CID 10	**M05.0, M0.51, M0.52, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**	
Apresentação	40 mg solução injetável (seringa preenchida	25 e 50 mg (frasco-ampola ou seringa preenchida)

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Inclusão	**(*)**	
Anexos Obrigatórios	- **Formulário Médico para Artrite Reumatoide** completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico; **- Termo de Consentimento para Medicamentos Imunobiológicos** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, assinado e carimbado pelo médico; **- Exames:** 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).	
Administração	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.
Prescrição Máxima Mensal	3 seringas	10 FA ou ser (25mg) ou 5 FA ou ser (50mg)
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	**CERTOLIZUMABE PEGOL**	**GOLIMUMABE**
CID 10	**M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**	
Apresentação	200 mg/mL (seringa preenchida)	50 mg (seringa preenchida)
Inclusão	**(*)**	
Anexos Obrigatórios	- **Formulário Médico para Artrite Reumatoide** completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, assinado e carimbado pelo médico; **- Termo de Consentimento para Medicamentos Imunobiológicos** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, assinado e carimbado pelo médico; **- Exames:** 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).	

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

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.		Iniciar e manter a dose com 50 mg, via sc, a cada 4 semanas.
Prescrição Máxima Mensal	Dose de ataque: 6 ser.; Dose de manutenção: 3 ser.		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	**ABATACEPTE-*Indisponível***	**TOCILIZUMABE**	**RITUXIMABE**
CID 10	**M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**		
Apresentação	125 mg (seringa preenchida)	20 mg/mL (frasco-ampola 4mL)	10 mg/mL (frasco com 50 mL)
Inclusão	**(*)**		
Anexos Obrigatórios	- **Formulário Médico para Artrite Reumatoide** completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, se for o caso; assinado e carimbado pelo médico; - **Termo de Consentimento para Medicamentos Imunobiológicos** completamente preenchido, assinado pelo paciente e/ou responsável legal, assinado e carimbado pelo médico.		
	- **Exames:** 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).		
Administração	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. **USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS**
Prescrição Máxima Mensal	5 ser	10 FA	4 FA. **<u>RENOVAÇÃO SEMESTRAL:</u>** Autorização realizada pela unidade, medicamento enviado pelo mapa de programação da CAF.

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Monitoramento	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.
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.		
	Gestação e amamentação.	Elevação de aminotransferases – transaminases = 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. Gestação.	Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
Tempo de Tratamento	**(**)**		
Associações Não Permitidas	Azatioprina + Metotrexato; Ciclosporina + Metotrexato; Ciclosporina + Leflunomida; Cloroquina + Hidroxicloroquina; MMCDbio + MMCDsae; MMCDbio + MMCDbio.		
Validade dos Exames	- 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. **OBS:** para critérios definidos por exames laboratoriais, esses exames devem ser anexados ao processo. -**TROCAS entre MMCDbios ou MMCDbio e MMCDsae ou entre MMCDsaes (anexar):** LME, Receita Médica, Formulário Médico com justificativa de troca, Termo de		

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

	Esclarecimento e Responsabilidade e Termo de Consentimento para Medicamentos Imunobiológicos. **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).	
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	A cada 6 meses as renovações devem ser realizadas por reumatologista.

***** 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.**

Estratégias de Tratamento:

Primeira etapa: INÍCIO DE TRATAMENTO COM METOTREXATO (MTX)

1. 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.

2. 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):

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.

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

- 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):

MMCDbio anti-TNF:	**MMCDbio não anti-TNF:**	**MMCDsae:**
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.

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica