

| ARTRITE PSORIÁSICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------|-----------|-------------------------------|--|--|---|------------------------------|---|--|---|-------------------------------------|--|---|---|----------------------------------|--|---|---|--|---|---|---|
| Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 37 – 21/01/2026 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CID 10 | M07.0, M07.2, M07.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inclusão Critérios Gerais | <p>- Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Artrite Psoriásica estabelecido por meio da utilização dos critérios CASPAR, devendo atingir 3 (três) ou mais pontos das categorias a seguir:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CATEGORIA</th> <th>PONTUAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Evidências de Psoríase</td> </tr> <tr> <td>Psoríase atual (avaliada por reumatologista ou dermatologista)</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>História pessoal de psoríase</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>História familiar de psoríase (familiar de primeiro ou segundo grau)</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Distrofia Ungueal Psoriásica</td> </tr> <tr> <td>Distrofia ungueal Psoriásica típica (observada no exame físico atual)</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Evidências Reumatológicas</td> </tr> <tr> <td>Fator reumatoide negativo (anexar exame)</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>História de dactilite ou dactilite atual (registrado por reumatologista)</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés (anexar exame)</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> | CATEGORIA | PONTUAÇÃO | Evidências de Psoríase | | Psoríase atual (avaliada por reumatologista ou dermatologista) | 2 | História pessoal de psoríase | 1 | História familiar de psoríase (familiar de primeiro ou segundo grau) | 1 | Distrofia Ungueal Psoriásica | | Distrofia ungueal Psoriásica típica (observada no exame físico atual) | 1 | Evidências Reumatológicas | | Fator reumatoide negativo (anexar exame) | 1 | História de dactilite ou dactilite atual (registrado por reumatologista) | 1 | Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés (anexar exame) | 1 |
| CATEGORIA | PONTUAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evidências de Psoríase | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Psoríase atual (avaliada por reumatologista ou dermatologista) | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| História pessoal de psoríase | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| História familiar de psoríase (familiar de primeiro ou segundo grau) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distrofia Ungueal Psoriásica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distrofia ungueal Psoriásica típica (observada no exame físico atual) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evidências Reumatológicas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fator reumatoide negativo (anexar exame) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| História de dactilite ou dactilite atual (registrado por reumatologista) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés (anexar exame) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicamento | NAPROXENO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apresentação | 500 mg (comprimido) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anexos Obrigatórios | <ul style="list-style-type: none"> - Formulário Médico para Artrite Psoriásica completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - Exames comprobatórios dos critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator Reumatoide ou Radiografia da formação óssea justa-articular de mãos ou pés); - Exames: Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS e laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Administração | 500 a 1.500 mg/dia, por via oral, divididos em três administrações (8/8 horas). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prescrição Máxima Mensal | 93 comprimidos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Monitoramento | Avaliações clínicas a cada 3 meses em caso de doença ativa, e a cada 6 meses em caso de doença estável. VHS e PCR nos períodos de maior atividade, a cada 1-3 meses, hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 meses. | |
| Exclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento. - Sangramento gastrointestinal não controlado, úlcera gastroduodenal, elevação de aminotransferases/transaminases (AST/TGO e ALT/TGP) igual ou três vezes acima do limite superior da normalidade (LSN) ou taxa de depuração de creatinina inferior a 30 mL/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica. | |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> - Formulário Médico para Artrite Psoriásica completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - Exames comprobatórios dos critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator Reumatoide ou Radiografia da formação óssea justa-articular de mãos ou pés); - Exames: Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HbsAg, anti-HCV e 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). | |
| Administração | 7,5 a 25 mg, por via oral, subcutânea ou intramuscular, a cada semana. | 20 mg, por via oral, uma vez por dia. |
| Prescrição Máxima Mensal | 50 comprimidos 5 frascos-ampola | 31 comprimidos |
| Monitoramento | Avaliações clínicas a cada 3 meses em caso de doença ativa, e a cada 6 meses em caso de doença estável. VHS e PCR nos períodos de maior atividade, a cada 1-3 meses, hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 meses. | |
| Exclusão | <ul style="list-style-type: none"> - 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; gestação, amamentação e concepção (homens e 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/1,73 m² - Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). - Leflunomida: idade inferior a 18 anos. | |
| Tempo de Tratamento | A critério médico. | |
| Medicamento | CICLOSPORINA | SULFASSALAZINA |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Apresentação | 25, 50, 100 mg (cápsula mole) 100 mg/mL solução oral (frasco de 50 mL) | 500 mg (comprimido) |
| Anexos Obrigatórios | <ul style="list-style-type: none"> - Formulário Médico para Artrite Psoriásica completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - Exames comprobatórios dos critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator Reumatoide ou Radiografia da formação óssea justa-articular de mãos ou pés); - Exames: Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HbsAg, anti-HCV e laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada). | |
| Administração | 3 a 5 mg/kg/dia, por via oral, divididos em duas administrações (12/12 horas). | 500 a 3.000 mg/dia, por via oral, divididos em até três administrações (8/8 horas). |
| Prescrição Máxima Mensal | 496 cáp (25mg), 744 cáp (50 mg), 372 cáp (100 mg) ou 8 frascos | 186 comprimidos |
| Monitoramento | Avaliações clínicas a cada 3 meses em caso de doença ativa, e a cada 6 meses em caso de doença estável. VHS e PCR nos períodos de maior atividade, a cada 1-3 meses, hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 meses. | |
| Exclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Tuberculose sem tratamento; hepatites B ou C agudas; - Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zóster ativa; hipertensão arterial sistêmica grave não controlada. | <ul style="list-style-type: none"> - Forma sistêmica de artrite idiopática juvenil; elevação de aminotransferases/transaminases igual ou 3x acima do limite superior da normalidade. |
| Tempo de Tratamento | A critério médico. | |
| Medicamento | TOFACITINIBE | |
| Apresentação | 5 mg (comprimido) | |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Anexos Obrigatórios | <ul style="list-style-type: none"> - Formulário Médico para Artrite Psoriásica completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - Exames comprobatórios dos critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator Reumatoide ou Radiografia da formação óssea justa-articular de mãos ou pés); - Exames: Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial (TTPa) ou D-dímero, HbsAg, anti-HCV e laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada). <p style="text-align: center;">OBS: USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS.</p> | |
| Administração | 5 mg, por via oral, administrada duas vezes ao dia | |
| Prescrição Máxima Mensal | 62 comprimidos | |
| Monitoramento | Avaliações clínicas a cada 3 meses em caso de doença ativa, e a cada 6 meses em caso de doença estável. VHS e PCR nos períodos de maior atividade, a cada 1-3 meses, hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 meses. Sinais e sintomas de tuberculose. | |
| Exclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). - Idade inferior a 18 anos. - 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. | |
| Tempo de Tratamento | A critério médico. | |
| 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 Psoriásica completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator Reumatoide ou Radiografia da formação óssea justa-articular de mãos ou pés); - Exames: Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HBsAg e anti-HCV e laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada). | |
| Administração | Iniciar com 5 mg/kg/dose, nas semanas 0, 2, 6 e, após, manter a mesma dose a cada 8 semanas | 40 mg, por via subcutânea, a cada duas semanas. |
| Prescrição Máxima Mensal | Dose de manutenção: de acordo com o peso do paciente. Máximo: 10 frascos. | 3 seringas |
| Monitoramento | Avaliações clínicas a cada 3 meses em caso de doença ativa, e a cada 6 meses em caso de doença estável. VHS e PCR nos períodos de maior | |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| | atividade, a cada 1-3 meses, hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose. | |
| Exclusão | <ul style="list-style-type: none"> - 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; insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante; doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos. - Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). | |
| Tempo de Tratamento | A critério médico. | |
| Medicamento | ETANERCEPTE | GOLIMUMABE |
| Apresentação | 25 e 50 mg (frasco-ampola ou seringa preenchida) | 50 mg (seringa preenchida) USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS |
| Anexos Obrigatórios | <ul style="list-style-type: none"> - Formulário Médico para Artrite Psoriásica completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - Exames comprobatórios dos critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator Reumatoide ou Radiografia da formação óssea justa-articular de mãos ou pés); - Exames: Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HBsAg e anti-HCV e laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada). | |
| Administração | 50 mg, por via subcutânea, a cada semana. | 50 mg, por via subcutânea, a cada 4 semanas. |
| Prescrição Máxima Mensal | 10 frascos de 25 mg e 5 frascos de 50 mg | 1 seringas |
| Monitoramento | Avaliações clínicas a cada 3 meses em caso de doença ativa, e a cada 6 meses em caso de doença estável. VHS e PCR nos períodos de maior atividade, a cada 1-3 meses, hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose. | |
| Exclusão | <ul style="list-style-type: none"> - 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. insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante; doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos. - Golimumabe: idade inferior a 18 anos. | |
| Tempo de Tratamento | A critério médico. | |
| Medicamento | CERTOLIZUMABE PEGOL | SECUQUINUMABE |
| Apresentação | 200 mg/mL (solução injetável) | 150mg/mL (solução injetável) |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Anexos Obrigatórios | <ul style="list-style-type: none"> - Formulário Médico para Artrite Psoriásica completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - Exames comprobatórios dos critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator Reumatoide ou Radiografia da formação óssea justa-articular de mãos ou pés); - Exames: Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HBsAg e anti-HCV e laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada). <p style="text-align: center;">OBS: USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS.</p> | |
| Administração | 400 mg (duas injeções de 200 mg cada), por via subcutânea, nas semanas 0, 2 e 4; posteriormente, 200 mg a cada duas semanas ou 400 mg a cada quatro semanas. | 300 mg, nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4; posteriormente, uma vez a cada quatro semanas. Cada dose de 300 mg é administrada em duas injeções subcutâneas de 150 mg. |
| Prescrição Máxima Mensal | Dose de ataque: 6 seringas; Dose de manutenção: 3 seringas | Dose de ataque: 10 seringas; Dose de manutenção: 2 seringas |
| Monitoramento | Avaliações clínicas a cada 3 meses em caso de doença ativa, e a cada 6 meses em caso de doença estável. VHS e PCR nos períodos de maior atividade, a cada 1-3 meses, hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose. | |
| Exclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s)- - Tuberculose sem tratamento. - Idade inferior a 18 anos. - Infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas. insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante; doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos. | |
| Tempo de Tratamento | A critério médico. | |
| Medicamento | IXEQUIZUMABE | |
| Apresentação | 80 mg (solução injetável) - Em Breve | |
| Anexos Obrigatórios | <ul style="list-style-type: none"> - Formulário Médico para Artrite Psoriásica completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico; - Exames comprobatórios dos critérios de inclusão assinalados no Formulário Médico (Fator Reumatoide ou Radiografia da formação óssea justa-articular de mãos ou pés); - Exames: Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HBsAg e anti-HCV e laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada). <p style="text-align: center;">OBS: USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS.</p> | |
| Administração | 160 mg por injeção subcutânea (duas injeções de 80 mg) na semana 0, | |

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| | seguida de 80 mg a cada 4 semanas. | |
| Prescrição Máxima Mensal | <i>Aguardando atualização da Tabela Sigtap</i> | |
| Monitoramento | Avaliações clínicas a cada 3 meses em caso de doença ativa, e a cada 6 meses em caso de doença estável. VHS e PCR nos períodos de maior atividade, a cada 1-3 meses, hemograma, contagem de plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose. | |
| Exclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). - Tuberculose sem tratamento. - Idade inferior a 18 anos. | |
| Tempo de Tratamento | A critério médico. | |
| Associações Não Permitidas | Azatioprina + Metotrexato; Ciclosporina + Metotrexato; Ciclosporina + Leflunomida; MMCDbio + MMCDbio; MMCDbio + MMCDsae. | |
| Validade dos Exames | <ul style="list-style-type: none"> - Beta-HCG: 30 dias; - Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina, tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial (TTPa), D-dímero: 6 meses; - HBsAg, anti-HCV: 12 meses. Quando positivo, esses exames têm validade indeterminada. - 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. - 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): 12 meses. Se houver alterações típicas e irreversíveis, têm validade indeterminada. <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 | Reumatologista ou Dermatologista |
| | Adequações | Reumatologista ou Dermatologista |
| | Renovações | Reumatologista ou Dermatologista |
| Estratégias de Tratamento: | | |
| - Conforme a Manifestação Musculoesquelética Predominante: | | |
| <u>ARTRITE PSORIÁSICA PERIFÉRICA (ARTRITE OU DACTILITE):</u> | | |
| <u>1ª ETAPA:</u> | | |
| Medicamentos modificadores do curso da doença (MMCDs): metotrexato, leflunomida e sulfasalazina. | | |

Primeira Linha:

Uso de um MMCDs, sendo o MTX a primeira escolha. Em casos de intolerância ao metotrexato oral, deve-se tentar dividir a administração ou empregar o MTX injetável. Na impossibilidade de uso do MTX por toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso), recomenda-se utilizar outro MMCDs, a leflunomida (LEF) ou a sulfassalazina (SSZ). O tratamento com MMCDs não impede o uso concomitante de AINE.

Segunda Linha:

Em caso de falha da monoterapia inicial (MTX, LEF ou SSZ), isto é, persistência de atividade da doença após três meses de tratamento otimizado (dose máxima tolerada e adesão adequada), recomenda-se a terapia com a combinação dupla ou tripla de MMCDs. As associações de medicamentos (MMCDs) mais comumente recomendadas são a associação do MTX ou LEF com a SSZ.

2ª ETAPA:

Medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCDbio): **adalimumabe, etanercepte, golimumabe e infliximabe.**

Em caso de persistência da doença, após o uso de pelo menos dois esquemas de MMCDs (1ª etapa) por, no mínimo, três meses cada um (seis meses no total), pode ser considerado o uso de um MMCDbio de **primeira linha (adalimumabe, etanercepte, infliximabe e golimumabe)**, associado ou não ao MTX. Nos casos de contraindicação ao MTX e quando houver indicação do medicamento, pode ser considerada a associação do MMCDbio com outro MMCDs (LEF ou SSZ). O adalimumabe tem indicação de associação com a LEF, além do MTX. Esses medicamentos apresentam perfis de eficácia e segurança semelhantes, não havendo, em geral, predileção por uma alternativa frente às demais. Nos pacientes em tratamento com MMCDbio e com resposta suficiente, o uso do mesmo fármaco deve ser mantido, não sendo recomendada sua troca por outro MMCDbio.

Para pacientes com AP periférica grave e pior prognóstico, que não atingiram a meta de tratamento com o uso de um MMCDs, pode ser considerado o uso do MMCDbio de primeira linha, não sendo necessária a utilização de um segundo MMCDs. Nesses casos o período mínimo de uso de MMCDs deve ser de pelo menos três meses.

3ª ETAPA:

Medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCDbio): **adalimumabe, etanercepte, golimumabe, infliximabe, certolizumabe pegol, secuquinumabe e ixequizumabe.**

Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Sintéticos Alvo Específico (MMCDsae): **Tofacitinibe.**

Após pelo menos três meses de tratamento da segunda etapa terapêutica, e havendo persistência da atividade da doença, falha terapêutica ou toxicidade inaceitável ao medicamento utilizado na segunda etapa, recomenda-se a substituição por outro MMCDbio de primeira linha (adalimumabe, etanercepte, golimumabe, infliximabe) ou por um MMCDbio de segunda linha (certolizumabe pegol, secuquinumabe e ixequizumabe) ou pelo tofacitinibe.

Sempre que possível, o medicamento selecionado deve ser associado a um MMCDs. O MMCDs de escolha é o MTX. Nos casos de contraindicação ao MTX, pode ser considerada a associação com outro MMCDs (LEF ou SSZ). O adalimumabe tem indicação de associação com a LEF, além do MTX e o tofacitinibe tem indicação de associação com outros MMCDs, além do MTX.

O uso do MMCDbio de segunda linha (certolizumabe pegol, secuquinumabe, ixequizumabe) ou tofacitinibe é indicado somente se a pessoa já passou pela primeira etapa de tratamento (dois MMCDs) e usou pelo menos um MMCDbio de primeira linha (adalimumabe, etanercepte, golimumabe ou infliximabe), mas sua doença continua ativa após as primeiras 12 semanas de tratamento, ou se houve perda de resposta ao tratamento com MMCDbio primeira linha nesse período (três meses de tratamento).

ARTRITE PSORIÁSICA AXIAL E ENTESITE:

O tratamento é iniciado com AINE e, se necessário, após o seu uso por pelo menos 4 semanas, o tratamento com MMCDbio de primeira linha é preconizado.

1ª ETAPA:

Medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCDbio): **adalimumabe, etanercepte, golimumabe e infliximabe.**

Um MMCDbio de primeira linha (adalimumabe, etanercepte, golimumabe ou infliximabe) deve ser usado inicialmente. Esses medicamentos apresentam perfis de eficácia e segurança semelhantes, não havendo, em geral, predileção por uma alternativa frente às demais. Nos pacientes já em tratamento com MMCDbio e com resposta suficiente, o uso do mesmo fármaco deve ser mantido, não sendo recomendada sua troca por outro MMCDbio.

2ª ETAPA:

Medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCDbio): **Adalimumabe, etanercepte, golimumabe, infliximabe, certolizumabe pegol, secuquinumabe e ixequizumabe.**

Medicamento Modificador do Curso da Doença Sintético Alvo Específico (MMCDsae): **Tofacitinibe.**

Após pelo menos três meses de tratamento da primeira etapa terapêutica, e havendo persistência da atividade da doença, falha terapêutica ou toxicidade inaceitável ao medicamento utilizado na primeira etapa, recomenda-se a substituição por outro MMCDbio de primeira linha (adalimumabe, etanercepte, golimumabe ou infliximabe)^{5,38} ou por um dos MMCDbio de segunda linha (secuquinumabe, certolizumabe pegol, ixequizumabe) ou pelo tofacitinibe.

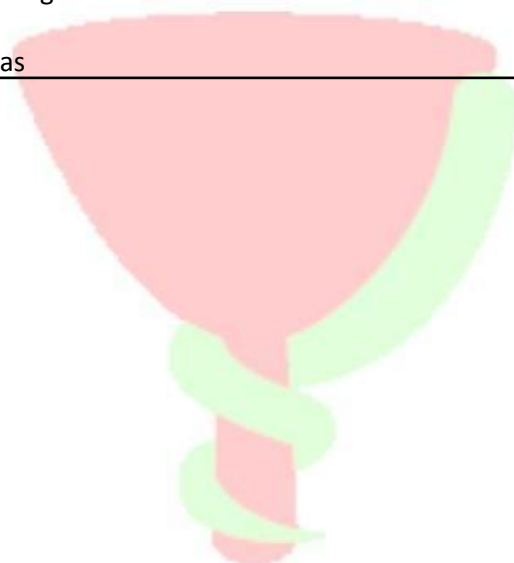
O uso do certolizumabe pegol, secuquinumabe, ixequizumabe ou tofacitinibe é preconizado somente se o paciente utilizou pelo menos um MMCDbio de primeira linha (adalimumabe, etanercepte, golimumabe ou infliximabe), mas sua doença continua ativa após as primeiras 12 semanas de tratamento, ou se houve perda de resposta ao tratamento nesse período (mínimo de três meses de tratamento).

CID-10:

M07.0 Artropatia psoriásica interfalângiana distal

M07.2 Espondilite psoriásica

M07.3 Outras artropatias psoriásicas



DIAF
Diretoria de Assistência
Farmacêutica