| PSORÍASE | | | |
|---|---|---|---|
| **Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS n° 18 - 14/10/2021** | | | |
| **Medicamento** | **CALCIPOTRIOL** | **CLOBETASOL** | **CLOBETASOL** |
| **CID 10** | **L40.0, L40.1, L40.4, L40.8** | | |
| **Apresentação** | Pomada 50 mcg/g (bisnaga 30 g) | Creme 0,5 mg/g (bisnaga 30 g) | Solução capilar 0,5 mg/g (frasco 50 g) |
| **Inclusão Critérios Gerais (*)** | **Psoríase Cutânea Tegumentar Leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios em relato médico:**<br>• *Escore* PASI ≤ 10;<br>• Acometimentos ≤ 10% da superfície corporal (BSA); ou<br>• DLQI ≤ 10.<br><br>**Psoríase Cutânea Tegumentar Moderada a Grave definida por um dos seguintes critérios em relato médico:**<br>• *Escore* PASI > 10;<br>• Acometimentos > 10% da superfície corporal;<br>• DLQI > 10;<br>• Psoríase acometendo extensamente o **aparelho ungueal** (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);<br>• Psoríase **palmo-plantar** resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteróides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses; ou<br>• Psoríase acometendo **outras áreas especiais** (como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras), resistente aos medicamentos tópicos (como corticosteroides e análogos da vitamina D) e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.<br><br>**Pacientes já em tratamento com medicamentos imunobiológicos é OBRIGATÓRIO** apresentar **Formulário Médico** com o campo destinado aos pacientes já em uso do medicamento **(item 3)** preenchido.<br><br>***PASI** (*Psoriasis Area and Severity Index*)<br>***DLQI** (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico) | | |
| **Anexos Obrigatório** | **Formulário Médico para Psoríase** completamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico. | | |
| **Administração** | Dose inicial: 2x/dia (ver orientações no PCDT/MS).<br>Dose máxima semanal: ≤ 100 g. Dose manutenção: 1x/dia. | 3x/dia (< 30 dias) e 2x/semana (manutenção) - ver orientações no PCDT/MS.<br>Dose máxima semanal: ≤ 50 g. | |
| **Prescrição Máxima Mensal** | 15 bisnagas | 8 bisnagas | 5 frascos |
| **Monitoramento** | Associar o uso à proteção solar; Cautela quanto à aplicação na face por risco de fotossensibilidade e dermatite de contato irritativa. | Atenção aos possíveis efeitos adversos e efeito rebote na retirada, em raros casos.<br>Pode ocorrer absorção sistêmica pelo uso em grandes superfícies, com risco de hipercortisolismo, especialmente em crianças. | |

DIAF

<table>
<tr><td>Exclusão</td><td colspan="3">Hipersensibilidade a um dos medicamentos ou componentes da fórmula.<br>Diagnóstico de Artrite Psoríaca.</td></tr>
<tr><td></td><td>Hipercalcemia</td><td>Infecções cutâneas não tratadas; Rosácea; Acne vulgar; Prurido sem inflamação; Prurido genital e perianal; Dermatite perioral; Dermatoses e dermatite em crianças < 1 ano de idade.</td><td>Infecções do couro cabeludo.</td></tr>
<tr><td>Tempo de Tratamento</td><td>A critério médico.</td><td colspan="2">Os corticóides devem ser utilizados por períodos restritos (de 15 a 60 dias), dependendo do tipo de pele.</td></tr>
<tr><td>Medicamento</td><td>METOTREXATO</td><td colspan="2">CICLOSPORINA</td></tr>
<tr><td>CID 10</td><td colspan="3">L40.0, L40.1, L40.4, L40.8</td></tr>
<tr><td>Apresentação</td><td>2,5 mg (comprimido) e<br>25 mg/mL (frasco-ampola 2mL)</td><td colspan="2">25, 50 e 100 mg (cápsulas);<br>100mg/mL (solução oral 50 mL);<br>50 mg (solução injetável)</td></tr>
<tr><td>Inclusão</td><td colspan="3">(*)</td></tr>
<tr><td>Anexos Obrigatórios</td><td>1- Formulário Médico para Psoríase: completamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico.<br><br>2- Exames Laboratoriais: TGP/ALT e TGO/AST; Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Colesterol total e frações (com triglicerídeos); Parcial de urina (EQU); Albumina sérica; Uréia; Creatinina sérica e Hemograma com plaquetas.<br>Obs.: em caso de alteração em exames, favor anexar ciência médica.<br><br>- Para Mulheres ≤ 55 anos: ß-HCG ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura.<br><br>3- Sorológicos:<br>- HBsAg, Anti-HCV e anti-HIV;<br><br>4- Exame de Imagem: Raio X de tórax.</td><td colspan="2">1- Formulário Médico para Psoríase: completamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico.<br><br>2- Exames Laboratoriais: TGP/ALT e TGO/AST; Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Bilirrubinas T/F; Parcial de urina (EQU); Colesterol total e frações (com triglicerídeos); Uréia; Creatinina sérica e Hemograma com plaquetas.<br>Obs.: em caso de alteração em exames, favor anexar ciência médica.<br><br>- Para Mulheres ≤ 55 anos: ß-HCG ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura.<br><br>3- Sorológicos:<br>- HBsAg, Anti-HCV anti HIV;<br><br>4- Exame de Imagem: Raio X de tórax.</td></tr>
<tr><td>Administração</td><td>Via oral ou parenteral (subcutâneo ou intramuscular)<br>- Dose INICIAL: 15 mg/semana<br>- Dose MÁXIMA: 25 mg/semana<br><br>Pacientes PEDIÁTRICOS:<br>Dose recomendada: 0,2 a 0,7 mg/kg/dia.</td><td colspan="2">- Dose INICIAL recomendada: 2,5 mg/kg/dia (2 doses diárias, com aumento progressivo)<br>- Dose MÁXIMA: 5mg/kg/dia<br>(Redução da dose gradual 0,5 mg/kg, a cada 15 dias, para evitar rebote).</td></tr>
</table>

DIAF Diretoria de Assistência Farmacêutica

| | | |
|---|---|---|
| | | **Pacientes PEDIÁTRICOS REFRATÁRIOS:** 1,5-5 mg/kg/dia. |
| **Prescrição Máxima Mensal** | 60 cp ou<br>5 FA | 372 caps (100 mg),<br>744 caps (50mg),<br>496 caps (25mg) ou<br>8 frascos (sol. oral) |
| **Monitoramento** | - Reavaliação de PASI, BSA ou DLQI após 6 semanas de tratamento.<br>- Hemograma: repetir na semana 1 e 6, e depois a cada 3 meses.<br>- AST/TGO, ALT/TGP, Colesterol total e frações, triglicerídeos, Ureia e Creatinina: quinzenalmente nos primeiros 2 meses e, após, a cada 3 meses.<br>- Albumina: repetir a cada 6 meses (recomendável). | - Reavaliação de PASI, BSA ou DLQI após 6 semanas de tratamento.<br>- Uréia, creatinina sérica e potássio: 2 medidas por mês, com intervalo de 15 dias, nos primeiros 2 meses e, depois, mensalmente com os demais exames.<br>- Parcial de urina (EQU), Colesterol total e frações, triglicerídeos e Magnésio: podem ser avaliados a cada 2 meses.<br>- Clearance de creatinina: repetir anualmente. |
| **Exclusão** | Hipersensibilidade a um dos medicamentos ou componentes da fórmula.<br>Diagnóstico de Artrite Psoríaca. | |
| | Gestação, lactação e concepção (homens e mulheres);<br>Insuficiência hepática ou renal graves;<br>Síndromes de imunodeficiência;<br>Discrasias sanguíneas. | Tratamento com Fototerapia UVB e PUVA;<br>Contraindicação no caso de infecções crônicas como as hepatites B, C e HIV. |
| **Tempo de Tratamento** | Elevação das enzimas hepáticas em até 3x o limite: suspender o tratamento. | **Tempo MÁXIMO:** 2 anos (recomendável, por risco de nefrotoxicidade irreversível) |
| **Medicamento** | **ACITRETINA** | |
| **CID 10** | **L40.0, L40.1, L40.4, L40.8** | |
| **Apresentação** | 10 mg e 25 mg (cápsulas) | |
| **Inclusão** | **(*)** | |
| **Anexos Obrigatórios** | **1- Formulário Médico para Psoríase** completamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico.<br>**2- Receituário de Controle Especial para Retinóides;**<br>**3- Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado (Portaria 344/98):** Anexo XVI para homens e mulheres >55 anos **OU** Anexo XV para mulheres ≤55 anos.<br>**Obs.: Pacientes <21 anos: nome e assinatura do responsável** no Termo da Portaria 344/98.<br>**4- Exames laboratoriais:** TGP/ALT; TGO/AST; Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Bilirrubinas T/F; Colesterol total e frações (com triglicerídeos); Glicose; Uréia; Creatinina sérica e Hemograma com plaquetas.<br>Obs.: em **caso de alteração** em exames, favor anexar ciência médica.<br><br>-**Para Mulheres ≤ 55 anos:** ß-HCG ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura.<br>**- Para Crianças ≤ 12 anos:** Raio X de mãos e punhos. | |
| **Administração** | - Dose INICIAL: 25 mg/dia (recomendada).<br>- Dose MÁXIMA: 75 mg/dia (0,5-1 mg/kg/dia).<br>**Pacientes PEDIÁTRICOS:**<br>- Dose MÁXIMA: 35 mg/dia (0,5 a 1 mg/kg/dia) | |

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

| | | |
|---|---|---|
| **Prescrição Máxima Mensal** | 217 cp (10mg) ou<br>93 cp (25mg) | |
| **Monitoramento** | Reavaliação de PASI, BSA ou DLQI após 3 meses de tratamento.<br>- AST/TGO, ALT/TGP, Colesterol total e frações, triglicerídeos: repetir 1x/mês nos primeiros 2 meses e, em seguida, a cada 8-12 semanas.<br>- Hemograma, Uréia e Creatinina: repetir a cada 3 meses.<br>- Beta-HCG: repetir mensalmente por até 2 anos após a suspensão do medicamento.<br>• Crianças ≤ 12 anos = Raio X de mãos e punhos (idade óssea): anual.<br>• Adultos com suspeita de osteopenia: Densitometria óssea anual. | |
| **Exclusão** | Gestação, lactação e concepção;<br>Insuficiência hepática ou renal graves;<br>Hipertrigliceridemia grave (triglicerídeos > 800 mg/dL);<br>Etilismo. | |
| **Tempo de Tratamento** | Indefinido.<br>Se Triglicerídeos > 800 mg/dL: INTERROMPER o tratamento | |
| **Medicamento** | **ADALIMUMABE** | **ETANERCEPTE** |
| **CID 10** | **L40.0, L40.1, L40.4, L40.8** | |
| **Apresentação** | 40 mg (solução injetável, SC, por seringa preenchida). | 25 mg (solução injetável, SC, por frasco-ampola) e<br>50 mg (solução injetável, SC, por frasco-ampola e seringa preenchida). |
| **Inclusão** | **(*)** | |
| **Anexos Obrigatórios** | **1- Formulário Médico para Psoríase** completamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico.<br>**2- Termo de Consentimento Médico para solicitação de Medicamentos Imunobiológicos**<br>**3- Exames Laboratoriais:** Hemograma com plaquetas; TGP/ALT; TGO/AST; Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Creatinina sérica; Proteína C reativa (PCR); e Parcial de urina (EQU).<br>Obs.: em **caso de alteração** em exames, favor anexar ciência médica.<br>- **Para Mulheres ≤ 55 anos:** ß-HCG ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura.<br>**3- Sorológicos:**<br>- HBsAg, Anti-HCV, anti-HIV, Anti-HBc TOTAL (Anti-HBc TOTAL **REAGENTE** enviar Anti-HBc IgM) e Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA (Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA **positivo**: relato médico informando quimioprofilaxia para Tuberculose).<br>**4- Exame de Imagem**: Raio X de tórax.<br><br>**PARA TROCA ENTRE BIOLÓGICOS:**<br>Apresentar **Formulário Médico com** o **Item 3** corretamente preenchido.<br>**REAVALIAÇÃO CENTRAL - APÓS 6 meses do início do tratamento:**<br>Apresentar **Formulário Médico com** o **Item 3** corretamente preenchido. | |
| **Administração** | - Dose inicial recomendada: 80 mg;<br>- Doses subsequentes: 40 mg em semanas alternadas, começando na semana seguinte à dose inicial.<br>Após 16 semanas e PASI<75: aumentar dose para 40 mg a cada 7 dias ou 80 mg a cada 14 dias. | Recomendado para população pediátrica.<br>Pacientes Pediátrico (6-18 anos):<br>< 62,5 kg: 0,8 mg/kg 1x/semana;<br>Dose máxima semanal: 50 mg<br>> 62,5 kg: 50 mg/semana.<br>- Pacientes que atinjam a idade adulta com doença controlada com etanercepte: manter dose de 50 mg/semana. |

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

| | | |
|---|---|---|
| **Prescrição Máxima Mensal** | 5 seringas preenchidas de 40 mg | 10 FA de 25 mg<br>5 FA ou seringas preenchidas de 50 mg |
| **Monitoramento** | Avaliações de resposta terapêutica primária entre 12 e 16 semanas.<br>Reavaliações de resposta secundária: entre as semanas 24 e 28.<br>- Hemograma com plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina: repetir após 4 e 12 semanas do início do tratamento e, em seguida, a cada 3 meses.<br>- Proteína C reativa (PCR): repetir a cada 3 meses.<br>- PPD < 5 mm: repetir anualmente.<br>Sem resposta satisfatória na semana 24, a SUSPENSÃO deve ser considerada. | |
| **Exclusão** | Insuficiência cardíaca congestiva classe III e IV de NYHA;<br>Tuberculose ativa;<br>Infecções ativas (sepse e infecções oportunistas).<br>**Adalimumabe**: Idade inferior a 18 anos;<br>**Etanercepte**: idade inferior a 6 ou acima de 18 anos; | |
| **Tempo de Tratamento** | De acordo com a taxa de resposta do medicamento ao tratamento.<br>Sem resposta satisfatória na semana 24, a SUSPENSÃO deve ser considerada. | |
| **Medicamento** | **USTEQUINUMABE** | **SECUQUINUMABE** |
| **CID 10** | **L40.0, L40.1, L40.4, L40.8** | |
| **Apresentação** | 45 mg/0,5 mL (solução injetável, SC, por seringa preenchida) e<br><br>90 mg/1,0 mL (solução injetável, SC, por seringa preenchida)- ***Indisponível.*** | 150 mg/mL pó em caneta aplicadora (solução injetável, SC, por seringa preenchida). |
| **Inclusão** | **(*)** | |
| **Anexos Obrigatórios** | **1- Formulário Médico para Psoríase**<br>**2- Termo de Consentimento Médico para solicitação de Medicamentos Imunobiológicos**<br>**3- Exames Laboratoriais:** Hemograma com plaquetas; TGP/ALT; TGO/AST; Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Creatinina sérica; Proteína C reativa (PCR) r Parcial de urina (EQU).<br>Obs.: em **caso de alteração** em exames, favor anexar ciência médica<br>- **Para Mulheres ≤ 55 anos:** ß-HCG ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura.<br>**4- Sorológicos:**<br>- HBsAg, Anti-HCV, anti-HIV, Anti-HBc TOTAL )Anti-HBc TOTAL for **REAGENTE** enviar Anti-HBc IgM) e Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA (Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA **positivo**: relato médico informando quimioprofilaxia para Tuberculose).<br>**5- Exame de Imagem**: Raio X de tórax.<br><br>**PARA TROCA ENTRE BIOLÓGICOS:**<br>Apresentar **Formulário Médico com** o **Item 3** corretamente preenchido.<br><br>**REAVALIAÇÃO CENTRAL - APÓS 6 meses do início do tratamento:**<br>Apresentar **Formulário Médico com** o **Item 3** corretamente preenchido. | |
| **Administração** | **- DOSE RECOMENDADA:**<br>**Pacientes < 100 Kg**: 45 mg nas semanas 0 e 4 (2 ampolas no mês), depois 45 mg (1 ampola) a cada 12 semanas (3 meses). | **- DOSE RECOMENDADA:**<br>300 mg (2 injeções de 150 mg, uma após a outra) nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4, após 300 mg mensal (2 FA/mês).<br><br>Obs.: O PCDT não preconiza ajuste de dose para este medicamento |

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

| | | |
|---|---|---|
| | **Pacientes > 100 kg**: 90 mg, nas semanas 0 e 4 (4 ampolas no mês), depois 90 mg (2 ampolas) a cada 12 semanas (3 meses).<br><br>**- AJUSTE DE DOSE:**<br>**Pacientes < 100 Kg**: em caso de perda de resposta terapêutica pode ocorrer ajuste para 90 mg (2 ampolas) a cada 12 semanas. Para pacientes que responderam inadequadamente à posologia de 90 mg a cada 12 semanas, uma dose de 90 mg a cada 8 semanas pode ser considerada.<br><br>**Pacientes > 100 kg**: para pacientes que responderam inadequadamente à posologia de 90 mg a cada 12 semanas, uma dose de 90 mg a cada 8 semanas pode ser considerada. | |
| **Prescrição Máxima Mensal** | 4 seringas preenchidas de 45 mg/0,5 ml. | 10 canetas aplicadoras de 150 mg. |
| **Monitoramento** | - Em caso de suspeita de evento infeccioso, o tratamento deve ser descontinuado, pelo menos temporariamente.<br>- Hemograma com plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina: repetir após 4 e 12 semanas do início do tratamento e, em seguida, a cada 3 meses ;<br>- Proteína C reativa (PCR): repetir a cada 3 meses.<br>- PPD < 5 mm: repetir anualmente.<br>- Avaliações de resposta terapêutica primária entre 12 e 16 semanas. Reavaliações de resposta secundária: entre as semanas 24 e 28. | |
| **Exclusão** | Tuberculose ativa;<br>Idade inferior a 18 anos;<br>Infecções ativas. | |
| **Tempo de Tratamento** | De acordo com a taxa de resposta do medicamento ao tratamento. | |
| **Medicamento** | **RISANQUIZUMABE** | |
| **CID 10** | **L40.0, L40.1, L40.4, L40.8** | |
| **Apresentação** | 150 mg/mL (caneta aplicadora com 1mL)<br>75 mg/0,83 mL (solução injetável, SC, por seringa preenchida) - ***Indisponível*** | |
| **Inclusão** | **(*)** | |
| **Anexos Obrigatórios** | **1- Formulário Médico para Psoríase**<br>**2- Termo de consentimento Médico para solicitação de Medicamentos Imunobiológicos** .<br>**3- Exames Laboratoriais:** Hemograma com plaquetas; TGP/ALT;TGO/AST; Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Creatinina sérica; Proteína C reativa (PCR) e Parcial de urina (EQU).<br>Obs.: em **caso de alteração** em exames, favor anexar ciência médica<br><br>- **Para Mulheres ≤ 55 anos:** ß-HCG ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura. | |

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

| | | |
|---|---|---|
| | **4- Sorológicos:**<br>- HBsAg, Anti-HCV, anti-HIV, Anti-HBc TOTAL (Anti-HBc TOTAL for **REAGENTE** enviar Anti-HBc IgM) e Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA ( Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA **positivo**: relato médico informando quimioprofilaxia para Tuberculose).<br><br>**5- Exame de Imagem**: Raio X de tórax.<br><br>**PARA TROCA ENTRE BIOLÓGICOS:**<br>Apresentar Formulário Médico com o Item 3 corretamente preenchido.<br><br>**REAVALIAÇÃO CENTRAL - APÓS 6 meses do início do tratamento:**<br>Apresentar **Formulário Médico com** o **Item 3** corretamente preenchido + LME e receita médica. | |
| **Administração** | Dose recomendada: 150 mg nas semanas 0 e 4, após 150 mg a cada 12 semanas (contadas a partir da segunda aplicação).<br>Obs.: O PCDT **não** preconiza **ajuste de dose** para este medicamento | |
| **Prescrição Máxima Mensal** | 2 canetas aplicadoras de 150 mg/mL;<br>4 seringas preenchidas 75 mg/0,83 mL | |
| **Monitoramento** | - Em caso de suspeita de evento infeccioso, o tratamento deve ser descontinuado, pelo menos temporariamente.<br>- Hemograma com plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina: repetir após 4 semanas do início do tratamento e, em seguida, a cada 3 meses antes de cada injeção de risanquizumabe.<br>- Proteína C reativa (PCR): repetir a cada 3 meses.<br>- PPD < 5 mm: repetir anualmente.<br>- Avaliações de resposta terapêutica primária entre 12 e 16 semanas. Reavaliações de resposta secundária: entre as semanas 24 e 28. | |
| **Exclusão** | Tuberculose ativa;<br>Idade inferior a 18 anos;<br>Infecções ativas. | |
| **Tempo de Tratamento** | De acordo com a taxa de resposta do medicamento ao tratamento. | |
| **Associações Não Permitidas** | Acitretina + MTX: somente mediante avaliação de risco e justificativa médica;<br>**Não é permitida a associação entre medicamentos biológicos.** | |
| **Validade dos Exames** | Exames laboratoriais: **6 meses;**<br>Anti-HBc (IgM), HBsAg, Anti-HCV e anti-HIV: **12 meses;**<br>Beta-HCG para mulheres ≤55 anos: **30 dias;**<br>Exames de Imagem: Raio X mãos e punhos, Raio X de tórax, densitometria óssea (se necessário): **12 meses.**<br>Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA: **12 meses para resultado de PPD < 5 mm, e validade indeterminada para resultado de PPD ≥ 5 mm.** | |
| **Especialidade Médica** | **Novas Solicitações e Adequações** | **Determinada pela gravidade da doença** |
| | **Psoríase Moderada a Grave** | Dermatologista, Dermatologista Pediátrico ou Pediatra. |
| | **Psoríase Leve** | Preferencialmente Dermatologista, Dermatologista Pediátrico ou Pediatra. |
| | **Renovações sem alteração** | Preferencialmente Dermatologista, Dermatologista Pediátrico ou Pediatra. |
| | **Reavaliações** | Dermatologista ou Pediatra. |

| | | |
|---|---|---|
| **Escalonamento do Tratamento:**<br><br>**Tratamento de psoríase leve**:<br>Primeiro se inicia com hidratação da pele associada ao uso de corticosteroides tópicos (Clobetasol). Com boa resposta terapêutica pode-se fazer regressão do corticoide e manutenção com emolientes, pomada de alcatrão ou ácido salicílico. Sem melhora do quadro pode-se associar Calcipotriol. Se ainda assim não houver melhora clínica deve-se considerar fototerapia ou tratamentos sistêmicos.<br><br>**Tratamento da psoríase moderada a grave (Primeira Linha):**<br>● Metotrexato: primeira etapa;<br>● Acitretina: segunda etapa;<br>Pode ser o medicamento da primeira etapa nos seguintes casos:<br>a) psoríase pustulosa, localizada (CID-10 L40.8) ou generalizada (CID-10 L40.1);<br>psoríase eritrodérmica (CID-10 L40.8);<br>b) psoríase palmo-plantar (CID-10 L40.8, com descrição de CID-10 secundário L40.3 no campo "diagnóstico" do LME).<br>● Ciclosporina: terceira etapa.<br>Pode ser usada em associação com a Acitretina em casos de maior gravidade de psoríase eritrodérmica (CID-10 L40.8) ou pustulosa generalizada (CID-10 L40.1). Considerada terapêutica de resgate, mediante justificativa, caso necessite transpor o escalonamento previsto pelo PCDT.<br><br>**Tratamento da psoríase moderada a grave (Segunda Linha): Medicamentos Biológicos**<br><br>● Adalimumabe ou Etanercepte (primeira etapa do tratamento sistêmico da segunda linha);<br>● Secuquinumabe, Ustequinumabe ou Risanquizumabe (segunda etapa do tratamento sistêmico da segunda linha).<br><br>Ustequinumabe, Secuquinumabe ou Risanquizumabe estão indicados após terapia com metotrexato, acitretina e ciclosporina em caso de contraindicação absoluta ou contraindicação relativa ao Adalimumabe com justificativa médica. | | |
| **CID-10:**<br>**L40.0** Psoríase vulgar<br>**L40.1** Psoríase pustulosa generalizada<br>**L40.4** Psoríase gutata<br>**L40.8** Outras formas de psoríase | | |

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica