



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

ARTRITE REUMATÓIDE E ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL PORTARIA CONJUNTA Nº 5, DE 16 DE AGOSTO DE 2020

Ligar para o número 160 (opção 03) ou 0800 644 0160 para usuários não residentes no DF e agendar horário para entrega dos documentos abaixo. Somente o paciente pode fazer a solicitação inicial de medicamentos no CEAF, com exceção daqueles declarados incapazes (campo 13 do LME).

Informações Gerais

Medicamentos

ARTRITE REUMATÓIDE e ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL:

Abatacepte 125 mg/ml solução injetável (seringa preenchida)
Adalimumabe 40 mg solução injetável (seringa preenchida)
Azatioprina 50 mg (comprimido)
Ciclosporina 25mg, 50 mg e 100 mg (cápsula)
Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (frasco)
Etanercepte 25 mg e 50 mg pó (frasco-ampola ou seringa preenchida)
Hidroxicloroquina 400 mg (comprimido)
Infliximabe 10 mg/mL solução injetável (frasco-ampola)
Leflunomida 20 mg (comprimido)
Metotrexato 2,5 mg (comprimido)
Metotrexato 25 mg/mL solução injetável (ampola 2ml)
Naproxeno 500mg (comprimido)
Sulfassalazina 500 mg (comprimido)
Tocilizumabe 20 mg/ml solução injetável (frasco-ampola 4 ml)

Somente ARTRITE REUMATÓIDE:

Baricitinibe 2 mg e 4 mg (comprimido)
Certolizumabe pegol 200 mg/ml solução injetável (seringa preenchida)
Golimumabe 50 mg solução injetável (seringa preenchida)
Rituximabe 500 mg solução injetável (frasco-ampola)
Tofacitinibe (citrato) 5 mg (comprimido)

CIDS contemplados

ARTRITE REUMATÓIDE

M05.0 - Síndrome de Felty



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

CIDS contemplados	<p>M05.1 - Doença reumatoide do pulmão M05.2 - Vasculite reumatoide M05.3 - Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas M05.8 - Outras artrites reumatoides soropositivas M06.0 - Artrite reumatoide soronegativa M06.8 - Outras artrites reumatoides especificadas</p> <p>ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL</p> <p>M08.0 - Artrite reumatoide juvenil M08.1 - Espondilite anquilosante juvenil M08.2 - Artrite juvenil com início sistêmico M08.3 - AIJ poliarticular juvenil M08.4 - Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular) M08.8 - Outras artrites juvenis M08.9 - Artrite juvenil não especificada</p> <p>Para AZATIOPRINA e HIDROXICLOROQUINA: Todos os CID-10 de Artrite Reumatóide + M08.0 - Artrite reumatoide juvenil</p>
Posologia e quantidade máxima mensal	<p>Abatacepte: uso a partir dos 6 anos. Até 5 seringas/mês. AR: SC: 125 mg, 1x/semana; AIJ: <u>Para pacientes com menos de 75 kg</u>: 10 mg/kg de peso, administrado inicialmente nos dias 0, 15, 30 e, a seguir, a cada 30 dias; <u>Para pacientes com 60-100 kg</u>: 750 mg administrada inicialmente nos dias 0, 15, 30 e, a seguir, a cada 30 dias; <u>Para pacientes com mais de 100 kg</u>: A dose máxima de 1.000 mg), administrada inicialmente nos dias 0, 15, 30 e, a seguir, a cada 30 dias.</p> <p>Adalimumabe: uso a partir de 2 anos. Até 3 seringas preenchidas/mês. AR: 40 mg a cada 2 semanas; AIJ: Para pacientes com menos de 30 kg: 20 mg a cada 14 dias. Para pacientes com mais de 30 kg: 40 mg ou 24 mg/m² a cada 14 dias. Para pacientes com uveíte: 24 mg/m², com dose máxima de 40 mg a cada 2 semanas.</p>



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

Posologia e quantidade máxima mensal	<p>Azatioprina: até 248 comprimidos/mês</p> <p>AR: iniciar com 1 mg/kg/dia, 1 a 2x dia, e, em caso de não resposta, aumentar 0,5 mg/kg/dia a cada mês até 2,5 g/kg/dia (dose máxima).</p>
	<p>Baricitinibe:</p> <p>AR: 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.</p>
	<p>Certolizumabe pegol: até 6 seringas/mês (dose de ataque).</p> <p>AR: 400 mg nas semanas 0, 2 e 4 (6 seringas). Após manter 200 mg a cada 2 semanas ou 400 mg a cada 4 semanas.</p>
	<p>Ciclosporina:</p> <p>AR: iniciar com 2,5 mg/kg/dia em duas administrações e aumentar de 0,5 a 0,75 mg/kg/dia a cada 2 ou 3 meses. Em caso de falha terapêutica, aumentar até 4 mg/kg/dia;</p> <p>AIJ: na AIJS com SAM: 2 a 5 mg/kg por dia.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ciclosporina 25mg: até 496 comprimidos/mês,• Ciclosporina 50mg: até 744 comprimidos/mês,• Ciclosporina 100mg: até 372 comprimidos/mês,• Ciclosporina sol. oral 100mg/ml: até 8 frascos/mês.
Posologia e quantidade máxima mensal	<p>Etanercepte: a partir de 2 anos.</p> <p>AR: 50 mg, 1x/semana;</p> <p>AIJ: dose semanal de 0,8 mg/kg de peso (máximo de 50 mg por dose).</p> <ul style="list-style-type: none">• Etanercepte 25mg: até 10 seringas/mês até 18 anos de idade;• Etanercepte 50mg (originador): até 5 seringas/mês para maiores de 18 anos;• Etanercepte 50mg (biossimilar): até 5 seringas/mês para maiores de 18 anos;
	<p>Golimumabe: até 2 seringas preenchidas/mês.</p> <p>AR: 50 mg, 1x/ a cada 4 semanas.</p> <p>Hidroxicloroquina: até 93 comprimidos/mês.</p> <p>AR: 400mg/dia.</p>



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

**Posologia e quantidade
máxima mensal**

Infliximabe: até 6 frascos/mês (dose de ataque). Uso a partir dos 6 anos.
AR: 3 mg/kg/dose nas semanas 0, 2, 6. Depois de manter a mesma dose, a cada 8 semanas;

AIJ: Iniciar com 3 mg/kg/dose, nas semanas 0, 2, 6 e, após, manter a mesma dose a cada 2 meses. Para pacientes com uveíte: 5 mg/kg.

Leflunomida: até 31 comprimidos/mês.

AR: 20mg/dia,

AIJ: para pacientes com mais de 40 kg: 20 mg. Uso apenas para pacientes maiores de 18 anos e com toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) do MTX.

Metotrexato 2,5 mg: até 60 comprimidos/mês.

Metotrexato 25mg/mL: até 5 ampolas/mês.

AR: 7,5–25 mg, 1x/semana;

AIJ: 10 a 15 mg/m² por semana. Em casos graves de uveíte: 20 mg/m². Associar ácido fólico (1mg/ dia por 6 dias) ou ácido folínico (1/3 da dose do MTX) pelo menos 24 horas após a administração de MTX).

Naproxeno 500mg: até 93 comprimidos/mês.

AR: 500 a 1.000 mg/dia, 2x/dia (usar a menor dose pelo menor tempo possível);

AIJ: 10 a 20 mg/kg/dia divididos em 2 doses por dia.

Rituximabe: até 4 frascos/mês (dose de ataque).

AR: 1.000 mg nos dias 0 e 14. A dose de 1.000 mg deve ser mantida com aplicação de uma dose a cada 6 ou mais meses, conforme avaliação de atividade de doença pelo ICAD;

Sulfassalazina: até 372 comprimidos/mês.

AR: 500 mg, 1-3 g/dia;

AIJ: Artrite relacionada a entesite com comprometimento periférico, sem resposta a AINE: 40 a 50 mg/kg, com máximo de 2 a 3 g por dia.

Tofacitinibe: até 62 comprimidos/mês.

AR: 5 mg, 2x/dia

Tocilizumabe: até 10 frasco-ampolas/mês.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

	<p>AR: 8 mg/kg/dose (dose máxima de 800 mg) 1x/ a cada 4 semanas;</p> <p>AIJ: Para pacientes com menos de 30 kg: AIJ poliarticular: 10 mg/kg a cada 4 semanas AIJ sistêmica: 12 mg/kg na AIJ sistêmica a cada 2 semanas. Para pacientes com mais de 30 kg: AIJ poliarticular: 8 mg/kg a cada 4 semanas AIJ sistêmica: 8 mg/kg a cada 2 semanas</p>
Observações	<p>A Leflunomida é um Medicamento sujeito a controle especial (Portaria nº344/98 - Lista C1).</p> <p>Nos casos de toxicidade em que se pretende a reversão farmacológica do efeito da leflunomida, recomenda-se o uso de 50 g de carvão ativado, por via oral, a cada 6 horas, durante 24 horas.</p> <p>Os medicamentos biossimilares são disponibilizados de acordo com as orientações prestadas pelo Ministério da Saúde/ANVISA além dos critérios relacionados nos protocolos clínicos.</p> <p>A solicitação e preenchimento de toda a documentação para os medicamentos deverá ser realizada por médicos da especialidade de Reumatologia ou Clínica Médica.</p>

Documentos e exames obrigatórios necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

EXAMES OBRIGATÓRIOS:

PARA TODOS OS MEDICAMENTOS:

Cópia do laudo de Raio X de mãos e punhos OU ultrassonografia OU ressonância magnética, tomografia computadorizada OU cintilografia óssea de áreas acometidas (válidos por 1 ano) OU Cópia do exame de dosagem de Fator Reumatóide (sem validade) OU anti-CCP, se fator reumatóide negativo ou em caso de dúvida diagnóstica (sem validade).

PARA METOTREXATO e LEFLUNOMIDA:

Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) (válido por 1 ano);

Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) (válido por 1 ano);

Cópia de exame de sorologia para Hepatite B (válido por 1 ano) – HBsAG;

Cópia de exame de sorologia para Hepatite C (válido por 1 ano) – anti-HCV;



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

- Cópia de exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica);
- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido por 30 dias) OU relatório médico informando sobre impossibilidade de gestação OU declaração de não gravidez da paciente (idade acima de 55 anos).

PARA NAPROXENO:

- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
- Cópia de exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).

PARA SULFASALAZINA:

- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) (válido por 1 ano);
- Cópia de exame de sorologia para Hepatite B (válido por 1 ano) – HBsAG;
- Cópia de exame de sorologia para Hepatite C (válido por 1 ano) – anti-HCV;
- Cópia de exame de taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).

PARA AZATIOPRINA:

- Cópia de exame de sorologia para Hepatite B (válido por 1 ano) – HBsAG;
- Cópia de exame de sorologia para Hepatite C (válido por 1 ano) – anti-HCV;
- Cópia do laudo de Raio X de tórax (válido por 1 ano);
- Cópia do teste de Mantoux (PPD ou Teste tuberculínico) (válido por 1 ano) OU informar resultado de outro exame como substituição (por exemplo IGRA ou TC de tórax) (válido por 1 ano) OU informar se já realizou tratamento prévio para Tuberculose.

PARA CICLOSPORINA (AR):



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

- Cópia de exame de sorologia para Hepatite B (válido por 1 ano) – HBsAG;
- Cópia de exame de sorologia para Hepatite C (válido por 1 ano) – anti-HCV;
- Cópia do laudo de Raio X de tórax (válido por 1 ano);
- Cópia do teste de Mantoux (PPD ou Teste tuberculínico) (válido por 1 ano) OU informar resultado de outro exame como substituição (por exemplo IGRA ou TC de tórax) (válido por 1 ano) OU informar se já realizou tratamento prévio para Tuberculose.

PARA ABATACEPTE, ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, INFLIXIMABE, BARICITINIBE, CERTOLIZUMABE PEGOL, GOLIMUMABE, RITUXIMABE E TOFACITINIBE:

- Cópia de exame de sorologia para Hepatite B (válido por 1 ano) – HBsAG, Anti-HBc total, anti-HBS;
- Cópia de exame de sorologia para Hepatite C (válido por 1 ano) – anti-HCV;
- Cópia do laudo de Raio X de tórax (válido por 1 ano);
- Cópia do teste de Mantoux (PPD ou Teste tuberculínico) (válido por 1 ano) OU informar resultado de outro exame como substituição (por exemplo IGRA ou TC de tórax) (válido por 1 ano) OU informar se já realizou tratamento prévio para Tuberculose.

PARA TOCILIZUMABE:

- Cópia de exame de Hemograma completo, com contagem de plaquetas (válido por 1 ano);
- Cópia de exame de sorologia para Hepatite B (válido por 1 ano) – anti-HBS, anti-HBC total e HBsAG;
- Cópia de exame de sorologia para Hepatite C (válido por 1 ano) – anti-HCV;
- Cópia do laudo de Raio X de tórax (válido por 1 ano);
- Cópia do teste de Mantoux (PPD ou Teste tuberculínico) (válido por 1 ano) OU informar resultado de outro exame como substituição (por exemplo IGRA ou TC de tórax) (válido por 1 ano) OU informar se já realizou tratamento prévio para Tuberculose;
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) (válido por 1 ano);
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO) (válido por 1 ano);

OBS: Para AIJ, apresentar também cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil

EXAMES FACULTATIVOS PARA TODOS OS MEDICAMENTOS

- Cópia do exame de dosagem de VHS (facultativo);



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

- Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa (facultativo);
- Cópia de Hemograma Completo (facultativo);

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:

- Cópia do documento de identidade ou Certidão de Nascimento (RG) ou demais documentos com foto aceitos como identificação civil (exceto para indígena ou penitenciário);
- Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada;
- Cadastro de Pessoas Físicas do paciente (CPF);
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;
- Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
- Cópia do documento de identidade do representante ou responsável, em caso de paciente incapaz;
- Relatório médico padronizado preenchido por serviços especializados em Reumatologia ou em Clínica Médica, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios, as articulações acometidas e se paciente possui retinopatia - disponível relatório padronizado da Farmácia (válido por 1 ano) *se for marcado algum exame no relatório, a apresentação deste é obrigatória;
- Justificativa para opção terapêutica e tempo de uso - disponível justificativa padronizada da Farmácia (válido por 1 ano);
- Para Leflunomida*: Receita de Controle Especial, preenchida adequadamente, em duas vias, (válida por 30 dias);
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 90 dias);
- Prescrição médica devidamente preenchida (válida por 90 dias);

Renovação de Continuidade de tratamento

SEMESTRAL

- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 90 dias);
- Prescrição médica devidamente preenchida (válida por 90 dias);
- Para Leflunomida*: Receita de Controle Especial, preenchida adequadamente, em duas vias, (válida por 30 dias), uma nova receita para cada dispensação;

Solicitação de Adequação de tratamento

AUMENTO DE DOSE:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 90 dias);
- Prescrição médica devidamente preenchida (válida por 90 dias);
- Relatório médico justificando aumento de dose (válido por 90 dias);
- Para Leflunomida*: Receita de Controle Especial, preenchida adequadamente, em duas vias (válida por 30 dias).