| ARTRITE PSORIÁSICA | | | | |
|--|--|---|----------------|-------------------------------------|
| ortaria Conjunta SAS/MS n° 09 - 21/05/2021 | | | | |
| Medicamento | SULFASSALAZINA | METOTREXATO | NAPROXENO |) |
| CID-10 | M07.0, M07.2, M07.3 | т | | |
| Apresentação | 500 mg (comprimido) | 2,5 mg (comprimido) e | 500 mg (con | nprimido) |
| | | 25 mg/mL | | |
| | | (frasco-ampola 2 mL) | | |
| Inclusão - Critérios | | s critérios CASPAR para Art i | | |
| Gerais para todos os medicamentos deste PCDT | doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) e atingir 3 (três) ou mais pontos das categorias a seguir: | | | |
| | Psoríase atual (avaliada | por Reumatologista ou Dern | natologista) | 2 pontos |
| | História pessoal de psor | ase | | 1 ponto |
| | · | | | 1 ponto |
| | | | | 1 ponto |
| | Fator re <mark>umatóide negati</mark> | VO ¹ | | 1 ponto |
| | História de dactilite ou dactilite atual (registrado por 1 ponto reumatologista) | | | 1 ponto |
| | | | | 1 ponto |
| | pés | | | |
| | ¹ Para critérios definio | dos por exames laboratoriais | s, esses exame | es devem ser |
| | anexados ao processo. | | | |
| | Obs.: Ver estratégias de tratamento** | | | |
| Anexos Obrigatórios | - Formulário Médico para Artrite Psoriásica 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, ultrassonografia, ressonância magnética 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). | | | |
| | SULFASSALAZINA E METOTREXATO: sorologias (HIV, HbsAg e anti-HCV). | | | |
| Administração | 500 a 3.000 mg/dia, VO, divididos em 3 administrações (8/8 horas). | 7,5 mg a 25 mg, VO ou intramuscular, a cada semana. | | mg/dia, VO, em até 3 ses (8/8 |
| Prescrição Máxima Mensal | 186 cp | 50 cp 5 FA | 93 cp | |
| Monitoramento | VHS. PCR. hemograma, plac | quetas, creatinina, AST e ALT | a cada 3 mese | es. |
| | 1, i en, nemograma, piac | 1400.43, Greathinia, AST CALI | a cada 5 mese | |

| Fyelue 8 e | Darfinia tubarculasa sam | Tuborouloso | Cangramanta | |
|------------------------|--|--|---|--|
| Exclusão | Porfiria, tuberculose sem tratamento, hepatites B ou C agudas, forma sistêmica de artrite idiopática juvenil, elevação de AST/ALT ≥ 3 X acima do LSN, obstrução urinária ou intestinal, depleção da medula óssea ou insuficiência renal moderada a grave. | Tuberculose sem tratamento, infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos, infecção fúngica com risco de vida; infecção por herpes-zoster ativa, hepatites B ou C agudas, elevação de AST/ALT ≥ 3 X acima do LSN, taxa de depuração de creatinina < 30 mL/min/1,73m2 de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica, gestação, amamentação ou possibilidade de concepção (esta última, aplicável a homens e mulheres). | Sangramento gastrointestinal não controlado, úlcera gastroduodenal, elevação de AST/ALT ≥ 3 X acima do LSN ou taxa de depuração de creatinina < 30 mL/min/1,73m2 de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica. | |
| | Pacientes com outras | doenças inflamatórias o | steoarticulares ou com | |
| | contraindicação absoluta | <mark>ao uso </mark> do respectivo med | licamento preconizado no | |
| | protocolo. Hipersensibilida | <mark>de co</mark> nhecida ao medicamer | nto, classe farmacêutica ou | |
| | componente do produto. | | | |
| Tempo de Tratamento | O tempo de tratamento não é pré-determinado, devendo o tratamento ser mantido enquanto hou <mark>ver be</mark> nefício clínico. | | | |
| | mantido enquanto nouver l | beneficio cilifico. | | |
| Medicamento | LEFLUNOMIDA | CICLOSPORINA | TOFACITINIBE | |
| CID-10 | LEFLUNOMIDA M07.0, M07.2, M07.3 | CICLOSPORINA | | |
| | LEFLUNOMIDA | | TOFACITINIBE 5mg (comprimido) | |
| CID-10 | LEFLUNOMIDA M07.0, M07.2, M07.3 20mg (comprimido) - Formulário Médico para | CICLOSPORINA 25, 50, 100 mg (cápsula) 100 mg/mL (solução | 5mg (comprimido) | |
| CID-10 Apresentação | LEFLUNOMIDA M07.0, M07.2, M07.3 20mg (comprimido) - Formulário Médico para e carimbado pelo médico; - Termo de Esclarecimer assinado pelo paciente e/or pelo médico; - Exames: Hemograma, planti-HCV. Laudo do exame de carimbado de carame de ca | 25, 50, 100 mg (cápsula) 100 mg/mL (solução oral) Artrite Psoriásica completamento e Responsabilidade con responsável legal, se for o caquetas, AST, ALT, creatinina de imagem das áreas afetada | 5mg (comprimido) nente preenchido, assinado mpletamente preenchido, asso; assinado e carimbado a, PCR, VHS, HIV, HbsAg e as pela doença (radiografia, | |
| CID-10 Apresentação | LEFLUNOMIDA M07.0, M07.2, M07.3 20mg (comprimido) - Formulário Médico para e carimbado pelo médico; - Termo de Esclarecimer assinado pelo paciente e/or pelo médico; - Exames: Hemograma, pl anti-HCV. Laudo do exame o ultrassonografia, ressonânce | 25, 50, 100 mg (cápsula) 100 mg/mL (solução oral) Artrite Psoriásica completamento e Responsabilidade con responsável legal, se for o caquetas, AST, ALT, creatinina de imagem das áreas afetada ia magnética ou tomografia o | 5mg (comprimido) nente preenchido, assinado mpletamente preenchido, caso; assinado e carimbado a, PCR, VHS, HIV, HbsAg e as pela doença (radiografia, computadorizada). | |
| CID-10 Apresentação | LEFLUNOMIDA M07.0, M07.2, M07.3 20mg (comprimido) - Formulário Médico para e carimbado pelo médico; - Termo de Esclarecimer assinado pelo paciente e/or pelo médico; - Exames: Hemograma, pl anti-HCV. Laudo do exame o ultrassonografia, ressonânce LEFLUNOMIDA E TOFACIT | 25, 50, 100 mg (cápsula) 100 mg/mL (solução oral) Artrite Psoriásica completamento e Responsabilidade con responsável legal, se for o concepta de imagem das áreas afetada ia magnética ou tomografia con la paciente está na menoje a paciente está na menoje | 5mg (comprimido) nente preenchido, assinado mpletamente preenchido, asso; assinado e carimbado a, PCR, VHS, HIV, HbsAg e as pela doença (radiografia, computadorizada). feminino < 55 anos (ou | |
| CID-10 Apresentação | LEFLUNOMIDA M07.0, M07.2, M07.3 20mg (comprimido) - Formulário Médico para e carimbado pelo médico; - Termo de Esclarecimer assinado pelo paciente e/or pelo médico; - Exames: Hemograma, pl anti-HCV. Laudo do exame o ultrassonografia, ressonânco LEFLUNOMIDA E TOFACIT declaração médica de que histerectomia ou laqueadur | 25, 50, 100 mg (cápsula) 100 mg/mL (solução oral) Artrite Psoriásica completamento e Responsabilidade con responsável legal, se for o concepta de imagem das áreas afetada ia magnética ou tomografia con la paciente está na menoje a paciente está na menoje | 5mg (comprimido) nente preenchido, assinado mpletamente preenchido, caso; assinado e carimbado a, PCR, VHS, HIV, HbsAg e as pela doença (radiografia, computadorizada). feminino < 55 anos (ou pausa ou foi submetida a | |

| Prescrição Máxima | 31 cp | 496 cáp (25 mg), 744 cáp | 62 cp |
|----------------------|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Mensal | | (50 mg), 372 cáp (100 | I |
| | | mg) ou 8 frascos (100 mg/mL). |) |
| Monitoramento | VHS, PCR, hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 meses. | | |
| Exclusão | | | |
| | Tuberculose sem tratamento, outra infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico, infecção fúngica ameaçadora à vida, infecção por herpes zoster ativa, hepatite B ou C aguda; Pacientes com outras doenças inflamatórias osteoarticulares ou com contraindicação absoluta ao uso do respectivo medicamento preconizado no protocolo. Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe farmacêutica ou componente do produto. | | |
| | Gestação, amamentação ou possibilidade de concepção (mulheres e homens), elevação de AST/ALT ≥ 3 X acima do LSN, taxa de depuração de creatinina < 30 mL/min/1,73m2 de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica. Hipertensão arterial sistêmica grave não conhecida ao medicamento, classe terapêutica ou componente do produto; 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 | O tempo de tratamento não é pré-determinado, devendo o tratamento ser mantido enquanto houver benefício clínico. | | |
| Medicamento | INFLIXIMABE | ADALIMUM | ABE |
| CID-10 | M07.0, M07.2, M07.3 | | |
| Apresentação | 10 mg/mL (frasco-ampola 10 mL) 40 mg solução injetável (seringa | | |
| Anexos Obrigatórios | - Formulário Médico para | preenchida) | amente preenchido assinado |
| / mexos obrigatorios | - Formulário Médico para Artrite Psoriásica 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, ultrassonografia, ressonância magnética ou tomografia computadorizada). | | |
| | Laudo do exame de ima | gem das áreas afetadas | s pela doença (radiografia, |

| | <u> </u> | 1 | |
|---|---|--|--|
| Administração | Iniciar com 5 mg/kg, IV, nas semana | Iniciar e manter com 40 mg, SC, a cada 2 | |
| | 0, 2, 6 e, depois manter a dose a cad | la semanas. | |
| | 8 semanas. | | |
| Prescrição Máxima | Dose de manutenção: de acordo co | m 3 seringas | |
| Mensal | o peso do paciente. | | |
| | Máx. 10 frascos | | |
| | OBS: Renovação acima de 5 FA/mê | · | |
| | deverá encaminhar LME e prescriçã | io | |
| | médica pelo protocolo para | | |
| | autorização pela DIAF. | · | |
| Monitoramento | VHS, PCR, hemograma, plaquetas, AST e ALT a cada 3 meses. | | |
| Exclusão | Tuberculose sem tratamento, infe | cção bacteriana com indicação de uso de | |
| | antibiótico, infecção fúngica ameaça | adora à vida, infecção por herpes-zóster ativa, | |
| | hepatites B ou C agudas, doenç | a linfoproliferativa nos últimos cinco anos, | |
| | | classes III ou IV ou doença neurológica | |
| | desmielinizante (leucoencefalopatia | The state of the s | |
| Tanana da Tuatamanta | | | |
| Tempo de Tratamento | | ré-determinado, devendo o tratamento ser | |
| Madiaguagus | mantido enquanto houver benefício | | |
| Medicamento | GOLIMUMABE | ETANERCEPTE | |
| CID-10 | M07.0, M07.2, M07.3 | | |
| | 50 mg (seringa preenchida) | 25 mg (frasco-ampola) | |
| Apresentação | | 50 (f | |
| Apresentação Anexos Obrigatórios | | 50 mg (frasco-ampola ou seringa preenchida) oriásica completamente preenchido, assinado | |
| | Formulário Médico para Artrite Ps e carimbado pelo médico; Termo de Esclarecimento e Re | | |
| | Formulário Médico para Artrite Pse e carimbado pelo médico; Termo de Esclarecimento e Reassinado pelo paciente e/ou response pelo médico; Termo de Consentimento para Me preenchido, assinado pelo paciente pelo médico; Exames: Radiografia de tórax, PPE Hemograma, plaquetas, AST, ALT, co Laudo do exame de imagem das | oriásica completamente preenchido, assinado sponsabilidade completamente preenchido, | |
| | Formulário Médico para Artrite Pse e carimbado pelo médico; Termo de Esclarecimento e Reassinado pelo paciente e/ou response pelo médico; Termo de Consentimento para Merpreenchido, assinado pelo paciente pelo médico; Exames: Radiografia de tórax, PPE Hemograma, plaquetas, AST, ALT, con Laudo do exame de imagem da ultrassonografia, ressonância magné Iniciar e manter com 50 mg, SC, as examinado pelo paciente pelo médico; | oriásica completamente preenchido, assinado sponsabilidade completamente preenchido, ável legal, se for o caso; assinado e carimbado dicamentos Imunobiológicos completamente e/ou responsável legal, assinado e carimbado (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, reatinina, PCR, VHS, HIV, HBsAg e anti-HCV. Sa áreas afetadas pela doença (radiografia, tica ou tomografia computadorizada). | |
| Anexos Obrigatórios | Formulário Médico para Artrite Pse e carimbado pelo médico; Termo de Esclarecimento e Reassinado pelo paciente e/ou respons pelo médico; Termo de Consentimento para Me preenchido, assinado pelo paciente pelo médico; Exames: Radiografia de tórax, PPE Hemograma, plaquetas, AST, ALT, cudo do exame de imagem da ultrassonografia, ressonância magné | oriásica completamente preenchido, assinado sponsabilidade completamente preenchido, ável legal, se for o caso; assinado e carimbado dicamentos Imunobiológicos completamente e/ou responsável legal, assinado e carimbado (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, reatinina, PCR, VHS, HIV, HBsAg e anti-HCV. Sa áreas afetadas pela doença (radiografia, tica ou tomografia computadorizada). | |
| Anexos Obrigatórios Administração | Formulário Médico para Artrite Pse e carimbado pelo médico; Termo de Esclarecimento e Reassinado pelo paciente e/ou respons pelo médico; Termo de Consentimento para Merpreenchido, assinado pelo paciente pelo médico; Exames: Radiografia de tórax, PPE Hemograma, plaquetas, AST, ALT, cudo do exame de imagem da ultrassonografia, ressonância magné Iniciar e manter com 50 mg, SC, a cada 4 semanas. | sponsabilidade completamente preenchido, assinado sponsabilidade completamente preenchido, ável legal, se for o caso; assinado e carimbado dicamentos Imunobiológicos completamente e/ou responsável legal, assinado e carimbado o (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, reatinina, PCR, VHS, HIV, HBsAg e anti-HCV. Se áreas afetadas pela doença (radiografia, tica ou tomografia computadorizada). Iniciar e manter com 50 mg, SC, a cada semana. | |
| Anexos Obrigatórios Administração | Formulário Médico para Artrite Pse e carimbado pelo médico; Termo de Esclarecimento e Reassinado pelo paciente e/ou response pelo médico; Termo de Consentimento para Merpreenchido, assinado pelo paciente pelo médico; Exames: Radiografia de tórax, PPE Hemograma, plaquetas, AST, ALT, con Laudo do exame de imagem da ultrassonografia, ressonância magné Iniciar e manter com 50 mg, SC, as examinado pelo paciente pelo médico; | oriásica completamente preenchido, assinado sponsabilidade completamente preenchido, ável legal, se for o caso; assinado e carimbado dicamentos Imunobiológicos completamente e/ou responsável legal, assinado e carimbado (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, reatinina, PCR, VHS, HIV, HBsAg e anti-HCV. Sa áreas afetadas pela doença (radiografia, tica ou tomografia computadorizada). Iniciar e manter com 50 mg, SC, a cada semana. 10 FA (25 mg) | |
| Anexos Obrigatórios Administração Prescrição Máxima Mensal | Formulário Médico para Artrite Pse e carimbado pelo médico; Termo de Esclarecimento e Reassinado pelo paciente e/ou respons pelo médico; Termo de Consentimento para Merpreenchido, assinado pelo paciente pelo médico; Exames: Radiografia de tórax, PPE Hemograma, plaquetas, AST, ALT, cudo do exame de imagem da ultrassonografia, ressonância magné Iniciar e manter com 50 mg, SC, a cada 4 semanas. 1 seringa | oriásica completamente preenchido, assinado sponsabilidade completamente preenchido, ável legal, se for o caso; assinado e carimbado dicamentos Imunobiológicos completamente e/ou responsável legal, assinado e carimbado O (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, reatinina, PCR, VHS, HIV, HBsAg e anti-HCV. Sa áreas afetadas pela doença (radiografia, tica ou tomografia computadorizada). Iniciar e manter com 50 mg, SC, a cada semana. 10 FA (25 mg) 5 FA ou seringa (50 mg) | |
| Anexos Obrigatórios Administração Prescrição Máxima Mensal Monitoramento | Formulário Médico para Artrite Pse e carimbado pelo médico; Termo de Esclarecimento e Reassinado pelo paciente e/ou respons pelo médico; Termo de Consentimento para Merpreenchido, assinado pelo paciente pelo médico; Exames: Radiografia de tórax, PPE Hemograma, plaquetas, AST, ALT, con Laudo do exame de imagem da ultrassonografia, ressonância magné Iniciar e manter com 50 mg, SC, acada 4 semanas. 1 seringa VHS, PCR, hemograma, plaquetas, AST | oriásica completamente preenchido, assinado sponsabilidade completamente preenchido, ável legal, se for o caso; assinado e carimbado dicamentos Imunobiológicos completamente e/ou responsável legal, assinado e carimbado (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, reatinina, PCR, VHS, HIV, HBsAg e anti-HCV. s áreas afetadas pela doença (radiografia, tica ou tomografia computadorizada). Iniciar e manter com 50 mg, SC, a cada semana. 10 FA (25 mg) 5 FA ou seringa (50 mg) ST e ALT a cada 3 meses. | |
| Anexos Obrigatórios Administração Prescrição Máxima Mensal | - Formulário Médico para Artrite Pse e carimbado pelo médico; - Termo de Esclarecimento e Resassinado pelo paciente e/ou respons pelo médico; - Termo de Consentimento para Mero preenchido, assinado pelo paciente pelo médico; - Exames: Radiografia de tórax, PPE Hemograma, plaquetas, AST, ALT, con Laudo do exame de imagem da ultrassonografia, ressonância magné Iniciar e manter com 50 mg, SC, acada 4 semanas. 1 seringa VHS, PCR, hemograma, plaquetas, AST, ALT, con cada 4 semanas. 1 seringa | sponsabilidade completamente preenchido, assinado e carimbado avel legal, se for o caso; assinado e carimbado dicamentos Imunobiológicos completamente/ou responsável legal, assinado e carimbado de carimbado e carimbado de carimbado e carimbado de carimbado e carimbado de carimbado e carimbado | |

| Tempo de Tratamento | O tempo de tratamento não é pré-determinado, devendo o tratamento ser mantido enquanto houver benefício clínico. | | |
|-------------------------------|--|--|--|
| Medicamento | SECUQUINUMABE CERTOLIZUMABE PEGOL | | |
| CID-10 | M07.0, M07.2, M07.3 | | |
| Apresentação | 150 mg/mL (caneta aplicadora) 200 mg/mL (seringa preenchida) | | |
| Anexos Obrigatórios | - Formulário Médico para Artrite Psoriásica completamente preenchido, assinad 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, ultrassonografia, ressonância magnética ou tomografia computadorizada). | | |
| Administração | Iniciar com 150 mg ou 300 mg, SC, nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4 e após manter a dose 1X a cada 4 semanas. A dose de 300 mg somente é permitida após falha de anti-TNFs ou falha de tratamento com a dose de 150 mg. | Iniciar com 400 mg (2 seringas), SC, nas semanas 0, 2 e 4. Após, 200 mg a cada duas semanas ou 400 mg a cada 4 semanas. | |
| Prescrição Máxima Mensal | Dose de ataque: 10 canetas Dose de manutenção: 2 canetas | Dose de ataque: 6 seringas Dose de manutenção: 2 seringas | |
| Monitoramento | VHS, PCR, hemograma, plaquetas, AST e ALT a cada 3 meses. | | |
| 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. Hipersensibilidade ao medicamento ou ao(s) seu(s) componente(s). | | |
| | < 18 anos | Doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos, insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV ou doença neurológica desmielinizante (leucoencefalopatia multifocal progressiva - LEMP) | |
| Tempo de Tratamento | O tempo de tratamento não é pré-determinado, devendo o tratamento ser mantido enquanto houver benefício clínico. | | |
| Associações Não Permitidas | MMCDbio + MMCDbio Tofacitinibe + 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. - 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): validade 12 meses. Se houver alterações típicas e irreversíveis, têm validade indeterminada. - Para a solicitação de MMCDbio para o tratamento de entesite ativa ou dactilite anexar exame de imagem comprobatório (ultrassonografia ou ressonância magnética): validade: 6 meses. **OBS:** Para critérios definidos por exames laboratoriais, esses exames devem ser anexados ao processo. TROCAS entre MMCDbios ou MMCDbio e MMCDsae (anexar): LME, Receita

Médica, Formulário Médico com justificativa de troca, Termo de Esclarecimento e Responsabilidade e Termo de Consentimento para Medicamentos Imunobiológicos.

ATENCÃO: Nos casos de interrupção de tratamento no período de 6 mesos ou

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 Adequações | е | Reumatologista e Dermatologista |
|----------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|
| | Renovações Sem Alterações | | Reumatologista e Dermatologista |

**Estratégias de Tratamento:

- Conforme a Manifestação Musculoesquelética Predominante:
- AP Periférica (artrite ou dactilite):
 - 1. Uso de um MMCDs, sendo o MTX a primeira escolha. 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). Nos casos de 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 de MMCDs.
 - 2. Em caso de persistência da doença, após o uso de dois esquemas de MMCDs sendo, pelo menos um, em associação, (3 meses cada), e considerando o período total de seis meses de tratamento, pode ser considerado o uso de um MMCDbio de primeira linha (adalimumabe, etanercepte, infliximabe e golimumabe), associado ou não ao MTX.
 - 3. Nos casos de toxicidade (hipersensibilidade, intolerância ou outro evento adverso) ou falha terapêutica após tratamento com dose suficiente por 3 meses com MMCDbio de primeira linha, este pode ser substituído por outro do mesmo grupo (MMCDbio de primeira linha) ou por um MMCDbio de segunda linha (certolizumabe pegol ou secuquinumabe) ou do tofacitinibe.

Não é permitido o uso de MMCDbio de segunda linha ou tofacitinibe sem ter cumprido o esquema terapêutico da primeira etapa (dois MMCDs) e uso de, pelo menos um MMCDbio, de primeira linha (adalimumabe, etanercepte, golimumabe ou infliximabe).

• AP Axial e entesite:

- 1. O tratamento é iniciado com AINE e, se necessário, após o seu uso por pelo menos 4 semanas (paciente apresentar ASDAS > 2,1, BASDAI igual ou maior que 4,) , o tratamento com MMCDbio de primeira linha é preconizado.
- 2. Nos casos de toxicidade (hipersensibilidade, intolerância ou outro evento adverso) ou falha terapêutica após tratamento com dose suficiente por 3 meses com MMCDbio de primeira linha, pode ser considerada a substituição por outro MMCDbio deste mesmo grupo ou por um MMCDbio de segunda linha (certolizumabe pegol ou secuquinumabe) ou por MMCDsae (tofacitinibe).

Somente é permitido o uso de MMCDbio de segunda linha ou tofacitinibe após o uso de pelo menos um MMCDbio, de primeira linha (adalimumabe, etanercepte, golimumabe ou infliximabe) e, mesmo assim, a doença permanecer ativa após as primeiras 12 semanas de tratamento, ou se houver perda de resposta ao tratamento nesse período (mínimo de três meses de tratamento).

<u>Falha de tratamento aos 3 meses deve ser considerada como ausência de melhora dos índices compostos de atividade da doença, não necessariamente, ausência de remissão.</u>

CID 10:

M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal

M07.2 Espondilite psoriásica

M07.3 Outras artropatias psoriásicas

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

