



COMO OBTER MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1. O que é o Componente Básico da Assistência Farmacêutica?

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é responsável pelo fornecimento gratuito de medicamentos destinados ao tratamento das doenças mais comuns na Atenção Primária à Saúde, conforme a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

2. Documentação necessária para solicitação

Para obtenção dos medicamentos, o usuário deverá apresentar:

- Prescrição médica legível e assinada;
- Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS).

3. Onde solicitar

O paciente deverá comparecer pessoalmente ou por meio de representante legal à:

- Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência do paciente;
- Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) do Município de Morrinhos/CE.

Horário de atendimento

07h30 às 13h30.

4. Passo a passo do processo

1. Comparecer à UBS ou à CAF com a documentação necessária;
2. Verificação da prescrição médica e da disponibilidade do medicamento;
3. Registro da dispensação;
4. Entrega do medicamento ao paciente ou responsável legal.

5. Prazos para atendimento e entrega

A entrega do medicamento ocorre de forma imediata, conforme disponibilidade em estoque e apresentação da documentação necessária.





6. Custo para o usuário

Gratuito.

7. Formas de prestação do serviço

O serviço é prestado presencialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), mediante apresentação da receita médica válida e Cartão SUS.

8. Mecanismo de comunicação com o usuário

As informações podem ser obtidas presencialmente nas unidades de saúde, por telefone da Secretaria Municipal de Saúde (88) 99920-6478 e e-mail (saude@morrinhos.ce.gov.br) ou por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

9. Mecanismo de consulta da solicitação

O usuário poderá consultar a disponibilidade dos medicamentos diretamente na UBS de referência mais próxima ou na CAF Municipal, no endereço Rua Joaquim Coriolano Rocha, S/N, Centro – Morrinhos.

10. Canais de suporte ao usuário

Secretaria Municipal de Saúde / CAF

Endereço: Rua Joaquim Coriolano Rocha, S/N, Centro – Morrinhos

Telefone: (88) 99920-6478

E-mail: saude@morrinhos.ce.gov.br

11. Informações adicionais

Os medicamentos básicos são destinados ao tratamento das doenças mais comuns da Atenção Primária à Saúde, como hipertensão, diabetes, infecções, entre outras. Os medicamentos disponibilizados integram a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e são fornecidos gratuitamente pelo Município.





INFORMAÇÕES SOBRE A OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF) – MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

1. O que é o CEAF?

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) destinada a garantir o acesso a medicamentos de alto custo e tratamentos especializados, conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) definidos pelo Ministério da Saúde.

2. Documentação necessária para solicitação

Para solicitar medicamentos do CEAF, o paciente deverá apresentar:

- Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME), preenchido e assinado pelo médico;
- Prescrição médica atualizada, contendo o nome do medicamento, dosagem e CID da doença;
- Documento oficial com foto (RG ou CPF);
- Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS);
- Comprovante de residência atualizado;
- Exames laboratoriais e documentos clínicos exigidos conforme o protocolo da doença;
- Outros documentos específicos previstos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

3. Como obter a documentação necessária

- **LME e prescrição médica:** fornecidos pelo médico responsável durante a consulta;
- **Exames clínicos e laboratoriais:** realizados conforme solicitação médica na rede pública ou privada;
- **Cartão SUS:** emitido na Unidade Básica de Saúde (UBS);
- **Comprovante de residência:** conta de água, energia, telefone ou documento equivalente atualizado;
- **Documento oficial:** RG, CPF ou CNH.

4. Onde solicitar

O paciente deverá comparecer pessoalmente ou por meio de representante legal à:





Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) do Município de Morrinhos, no endereço Rua Joaquim Coriolano Rocha, S/N, Centro – Morrinhos.

Horário de atendimento

07h30 às 13h30.

5. Passo a passo do processo

1. Entrega da documentação completa na CAF;
2. Conferência e abertura do protocolo de solicitação;
3. Encaminhamento para análise técnica da documentação;
4. Avaliação conforme os critérios do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde do Estado;
5. Comunicação do resultado ao paciente:
 - **Deferido:** o paciente será informado sobre local e data para recebimento do medicamento;
 - **Indeferido:** o paciente receberá orientação sobre complementação documental ou possibilidade de recurso administrativo;
6. Renovação periódica da documentação, quando exigida pelo protocolo clínico.

6. Prazos para análise e entrega

O prazo médio para análise da solicitação é de até 30 dias úteis, podendo variar conforme o tipo de medicamento e a necessidade de complementação documental.

7. Possibilidade de recurso

Em caso de indeferimento do pedido, o usuário poderá apresentar recurso administrativo ou complementar a documentação exigida, conforme orientação da equipe responsável.

8. Canais de suporte ao usuário

Para esclarecimentos, acompanhamento da solicitação ou informações adicionais:

Secretaria Municipal de Saúde / CAF

Endereço: Rua Joaquim Coriolano Rocha, S/N, Centro – Morrinhos

Telefone: (88) 99920-6478

E-mail: saude@morrinhos.ce.gov.br

9. Informações adicionais



(88) 3665-1130



controladoria@morrinhos.ce.gov.br



morrinhos.ce.gov.br



RUA. JOSÉ IBIAPINA ROCHA, N° 829 CENTRO,
CEP: 62550-000 - MORRINHOS - CE



CNPJ: 07.566.920/0001-10

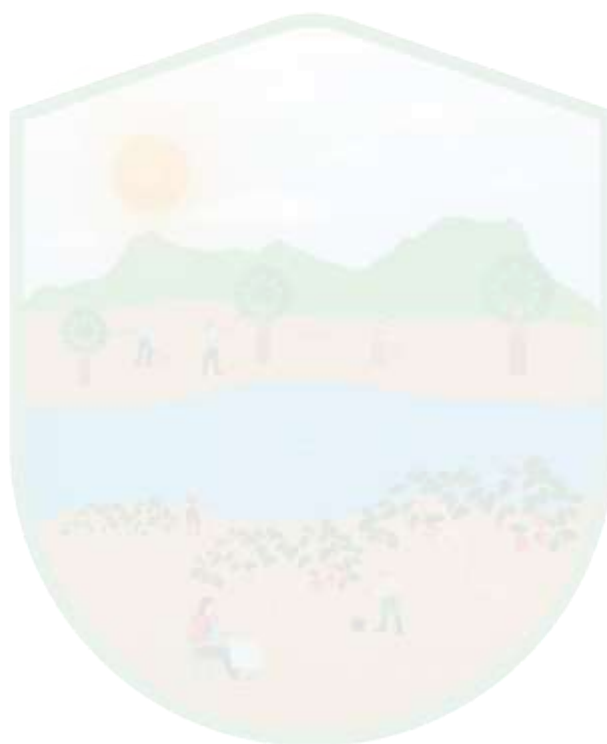


Governo Municipal de
MORRINHOS
Trabalho e Compromisso



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Os medicamentos do CEAF são disponibilizados conforme critérios técnicos definidos pelo SUS e dependem do cumprimento dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde.



Governo Municipal de
MORRINHOS
Trabalho e Compromisso



(88) 3665-1130



controladoria@morrinhos.ce.gov.br



morrinhos.ce.gov.br



RUA. JOSÉ IBIAPINA ROCHA, N° 829 CENTRO,
CEP: 62550-000 - MORRINHOS -CE



CNPJ: 07.566.920/0001-10



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Medicamentos e insumos do elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)	
Item	Medicamento
1	Aciclovir 200 mg comprimido
2	Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido
3	Ácido fólico 0,2 mg/ml solução oral frasco 30 ml
4	Ácido valpróico (valproato de sódio) 50 mg/ml solução oral oral 100 ml
5	Ácido valpróico 500 mg comprimido
6	Albendazol 40 mg/ml suspensão oral frasco 10 ml
7	Albendazol 400 mg comprimido
8	Alendronato de sódio 70 mg comprimido
9	Amitriptilina (cloridrato) 25 mg comprimido
10	Amoxicilina + clavulanato de potássio 50 mg + 12,5 mg/ml pó para suspensão oral frasco 100 ml
11	Amoxicilina + clavulanato de potássio 500 mg + 125 mg comprimido revestido
12	Amoxicilina 50 mg/ml suspensão oral frasco 150 ml
13	Amoxicilina 500 mg com comprimido ou cápsula
14	Anlodipino (besilato) 5 mg comprimido
15	Atenolol 50 mg comprimido
16	Azitromicina 40 mg/ml suspensão oral frasco 15 ml
17	Azitromicina 500 mg comprimido
18	Beclometasona (dipropionato) 50 mcg/dose solução para inalação spray oral frasco com 200 doses
19	Beclometasona (dipropionato) 200 mcg/dose solução para inalação spray oral frasco com 200 doses



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

20	Biperideno (cloridrato) 2 mg comprimido
21	Carbamazepina 20 mg/ml suspensão oral frasco 100 ml
22	Carbamazepina 200 mg comprimido
23	Carbonato de cálcio 500 mg comprimido
24	Carbonato de cálcio + colecalciferol (vitamina d) 600 mg + 400 UI comprimido
25	Carbonato de lítio 300 mg comprimido
26	Carvedilol 6,25 mg comprimido
27	Carvedilol 25 mg comprimido
28	Cefalexina 50 mg/ml suspensão oral frasco 60 ml
29	Cefalexina 500 mg comprimido ou cápsula
30	Ceftriaxona 500 mg pó para solução injetável intramuscular + diluente frasco-ampola
31	Ciprofloxacino (cloridrato) 500 mg comprimido
32	Clindamicina (cloridrato) 300 mg cápsula
33	Clomipramina (cloridrato) 25 mg comprimido
34	Clonazepam 2,5 mg/ml solução oral frasco 20 ml
35	Cloreto de sódio 0,9% solução injetável frasco 500 ml
36	Clorpromazina (cloridrato) 40 mg/ml solução oral frasco 20 ml
37	Clorpromazina (cloridrato) 25 mg comprimido
38	Clorpromazina (cloridrato) 100 mg comprimido
39	Dexametasona 0,1% creme dermatológico bisnaga 10 g
40	Diazepam 5 mg comprimido
41	Diazepam 10 mg comprimido



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

42	Dipirona 500 mg/ml solução oral gotas frasco 20 ml
43	Dipirona sódica 500 mg comprimido
44	Dipirona 500 mg/ml solução injetável ampola 2 ml
45	Doxazosina (mesilato) 2 mg comprimido
46	Enalapril (maleato) 20 mg comprimido
47	Espironolactona 25 mg comprimido
48	Fenitoína 100 mg comprimido
49	Fenobarbital 40 mg/ml solução oral frasco 20 ml
50	Fenobarbital 100 mg comprimido
51	Finasterida 5 mg comprimido
52	Fluconazol 150 mg cápsula
53	Fluoxetina (cloridrato) 20 mg cápsula
54	Furosemida 40 mg comprimido
55	Glibenclamida 5 mg comprimido
56	Gliclazida 30 mg comprimido de liberação prolongada
57	Gliclazida 60 mg comprimido de liberação prolongada
58	Haloperidol 2 mg/ml solução oral gotas frasco 20 ml
59	Haloperidol 5 mg comprimido
60	Haloperidol (decanoato) 50 mg/ml solução injetável ampola 1 ml
61	Hidroclorotiazida 25 mg comprimido
62	Ibuprofeno 50 mg/ml suspensão oral frasco 30 ml
63	Ibuprofeno 600 mg comprimido



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

64	Imiquimode 50 mg/g creme dermatológico
65	Itraconazol 100 mg cápsula
66	Lancetas para monitoramento de glicemia capilar unidade
67	Levodopa + benserazida 100 mg + 25 mg cápsula de liberação prolongada
68	Levodopa + benserazida 100 mg + 25 mg comprimido
69	Levodopa + benserazida 200 mg + 50 mg comprimido
70	Levotiroxina (sódica) 25 mcg comprimido
71	Levotiroxina (sódica) 100 mcg comprimido
72	Lidocaína (cloridrato) 20 mg/g (2%) geleia bisnaga 30 g
73	Loratadina 1 mg/ml xarope frasco 100 ml
74	Loratadina 10 mg comprimido
75	Losartana (potássica) 50 mg comprimido
76	Metformina (cloridrato) 500 mg comprimido
77	Metformina (cloridrato) 850 mg comprimido
78	Metildopa 250 mg comprimido
79	Metoprolol 25 mg comprimido
80	Metronidazol 250 mg comprimido
81	Metronidazol 100 mg/g (10%) gel vaginal bisnaga 50 g
82	Miconazol (nitrato) 20 mg/g (2%) creme dermatológico bisnaga 28 g
83	Miconazol (nitrato) 20 mg/g (2%) gel vaginal bisnaga 50 g
84	Nistatina 100.000 UI/ml suspensão oral frasco 50 ml
85	Nitrofurantoína 100 mg cápsula



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

86	Nortriptilina (cloridrato) 25 mg cápsula
87	Omeprazol 20 mg cápsula
88	Ondansetrona (cloridrato) 4 mg comprimido ou comprimido orodispersível
89	Paracetamol 200 mg/ml solução oral frasco 15 ml
90	Paracetamol 500 mg comprimido
91	Permetrina 50 mg/g (5%) loção cremosa frasco 60 ml
92	Prednisolona (fosfato sódico) 3 mg/ml solução oral frasco 60 ml
93	Prednisona 5 mg comprimido
94	Prednisona 20 mg comprimido
95	Prometazina (cloridrato) 25 mg comprimido
96	Propranolol (cloridrato) 40 mg comprimido
97	Sais para reidratação oral 27,9 g pó para solução oral envelope
98	Salbutamol 100 mcg/dose suspensão aerossol oral frasco (spray) 200 doses
99	Seringa com agulha acoplada para aplicação de insulina 8 mm 50 UI unidade
100	Sinvastatina 20 mg comprimido
101	Sulfametoxazol + trimetoprima 40 mg + 8 mg/ml suspensão oral frasco 100 ml
102	Sulfametoxazol + trimetoprima 400 mg + 80 mg comprimido
103	Sulfato ferroso 25 mg/ml solução oral frasco 100 ml
104	Sulfato ferroso 40 mg comprimido
105	Timolol (maleato) 5 mg/ml (0,5%) solução oftálmica frasco 5 ml
106	Tiras para monitoramento de glicemia unidade
107	Varfarina (sódica) 5 mg comprimido



Medicamentos e insumos do elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

Item	Medicamento
108	Dispositivo Intrauterino plástico em cobre (DIU) modelo 380 mm ²
109	Etonogestrel 68 mg (implante subdérmico)
110	Insulina humana NPH 100 UI/ml solução injetável
111	Insulina humana regular 100 UI/ml solução injetável
112	Levonorgestrel 0,75 mg comprimido
113	Levonorgestrel 0,15 mg + 0,03 mg comprimido
114	Medroxiprogesterona (acetato) 150 mg/ml suspensão injetável
115	Noretisterona 0,35 mg comprimido
116	Noretisterona (enantato) + estradiol (valerato) 50 mg/ml + 5 mg/ml solução injetável
117	Seringa com agulha acoplada para aplicação de insulina



Medicamentos e insumos do elenco da Assistência Farmacêutica Secundária (AFS)	
Item	Medicamento/Insumo
1	Ácido ursodesoxicólico 300 mg comprimido
2	Agulha descartável para aplicação de insulina em caneta 4 a 6 mm unidade
3	Alogliptina (benzoato) 25 mg comprimido
4	Alprazolam 0,5 mg comprimido
5	Alprazolam 2,0 mg comprimido
6	Baclofeno 10 mg comprimido
7	Ciprofibrato 100 mg comprimido
8	Citalopram 20 mg comprimido
9	Clonazepam 2 mg comprimido
10	Clopidogrel 75 mg comprimido
11	Domperidona 1 mg/ml suspensão oral frasco 100 ml
12	Domperidona 10 mg comprimido
13	Gabapentina 300 mg cápsula
14	Glicosamina + condroitina 1,5 g + 1,2 g pó para solução oral sachê 4 a 5 g
15	Imunoglobulina anti-rh (d) 300 mcg solução injetável seringa preenchida 2 ml
16	Insulina (análogo) ultra rápida 100 UI/ml solução injetável caneta preenchida 3ml
17	Insulina (análogo) ação prolongada 100 UI/ml solução injetável caneta preenchida 3ml
18	Levomepromazina 25 mg comprimido
19	Levomepromazina 100 mg comprimido



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

20	Metilfenidato (cloridrato) 10 mg comprimido
21	Oxcarbazepina 60 mg/ml (6%) suspensão oral frasco 100 ml
22	Oxcarbazepina 300 mg comprimido
23	Oxibutinina (cloridrato) 5 mg comprimido
24	Paracetamol + codeína (fosfato) 500 mg + 30 mg comprimido
25	Paroxetina 20 mg comprimido
26	Pregabalina 75 mg cápsula
27	Risperidona 1 mg/ml solução oral frasco 30 ml
28	Risperidona 1 mg comprimido
29	Risperidona 3 mg comprimido
30	Sertralina (cloridrato) 50 mg comprimido
31	Venlafaxina 75 mg cápsula de liberação controlada



Governo Municipal de
MORRINHOS
Trabalho e Compromisso



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**LISTA DE MEDICAMENTOS DO
COMPONENTE
ESPECIALIZADO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
(CEAF) – MEDICAMENTOS DE
ALTO CUSTO**

Governo Municipal de
MORRINHOS
Trabalho e Compromisso



(88) 3665-1130



controladoria@morrinhos.ce.gov.br



morrinhos.ce.gov.br



RUA. JOSÉ IBIAPINA ROCHA, N° 829 CENTRO,
CEP: 62550-000 - MORRINHOS -CE



CNPJ: 07.566.920/0001-10

ACNE GRAVE

PORTARIA N°. 1159, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2015

CID 10

L70.0 – Acne vulgar
L70.1 – Acne conglobata
L70.8 – Outras formas de acne

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

ISOTRETINOÍNA 20 MG CAP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:

310 cápsulas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário; Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Notificação de Receita Especial para retinóides E Termo de Consentimento Pós-informação; (Anexo XV ou XVI da Portaria nº 344/98)
7. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
8. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições entre 1 e 4 e, necessariamente, a quinta condição:

- Acne nodulocística grave;
- Acne conglobata;
- Outras variantes graves de acne;
- Acne com recidivas frequentes, requerendo cursos repetidos e prolongados de antibiótico sistêmico;
- Ausência de resposta satisfatória ao tratamento convencional, incluindo antibiótico sistêmico administrado por um período de pelo menos 2 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições abaixo:

Gestação;
Amamentação;
Hipersensibilidade à isotretinoína, à vitamina A ou aos componentes da fórmula.

ACROMEGALIA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 23, DE 22 DE OUTUBRO DE 2025.

CID 10

E22.0 Acromegalia e gigantismo hipofisário

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município.

ESPECIALISTA

Serviço especializado em neuroendocrinologia

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relatório com descrição dos sinais e sintomas apresentados, tratamentos prévios e justificativa para indicação de tratamento, emitido preferencialmente por médico de serviço especializado em endocrinologia;
7. Cópia do exame de dosagem de GH (basal ou após sobrecarga de glicose); (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C); (6 meses)
9. Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Computadorizada de sela túrcica; (período do diagnóstico)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER;

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos todos os pacientes com intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos medicamentos preconizados no Protocolo.

MEDICAMENTOS

CABERGOLINA 0,5 MG COMP
GRUPO 1.A
Prescrição Máxima Mensal:
35 comprimidos

LANREOTIDA 60 MG SOL INJ (SER
PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
1 ampola

LANREOTIDA 90 MG SOL INJ (SER
PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
1 ampola

LANREOTIDA 120 MG SOL INJ
(SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
1 ampola

OCTREOTIDA LAR 10 MG PÓ P/
SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1 B
Prescrição Máxima Mensal:
8 ampolas

OCTREOTIDA LAR 20 MG PÓ P/
SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
4 ampolas

OCTREOTIDA LAR 30 MG PÓ P/
SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A
Prescrição Máxima Mensal:
2 ampolas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

São incluídos neste PCDT as crianças, adolescentes e adultos com suspeita ou diagnóstico de acromegalia ou gigantismo confirmado por manifestações clínicas, comprovação laboratorial de excesso hormonal e por exame de imagem com identificação da causa da doença.

Para o tratamento com octreotida e lanreotida: No tratamento primário: o paciente deve ter contraindicação ao tratamento cirúrgico ou ter baixa probabilidade de benefício com a cirurgia e não apresentar risco de perda visual devido à extensão supra-selar do tumor.

No tratamento complementar: três meses após procedimento cirúrgico, o paciente que não apresente critérios laboratoriais de controle da doença.

Para o tratamento com cabergolina: No tratamento primário: pacientes com adenomas hipofisários coprodutores de prolactina e GH ou pacientes com tumores não invasivos e com níveis pouco elevados de GH e IGF-I.

Tratamento complementar: pacientes que, três meses após uso regular de octreotida ou lanreotida, não apresentem critérios laboratoriais de controle da doença, ou seja, redução nos níveis de GH e IGF-I, sem atingir os níveis de normalidade.

AMILOIDOSES ASSOCIADAS À TRANSTIRRETINA (TTR)

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS No 12, DE 24 DE JULHO DE 2025.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município.

CID 10

E85.0 Amiloidose heredofamiliar não-neuropática
E85.1 Amiloidose heredofamiliar neuropática
E85.8 Outras amiloidoses



ESPECIALISTA

Neurologista ou cardiologista



MEDICAMENTOS

TAFAMIDIS MEGLUMINA 20 MG CAPS GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:

31 cápsulas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição da sintomatologia compatível e gravidade, segundo estágio de Coutinho, e se já foi submetido à transplante hepático.
7. Exame de DNA com a presença de mutação do gene TTR; (período do diagnóstico)
8. Cópia do exame de beta-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade fértil); (30 dias)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, com diagnóstico confirmado de amiloidose associada à TTR, independentemente das suas manifestações clínicas e do estágio da doença.

Adicionalmente, para uso de tafamidis meglumina 20 mg, os pacientes devem apresentar polineuropatia amiloidótica hereditária (familiar) sintomática (CID-10 E85.1) em estágio inicial (estágio I de Coutinho) e não terem sido submetidos à transplante hepático.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo:

- Pacientes com intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao tafamidis meglumina ou tafamidis;
- Gestantes e lactentes;
- O uso concomitante de tafamidis meglumina 20 mg e tafamidis 61 mg não é preconizado por este Protocolo. Entretanto, pacientes com amiloidose familiar (hereditária) associada à transtirretina com comprometimento misto (neurológico e cardíaco) que já estejam em uso de tafamidis meglumina 20 mg podem migrar para o uso de tafamidis 61 mg, caso seja a escolha terapêutica da equipe médica assistente e respeitando os demais critérios de inclusão.

AMILOIDOSES ASSOCIADAS À TRANSTIRRETINA (TTR)

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS No 12, DE 24 DE JULHO DE 2025.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município.

CID 10

E85.0 Amiloidose hereditária não-neuropática
E85.8 Outras amiloidoses



ESPECIALISTA

Neurologista ou cardiologista



MEDICAMENTOS

TAFAMIDIS 61 MG CAPS GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:

31 cápsulas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição da sintomatologia compatível e gravidade, segundo estágio de Coutinho, e se já foi submetido à transplante hepático.
7. Exame de DNA com a presença de mutação do gene TTR; (período do diagnóstico)
8. Cópia do exame de beta-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade fértil); (30 dias)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, com diagnóstico confirmado de amiloidose associada à TTR, independentemente das suas manifestações clínicas e do estágio da doença.

Adicionalmente, para uso de tafamidis 61 mg, os pacientes devem apresentar cardiomiopatia associada à TTR (selvagem ou hereditária), classe NYHA II ou III e idade acima de 60 anos.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo:

- Pacientes com intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao tafamidis meglumina ou tafamidis;
- Gestantes e lactentes;
- O uso concomitante de tafamidis meglumina 20 mg e tafamidis 61 mg não é preconizado por este Protocolo. Entretanto, pacientes com amiloidose familiar (hereditária) associada à transtirretina com comprometimento misto (neurológico e cardíaco) que já estejam em uso de tafamidis meglumina 20 mg podem migrar para o uso de tafamidis 61 mg, caso seja a escolha terapêutica da equipe médica assistente e respeitando os demais critérios de inclusão.

ANEMIA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

PORTARIA Nº 365, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2017.

CID 10

N18.0 Doença renal em estágio final
N18.8 Outra insuficiência renal crônica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município.



ESPECIALISTA

Os pacientes com anemia na doença renal crônica devem ser acompanhados em serviços especializados de nefrologia com terapia renal substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal).



MEDICAMENTOS

ALFAEPOETINA 1.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
50 ampolas

ALFAEPOETINA 2.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
25 ampolas

ALFAEPOETINA 3.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
17 ampolas

ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
56 ampolas

ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP)
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
22 ampolas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição da sintomatologia compatível e classificação funcional de acordo com a New York Heart Association (NYHA);
7. Exame de DNA com a presença de mutação do gene TTR (casos hereditários); OU Laudo de eletrocardiograma, ecocardiografia transtorácica e dosagem de troponina (casos selvagens); (período do diagnóstico)
8. Cópia do exame de beta-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade fértil); (30 dias)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes adultos, de ambos os sexos, que apresentarem diagnóstico de doença renal crônica (DRC) e todas as condições a seguir:

- DRC nos estágios 3-5 [Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFGe) <60 mL/min/1,73m²];
- Anemia com hemoglobina sérica ≤ 10 g/dL (adultos) e < 11 g/dL (pediátricos até 18 anos);
- Índice de Saturação da Transferrina (IST) > 20%;
- Ferritina > 200 ng/dL (pacientes em Hemodiálise) OU Ferritina > 100 ng/dL (pacientes em Tratamento Conservador ou Diálise Peritoneal).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem:

- hipersensibilidade/intolerância ao medicamento proposto ou a um de seus componentes;
- hipertensão arterial sistêmica não controlada (níveis acima de 140/90 mmHg) mesmo com uso de três anti-hipertensivos; ou
- anemia de outras etiologias.

ANEMIA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA - REPOSIÇÃO DE FERRO

PORTARIA Nº 365, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2017.

CID 10

N18.0 Doença renal em estágio final
N18.8 Outra insuficiência renal crônica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município.



ESPECIALISTA

Serviços especializados de hemodiálise e nefrologia



MEDICAMENTOS

SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 MG
SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1 B

Prescrição Máxima Mensal:
10 ampolas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relato médico informando se paciente encontra-se em tratamento conservador, diálise peritoneal ou hemodiálise;
7. Cópia do exame de dosagem de ferritina sérica;(6 meses)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes adultos, de ambos os sexos, que apresentarem o diagnóstico de DRC nos estágios 3 a 5 (filtração glomerular estimada inferior a 60 mL/min/1,73 m²), conforme definido por normas e diretrizes reconhecidas, na presença dos seguintes critérios:

- anemia, com hemoglobina sérica inferior a 10 g/dL em ambos os sexos deficiência absoluta ou relativa de ferro.
- A suplementação de ferro em crianças está indicada sempre que a saturação da transferrina for inferior a 20% e a ferritina inferior a 200 ug/ml



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem:

1. hemocromatose;
2. hemossiderose;
3. anemia hemolítica;
4. ferritina sérica acima de 500 ng/mL e saturação de transferrina superior a 30%; ou
5. hipersensibilidade ou intolerância ao produto ou a um de seus componentes.

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 7, DE JUNHO DE 2025.

CID 10

D59.0 Anemia hemolítica autoimune induzida por droga
D59.1 Outras anemias hemolíticas autoimunes

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município.

ESPECIALISTA

Serviços especializados em hematologia.

MEDICAMENTOS

CICLOFOSFAMIDA 50 MG
DRÁGUA GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

CICLOSPORINA 25 MG CAP
GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
496 comprimidos

CICLOSPORINA 50 MG CAP
GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
620 comprimidos

CICLOSPORINA 100 MG CAP
GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
310 comprimidos

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL
ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
7 ampolas

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G
INJ (FR) GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
100 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, subtipo de AHAI e tratamentos prévios;
7. Cópia do exame de contagem de reticulócitos OU dosagem de desidrogenase láctica (DHL) OU dosagem de bilirrubinas OU dosagem de haptoglobina. (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Hemoglobina (Hemograma); (6 meses)
9. Cópia do teste de Coombs direto (TCD);(período do diagnóstico)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes com sintomas sugestivos de AHAI e que preencherem os seguintes critérios:

- Hemograma com anemia moderada ou grave (Hb abaixo de 10 g/dL); e
- Teste de Coombs direto positivo*; e
- Comprovação laboratorial de hemólise demonstrada por reticulocitose (reticulócitos > 100.000) ou aumento de desidrogenase láctica ou aumento de bilirrubinas (acima dos limites superiores de normalidade) ou redução da haptoglobina (abaixo do limite inferior de normalidade).

** A presença de testes de Coombs com resultado negativo e com sintomas sugestivos da doença necessita de investigação adicional, conforme descrito a seguir. Adicionalmente, para decisão terapêutica específica deve ser identificado o subtipo de AHAI. Serão considerados os critérios a seguir para definição do subtipo:*

- Para AHAI quente: detecção do anticorpo ligado por anti-IgG ou IgG+/C3d+ (teste de Coombs positivo).
- Para casos de AHAI com teste de Coombs negativo, que ocorre em até 10% dos pacientes, testes complementares são recomendados, incluindo a utilização de soro monoespecífico anti-IgA;
- Para AHAI fria (doença das aglutininas a frio): detecção do complemento ligado por anti-C3d e pesquisa de crioaglutininas positiva com títulos acima de 1:40; o teste de Coombs direto pode ser negativo ou revelar C3d ligado às hemácias (IgG- ou C3d+), sugerindo a presença de anticorpo da classe IgM;
 - Para hemoglobinúria paroxística a frio: apresentar anticorpo ligado por anti-IgG, com teste de Donath-Landsteiner positivo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

ANGIOEDEMA ASSOCIADO À DEFICIÊNCIA DE C1 ESTERASE (C1-INH)

PORTARIA Nº 880, DE 12 DE JULHO DE 2016.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município.

CID 10

D84.1 Defeito no sistema complemento

ESPECIALISTA

Serviço especializado em imunologia ou genética.

MEDICAMENTOS

DANAZOL 200 MG CAP GRUPO 1B
Prescrição Máxima:
400–600 mg/dia nos 5 dias anteriores ao procedimento, e nos 3 dias posteriores ao procedimento.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizado em serviço especializado em imunologia ou genética; frequência dos episódios de angioedema ou previsão de exposição do paciente a evento que possa desencadear evento grave;
7. Dosagem de C1-INH; CH50; fração C4 do complemento OU Mutação patogênica em SERPING1. (período do diagnóstico)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes com diagnóstico confirmado de Angioedema Hereditário (AEH) com deficiência do C1-INH (tipos 1 e 2):

a) Anamnese, exame físico e quadro clínico compatível com AEH (edema não pruriginoso, não doloroso e não eritematoso em qualquer parte do corpo, principalmente face e extremidades, podendo afetar sistemas respiratório e gastrointestinal, podendo desencadear edema de glote e cólicas abdominais, respectivamente); E

b) Constatação laboratorial de:

- Ausência, redução ou defeito funcional < 50% de C1-INH;
- Redução do complemento hemolítico total (CH50);
- Diminuição da fração C4 do complemento; OU

c) Evidência genética (presença de mutação patogênica em SERPING1) da doença.

Casos Especiais:

- Pacientes com AEH não associado à deficiência de C1-INH e crianças <12 anos, devem ser encaminhadas para Serviços de Referência;
- Pacientes em situações de risco, como cirurgia odontológica ou manobras endoscópicas, devem utilizar Danazol como profilaxia, conforme as Orientações de Administração.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos um dos critérios abaixo:

- Mulheres com sangramento genital de origem desconhecida;
- Disfunção grave hepática, renal ou cardíaca;
- Gravidez ou lactação, devido à possibilidade de ocorrência de efeitos androgênicos no sexo feminino;
- Porfiria;
- Hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento;
- Tumor dependente de androgênio (neoplasia de fígado ou de próstata);
- História de icterícia ou pruritus gravidarum;
- Presença ou história de eventos tromboembólicos;
- Crianças (até 12 anos de idade).

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 37, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal
M07.2 Espondilite psoriásica
M07.3 Outras artropatias psoriásicas.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEFAP indicadas pelo município.

ESPECIALISTA

Reumatologista ou dermatologista.

MEDICAMENTOS

LEFLUNOMIDA 20 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos

METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
50 comprimidos

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
5 ampólas

EXAMES E DOCUMENTOS

- | | |
|--|--|
| 1. Cópia de documento de Identidade, exceto para indígena ou penitenciário; | 10 e 49 anos); (30 dias) |
| 2. Cópia do cartão nacional de saúde (cns); | 11. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);(6 meses) |
| 3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário; | 12. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses) |
| 4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido; | 13. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;(6 meses) |
| 5. Prescrição médica devidamente preenchida; | 14. Cópia do exame de HBsAg;(3 meses) |
| 6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios; | 15. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses) |
| 7. Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR); | 16. Hemograma com plaquetas; (6 meses) |
| 8. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses) | 17. Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea que evidenciem anomalias características de artrite psoriásica; (período do diagnóstico) |
| 9. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses) | 18. Termo De Esclarecimento E Responsabilidade; |
| 10. Cópia do exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade entre | |

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) adicionado de três ou mais pontos das categorias apresentadas dos critérios CASPAR.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 37, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal
M07.2 Espondilite psoriásica
M07.3 Outras artropatias psoriásicas.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAJ indicadas pelo município.



ESPECIALISTA

Reumatologista ou dermatologista.



MEDICAMENTOS

SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. ⁺ Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
7. Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
8. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
9. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
12. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
13. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses)
14. Hemograma com plaquetas; (6 meses)
15. Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea que evidenciem anomalias características de artrite psoriásica; (período do diagnóstico)
16. Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) adicionado de três ou mais pontos das categorias apresentadas dos critérios CASPAR.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 37, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal
M07.2 Espondilite psoriásica
M07.3 Outras artropatias psoriásicas.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEFAP indicadas pelo município.



ESPECIALISTA

Reumatologista ou dermatologista.



MEDICAMENTOS

SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
7. Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
8. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
9. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
12. Cópia do exame de HBsAg; (6 meses)
13. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses)
14. Hemograma com plaquetas; (6 meses)
15. Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea que evidenciem anomalias características de artrite psoriásica; (período do diagnóstico)
16. Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) adicionado de três ou mais pontos das categorias apresentadas dos critérios CASPAR.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 37, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal
M07.2 Espondilite psoriásica
M07.3 Outras artropatias psoriásicas.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAf indicadas pelo município.

ESPECIALISTA

Reumatologista ou dermatologista.

MEDICAMENTOS

SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
7. Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
8. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
9. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);(6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses)
12. Cópia do exame de HBsAg;(6 meses)
13. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses)
14. Hemograma com plaquetas; (6 meses)
15. Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea que evidenciem anomalias características de artrite psoriásica; (período do diagnóstico)
16. Termo De Esclarecimento E Responsabilidade;

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) adicionado de três ou mais pontos das categorias apresentadas dos critérios CASPAR.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 37, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal
M07.2 Espondilite psoriásica
M07.3 Outras artropatias psoriásicas.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAf indicadas pelo município.



ESPECIALISTA

Reumatologista ou dermatologista.



MEDICAMENTOS

TOFACITINIBE 5 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal
62 comprimidos:



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
7. Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
8. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
9. Cópia do exame de anti-HCV;(3 meses)
10. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
11. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses)
12. Hemograma com plaquetas; (6 meses)
13. Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea que evidenciem anomalias características de artrite psoriásica; (período do diagnóstico)
14. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) adicionado de três ou mais pontos das categorias apresentadas dos critérios CASPAR.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 37, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M07.0 Artropatia psoriásica interfalângiana distal
M07.2 Espondilite psoriásica
M07.3 Outras artropatias psoriásicas.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município.



ESPECIALISTA

Reumatologista ou dermatologista.



MEDICAMENTOS

TOFACITINIBE 5 MG COMP GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal
62 comprimidos:



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
7. Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
8. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
9. Cópia do exame de anti-HCV;(3 meses)
10. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
11. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses)
12. Hemograma com plaquetas; (6 meses)
13. Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea que evidenciem anomalias características de artrite psoriásica; (período do diagnóstico)
14. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) adicionado de três ou mais pontos das categorias apresentadas dos critérios CASPAR.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 37, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal
M07.2 Espondilite psoriásica
M07.3 Outras artropatias psoriásicas.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município.



ESPECIALISTA

Reumatologista ou dermatologista.



MEDICAMENTOS

INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ
LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal
10 frascos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
7. Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
8. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
9. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
10. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
11. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses)
12. Hemograma com plaquetas; (6 meses)
13. Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea que evidenciem anomalias características de artrite psoriásica; (período do diagnóstico)
14. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) adicionado de três ou mais pontos das categorias apresentadas dos critérios CASPAR.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 37, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal
M07.2 Espondilite psoriásica
M07.3 Outras artropatias psoriásicas.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município.

ESPECIALISTA

Reumatologista ou dermatologista.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
7. Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
8. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
9. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
10. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
11. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses)
12. Hemograma com plaquetas; (6 meses)
13. Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea que evidenciem anomalias características de artrite psoriásica; (período do diagnóstico)
14. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;

MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
496 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
310 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
155 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal
4 frascos/ampolas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) adicionado de três ou mais pontos das categorias apresentadas dos critérios CASPAR.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA Nº 37, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal
M07.2 Espondilite psoriásica
M07.3 Outras artropatias psoriásicas.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município.

ESPECIALISTA

Reumatologista ou dermatologista.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (cns);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
7. Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);
8. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
9. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
10. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
11. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses)
12. Hemograma com plaquetas; (6 meses)
13. Radiografia simples (RX), ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea que evidenciem anomalias características de artrite psoriásica; (período do diagnóstico)
14. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;

MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
3 seringas

ADALIMUMABE (BIOSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
3 seringas

CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
6 ampolas/seringas
ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
10 ampolas/seringas

ETANERCEPTE (BIOSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
5 ampolas/seringas

ETANERCEPTE (PFIZER/ ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
5 ampolas/seringas

GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
2 seringas

SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal
4 seringas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) adicionado de três ou mais pontos das categorias apresentadas dos critérios CASPAR.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

ARTRITE REATIVA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 6 – 22 DE ABRIL DE 2021.

CID 10

M03.2 Outras artropatias pós-infecciosas em doenças classificadas em outra parte.
M03.6 Artropatia reacional em outras doenças classificadas em outra parte.
M02.1 Artropatia pós-desintérica.
M02.3 Doença de Reiter.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, preferencialmente por reumatologista.



MEDICAMENTOS

NAPROXENO 250 MG COMP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:

186 comprimidos

SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:

372 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica dos sinais e sintomas e os tratamentos prévios e a duração de cada intervenção.
7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem quadro clínico articular periférico ou axial com história comprovada ou sugestiva de infecção genitourinária ou gastrointestinal dentro do intervalo de até 4 semanas antes do aparecimento dos sinais articulares.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de Artrite Reativa (ARe). Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

ARTRITE REUMATOIDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 33 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M05.0 Síndrome de Felty
M05.1 Doença reumatóide do pulmão
M05.2 Vasculite reumatóide
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

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados, preferencialmente por reumatologista.

MEDICAMENTOS

ABATACEPTE 125 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 1 ML GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
5 seringas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida.
6. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
7. Cópia do exame de anti-HCV(3 meses);
8. Cópia do exame de HBsAg (3 meses);
9. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
10. Cópia do exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade entre 10 e 49 anos) (30 dias)
11. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses)
12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações indicadas para cada tratamento.

ARTRITE REUMATOIDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 33 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M05.0 Síndrome de Felty
M05.1 Doença reumatóide do pulmão
M05.2 Vasculite reumatóide
M05.3 Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M05.8 Outras artrites reumatóides soropositivas
M06.0 Artrite reumatóide soronegativa
M06.8 Outras artrites reumatóides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAf indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados, preferencialmente por reumatologista.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
7. Cópia do exame de anti-HCV(3 meses);
8. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses);
9. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses);
10. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses);
11. Cópia do exame de contagem de plaquetas e neutrófilos totais (Hemograma); (6 meses);
12. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
13. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses)
14. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

MEDICAMENTOS

BARICITINIBE 2 MG COMPR GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

BARICITINIBE 4 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos

TOCILIZUMABE 20 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 4 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
10 ampolas

TOFACITINIBE 5 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:

62 comprimidos

UPADACITINIBE 15 MG COMP DE LIBERAÇÃO PROLONGADA GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações indicadas para cada tratamento.

ARTRITE REUMATOIDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 33 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M05.0 Síndrome de Felty
M05.1 Doença reumatóide do pulmão
M05.2 Vasculite reumatóide
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

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, preferencialmente por reumatologista.



MEDICAMENTOS

CLOROQUINA 150 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações indicadas para cada tratamento.

ARTRITE REUMATOIDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 33 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M05.0 Síndrome de Felty
M05.1 Doença reumatóide do pulmão
M05.2 Vasculite reumatóide
M05.3 Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M05.8 Outras artrites reumatóides soropositivas
M06.0 Artrite reumatóide soronegativa
M06.8 Outras artrites reumatóides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAJ indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados, preferencialmente por reumatologista.

MEDICAMENTOS

LEFLUNOMIDA 20 MG COMP
GRUPO 1 A
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos

METOTREXATO 25 MG/ML SOL
INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1 A
Prescrição Máxima Mensal:
5 ampolas

METOTREXATO 2,5 MG COMP
GRUPO 1 A
Prescrição Máxima Mensal:
50 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
7. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);(6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;(6 meses)
11. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
12. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica);(6 meses)
13. Cópia do exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade entre 10 e 49 anos); (30 dias)
14. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações indicadas para cada tratamento.

ARTRITE REUMATOIDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 33 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M05.0 Síndrome de Felty
M05.1 Doença reumatóide do pulmão
M05.2 Vasculite reumatóide
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

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados, preferencialmente por reumatologista.

MEDICAMENTOS

NAPROXENO 250 MG COMP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
7. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);(6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;(6 meses)
10. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica);(6 meses)
11. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações indicadas para cada tratamento.

ARTRITE REUMATOIDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 33 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M05.0 Síndrome de Felty
M05.1 Doença reumatóide do pulmão
M05.2 Vasculite reumatóide
M05.3 Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M05.8 Outras artrites reumatóides soropositivas
M06.0 Artrite reumatóide soronegativa
M06.8 Outras artrites reumatóides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados, preferencialmente por reumatologista.



MEDICAMENTOS

SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
7. Cópia do exame de anti-HCV;(3 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);(6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses)
10. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
11. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações indicadas para cada tratamento.

ARTRITE REUMATOIDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 33 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M05.0 Síndrome de Felty
M05.1 Doença reumatóide do pulmão
M05.2 Vasculite reumatóide
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

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados, preferencialmente por reumatologista.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
7. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
8. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
9. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
10. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses)
11. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações indicadas para cada tratamento.

MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 3 ampolas	AMPO OU SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 5 ampolas/seringas
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 3 ampolas	ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMPO OU SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 5 ampolas/seringas
AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 Prescrição Máxima Mensal: 155 comprimidos	GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 1 seringa
CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 6 ampolas	INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMPO) 10 ML GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 6 ampolas
CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 Prescrição Máxima Mensal: 124 cápsulas	INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMPO) 10 ML GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 6 ampolas
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 Prescrição Máxima Mensal: 8 frascos	
CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 Prescrição Máxima Mensal: 496 cápsulas	
CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 Prescrição Máxima Mensal: 248 cápsulas	
ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMPO OU SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 10 ampolas/seringas	
ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-	

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

ARTRITE REUMATOIDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 33 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

M05.0 Síndrome de Felty
M05.1 Doença reumatóide do pulmão
M05.2 Vasculite reumatóide
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 reumatóides especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEFAP indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados, preferencialmente por reumatologista.

EXAMES E DOCUMENTOS

- | | |
|---|---|
| 1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário; | aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses) |
| 2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); | 9. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses) |
| 3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário; | 10. Cópia do exame de contagem de plaquetas e neutrófilos totais (Hemograma); (6 meses) |
| 4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido; | 11. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses) |
| 5. Prescrição médica devidamente preenchida; | 12. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio ou MMCDsae – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio ou MMCDsae); (12 meses) |
| 6. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente; | 13. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. |
| 7. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses) | |
| Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses) | |
| 8. Cópia do exame de dosagem de Aspartato | |

MEDICAMENTOS

RITUXIMABE (BIOSSIMILAR B CELLTRION/TRUXIMA/RUXIENCE®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
4 ampolas

RITUXIMABE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS/RIXYMIO®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
4 ampolas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de AR, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, apresentam contraindicação absoluta, independentemente de faixa etária ou condição clínica, conforme as contraindicações indicadas para cada tratamento.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS nº 34 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

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



ESPECIALISTA

Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.



MEDICAMENTOS

LEFLUNOMIDA 20 MG GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença;
7. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
8. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
11. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
12. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica); (6 meses)
13. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
14. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil de qualquer idade, de ambos os sexos, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

Para o início de tratamento com abatacepte, é necessário que o paciente tenha menos de 18 anos e apresente ao menos um dos critérios a seguir:

- Artrite Idiopática Juvenil oligoarticular estendida ou poliarticular ou sistêmica e que apresentaram toxicidade ou falha terapêutica ao uso de dois MMCDb;
- Artrite Idiopática Juvenil sistêmica – Qualquer subtipo de AIJ com uveíte ativa refratária ou intolerante a três imunobiológicos (2 MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe);
- Ter apresentado evento adverso grave a algum MMCDb anti-TNF-alfa e ao tocilizumabe;
- Apresentar contra-indicação ou hipersensibilidade ao uso de MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contra-indicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS nº 34 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

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



ESPECIALISTA

Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.



MEDICAMENTOS

NAPROXENO 250 MG COMP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
4. Prescrição médica devidamente preenchida;
5. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
6. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
7. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; (6 meses)
9. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica); (6 meses)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil de qualquer idade, de ambos os sexos, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

Para o início de tratamento com abatacepte, é necessário que o paciente tenha menos de 18 anos e apresente ao menos um dos critérios a seguir:

- Artrite Idiopática Juvenil oligoarticular estendida ou poliarticular ou sistêmica e que apresentaram toxicidade ou falha terapêutica ao uso de dois MMCDb;
- Artrite Idiopática Juvenil sistêmica – Qualquer subtipo de AIJ com uveíte ativa refratária ou intolerante a três imunobiológicos (2 MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe);
- Ter apresentado evento adverso grave a algum MMCDb anti-TNF-alfa e ao tocilizumabe;
- Apresentar contra-indicação ou hipersensibilidade ao uso de MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contra-indicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS nº 34 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAf indicadas pelo município

CID 10

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

ESPECIALISTA

Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.

MEDICAMENTOS

SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
7. Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença;
8. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
11. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
12. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica); (6 meses)
13. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil de qualquer idade, de ambos os sexos, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

Para o início de tratamento com abatacepte, é necessário que o paciente tenha menos de 18 anos e apresente ao menos um dos critérios a seguir:

- Artrite Idiopática Juvenil oligoarticular estendida ou poliarticular ou sistêmica e que apresentaram toxicidade ou falha terapêutica ao uso de dois MMCDb;
- Artrite Idiopática Juvenil sistêmica – Qualquer subtipo de AIJ com uveíte ativa refratária ou intolerante a três imunobiológicos (2 MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe);
- Ter apresentado evento adverso grave a algum MMCDb anti-TNF-alfa e ao tocilizumabe;
- Apresentar contra-indicação ou hipersensibilidade ao uso de MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contra-indicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS nº 34 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEFAP indicadas pelo município

CID 10

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

ESPECIALISTA

Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença;
7. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
8. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
9. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
10. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
11. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio); (12 meses)
12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;

MEDICAMENTOS

ABATACEPTE 250 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 12 ampolas 1o mês/ 4 ampolas a partir do 2o mês	10 ampolas ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 5 ampolas
ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 3 ampolas	ETANERCEPTE (PFIZER/ ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 5 ampolas
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (FR-AMP). GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 3 ampolas	INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 10 ampolas
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal: 3 ampolas	
ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1A Prescrição Máxima Mensal:	

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil de qualquer idade, de ambos os sexos, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

Para o início de tratamento com abatacepte, é necessário que o paciente tenha menos de 18 anos e apresente ao menos um dos critérios a seguir:

- Artrite Idiopática Juvenil oligoarticular estendida ou poliarticular ou sistêmica e que apresentaram toxicidade ou falha terapêutica ao uso de dois MMCDb;
- Artrite Idiopática Juvenil sistêmica – Qualquer subtipo de AIJ com uveíte ativa refratária ou intolerante a três imunobiológicos (2 MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe);
- Ter apresentado evento adverso grave a algum MMCDb anti-TNF-alfa e ao tocilizumabe;
- Apresentar contraindicação ou hipersensibilidade ao uso de MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contraindicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS nº 34 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

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



ESPECIALISTA

Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.



MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
50 comprimidos

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
5 ampólas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença;
7. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
8. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
9. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
10. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
12. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
13. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil de qualquer idade, de ambos os sexos, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

Para o início de tratamento com abatacepte, é necessário que o paciente tenha menos de 18 anos e apresente ao menos um dos critérios a seguir:

- Artrite Idiopática Juvenil oligoarticular estendida ou poliarticular ou sistêmica e que apresentaram toxicidade ou falha terapêutica ao uso de dois MMCDb;
- Artrite Idiopática Juvenil sistêmica – Qualquer subtipo de AIJ com uveíte ativa refratária ou intolerante a três imunobiológicos (2 MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe);
- Ter apresentado evento adverso grave a algum MMCDb anti-TNF-alfa e ao tocilizumabe;
- Apresentar contra-indicação ou hipersensibilidade ao uso de MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contra-indicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS nº 34 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

CID 10

M08.0 - Artrite reumatoide juvenil
M08.1 - Espondilite anquilosante juvenil
M08.2 - Artrite juvenil com início sistêmico

M08.4 - Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular)
M08.8 - Outras artrites juvenis

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.

MEDICAMENTOS

TOCILIZUMABE 20 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 4 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
20 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença;
7. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
8. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
11. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
12. Cópia do exame de contagem de plaquetas e neutrófilos totais (Hemograma); (6 meses)
13. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
14. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
15. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio); (12 meses)
16. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil de qualquer idade, de ambos os sexos, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

Para o início de tratamento com abatacepte, é necessário que o paciente tenha menos de 18 anos e apresente ao menos um dos critérios a seguir:

- Artrite Idiopática Juvenil oligoarticular estendida ou poliarticular ou sistêmica e que apresentaram toxicidade ou falha terapêutica ao uso de dois MMCDb;
- Artrite Idiopática Juvenil sistêmica – Qualquer subtipo de AIJ com uveíte ativa refratária ou intolerante a três imunobiológicos (2 MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe);
- Ter apresentado evento adverso grave a algum MMCDb anti-TNF-alfa e ao tocilizumabe;
- Apresentar contraindicação ou hipersensibilidade ao uso de MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contraindicação absoluta.

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS nº 34 – 19 DE JANEIRO DE 2026.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

CID 10

M08.0 - Artrite reumatoide juvenil
M08.1 - Espondilite anquilosante juvenil
M08.2 - Artrite juvenil com início sistêmico

M08.4 - Artrite juvenil pauciarticular (ou oligoarticular)
M08.8 - Outras artrites juvenis

Farmácias do CEAJ indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.

MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 25 MG CAP
GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
496 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP
GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
124 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP
GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
248 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL
ORAL (FR) 50 ML GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
6 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do cartão vacinal com cobertura atualizada, em caso de início de tratamento com modificadores do curso da doença;
7. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil de qualquer idade, de ambos os sexos, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.

Para o início de tratamento com abatacepte, é necessário que o paciente tenha menos de 18 anos e apresente ao menos um dos critérios a seguir:

- Artrite Idiopática Juvenil oligoarticular estendida ou poliarticular ou sistêmica e que apresentaram toxicidade ou falha terapêutica ao uso de dois MMCDb;
- Artrite Idiopática Juvenil sistêmica – Qualquer subtipo de AIJ com uveíte ativa refratária ou intolerante a três imunobiológicos (2 MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe);
- Ter apresentado evento adverso grave a algum MMCDb anti-TNF-alfa e ao tocilizumabe;
- Apresentar contraindicação ou hipersensibilidade ao uso de MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos para o uso de algum medicamento preconizado neste Protocolo os pacientes que, respectivamente, se enquadrarem na condição de contraindicação absoluta.

ASMA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 32, de 20 de DEZEMBRO de 2023.

CID 10

J45.0 - Asma predominante alérgica
J45.1 - Asma não alérgica
J45.8 - Asma mista

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAf indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Preferencialmente pneumologista, alergista e pediatra.



MEDICAMENTOS

BUDESONIDA 200 MCG CAP INAL GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
248 cápsulas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, conforme critérios clínicos descritos no Quadro 1 do PCDT de asma;
7. Cópia do exame de Espirometria demonstrando o Volume expiratório forçado (VEF1) e o Pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-broncodilatador (apenas a partir dos 5 anos); (período do diagnóstico)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com quatro ou mais anos de idade que apresentem sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispnéia, sibilância ou tosse recorrente.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Confirmado o diagnóstico de asma e respeitados os critérios de inclusão deste Protocolo, bem como as indicações em bula aprovadas no Brasil para todos os medicamentos citados, serão excluídos os pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

CID 10

J45.0 - Asma predominante alérgica
J45.1 - Asma não alérgica
J45.8 - Asma mista

**ESPECIALISTA**

Preferencialmente pneumologista, alergista e pediatra.

**MEDICAMENTOS**

FUMARATO DE FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 MCG/400 MCG CAP
OU PÓ INAL GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
124 cápsulas

FUMARATO DE FORMOTEROL + BUDESONIDA 6 MCG/200 MCG CAP
OU PÓ INAL GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
248 cápsulas

**EXAMES E DOCUMENTOS**

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, conforme critérios clínicos descritos no Quadro 1 do PCDT de asma;
7. Cópia do exame de Espirometria demonstrando o Volume expiratório forçado (VEF1) e o Pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-broncodilatador (apenas a partir dos 5 anos); (período do diagnóstico)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com quatro ou mais anos de idade que apresentarem sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispnéia, sibilância ou tosse recorrente.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Confirmado o diagnóstico de asma e respeitados os critérios de inclusão deste Protocolo, bem como as indicações em bula aprovadas no Brasil para todos os medicamentos citados, serão excluídos os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

CID 10

J45.0 - Asma predominante alérgica
J45.1 - Asma não alérgica
J45.8 - Asma mista

**ESPECIALISTA**

Preferencialmente pneumologista, alergista e pediatra.

**MEDICAMENTOS**

FUMARATO DE FORMOTEROL 12 MCG CAP OU PÓ INAL GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
124 cápsulas

**EXAMES E DOCUMENTOS**

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, conforme critérios clínicos descritos no Quadro 1 do PCDT de asma;
7. Cópia do exame de Espirometria demonstrando o Volume expiratório forçado (VEF1) e o Pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-broncodilatador (apenas a partir dos 5 anos); (período do diagnóstico)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com quatro ou mais anos de idade que apresentarem sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispnéia, sibilância ou tosse recorrente.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Confirmado o diagnóstico de asma e respeitados os critérios de inclusão deste Protocolo, bem como as indicações em bula aprovadas no Brasil para todos os medicamentos citados, serão excluídos os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

CID 10

J45.0 - Asma predominante alérgica
J45.1 - Asma não alérgica
J45.8 - Asma mista

**ESPECIALISTA**

Preferencialmente pneumologista, alergista e pediatra.

**MEDICAMENTOS**

MEPOLIZUMABE 100 MG PÓ PARA SOL INJ GRUPO 1B

Prescrição Máxima Mensal:
2 seringas

**EXAMES E DOCUMENTOS**

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, conforme critérios clínicos descritos no Quadro 1 do PCDT de asma;
7. Cópia do exame de Espirometria demonstrando o Volume expiratório forçado (VEF1) e o Pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-broncodilatador; (período do diagnóstico)
8. Cópia do hemograma completo (dosagem de eosinófilos); (6 meses)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com quatro ou mais anos de idade que apresentarem sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispnéia, sibilância ou tosse recorrente.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Confirmado o diagnóstico de asma e respeitados os critérios de inclusão deste Protocolo, bem como as indicações em bula aprovadas no Brasil para todos os medicamentos citados, serão excluídos os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

ASMA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 32, de 20 de DEZEMBRO de 2023.

CID 10

J45.0 - Asma predominante alérgica
J45.1 - Asma não alérgica
J45.8 - Asma mista

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Preferencialmente pneumologista, alergista e pediatra.



MEDICAMENTOS

OMALIZUMABE 150 MG SOL INJ AMP GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
12 ampolas/seringas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
Prescrição médica devidamente preenchida;
5. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, conforme critérios clínicos descritos no Quadro 1 do PCDT de asma;
6. Cópia do exame de dosagem de imunoglobulina E (IgE) sérica; (3 meses)
7. Cópia do exame de Espirometria demonstrando o Volume expiratório forçado (VEF1) e o Pico de fluxo expiratório (PFE) nas fases pré e pós-broncodilatador; (período do diagnóstico)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com quatro ou mais anos de idade que apresentem sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispnéia, sibilância ou tosse recorrente.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Confirmado o diagnóstico de asma e respeitados os critérios de inclusão deste Protocolo, bem como as indicações em bula aprovadas no Brasil para todos os medicamentos citados, serão excluídos os pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL 5Q TIPOS 1 E 2

PORTARIA CONJUNTA Nº 3, DE 20 DE MARÇO DE 2025.

CID 10

G12.0 - Atrofia muscular espinhal infantil tipo I (Werdnig-Hoffman)
G12.1 - Outras atrofas musculares espinhais hereditárias

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Profissional pediatra, neurologista ou geneticista com experiência.



MEDICAMENTOS

NUSINERSENA 2,4MG/ML SOL INJ FR AMP 5ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
3 ampólas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição detalhada dos sinais e sintomas apresentados, bem como idade de início dos sintomas.
7. Questionário para avaliação clínica de pacientes com AME 5Q tipos 1 e 2 (Apêndice 1 do PCDT);
8. Situação vacinal de acordo com o calendário vacinal vigente no SUS;
9. Mudança do tratamento (nusinersena para risdiplam; ou risdiplam para nusinersena): obrigatório anexar relatório médico descrevendo os motivos para a suspensão e troca de medicamento, conforme critérios do PCDT;
10. Cópia do exame genético confirmatório (qPCR ou MLPA) – teste de variação de número de cópias do SMN1 e SMN2; (validade indeterminada)
11. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico genético confirmado de AME 5q tipos 1 e 2.

O paciente elegível para uso de nusinersena ou risdiplam deverá, ainda, ter diagnóstico confirmado de AME 5q tipo 1b/c ou 2, além de cumprir os critérios a seguir, de acordo com a sua situação clínica:

Para pacientes com AME 5q do tipo 1:

- Pré-sintomáticos: crianças com histórico familiar de AME, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2.
- Sintomáticos: crianças com diagnóstico genético confirmado de AME 5q, presença de até três cópias de SMN2 e início dos sintomas até o sexto mês de vida.

Para pacientes com AME 5q do tipo 2:

- Pré-sintomáticos: crianças com histórico familiar de AME, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2.
- Sintomáticos: início dos sintomas entre 6 e 18 meses de vida, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2; E
- até 12 anos de idade no início do tratamento, OU
- mais de 12 anos de idade no início do tratamento e preservada a capacidade de se sentar sem apoio e a função dos membros superiores. Adicionalmente, para utilização de nusinersena, independentemente da manifestação de sintomas, o paciente deverá apresentar condições de nutrição e hidratação adequadas, com ou sem gastrostomia e estando com o calendário de vacinação em dia.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios a seguir:

- Sinais ou sintomas de AME 5q compatíveis com o subtipo 1a ou 0; ou seja, manifestações clínicas presentes ao nascimento ou na primeira semana após o nascimento;
- Sinais ou sintomas de AME 5q compatíveis com os subtipos 3 ou 4; ou seja, surgimento de manifestações clínicas após os 18 meses de idade;
- Sipersensibilidade às substâncias ativas ou excipientes das formulações que impeça o uso das alternativas medicamentosas disponibilizadas;
- Secessidade de ventilação mecânica invasiva, entendida como 24 horas de ventilação/dia, continuamente, por ≥ 21 dias;
- Sresença de contraturas graves ou de escoliose grave que, de acordo com o médico assistente, possam interferir na administração do medicamento, trazendo riscos para o paciente, evidenciados por radiografia ou outros exames de imagem; OU
- Sistória de doença cerebral ou da medula espinhal que impeça a administração intratecal de medicamento ou a circulação do líquido cefalorraquidiano, presença de derivação implantada para drenagem do líquido cefalorraquidiano ou de cateter de sistema nervoso central implantado.

ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL 5Q TIPOS 1 E 2

PORTARIA CONJUNTA Nº 3, DE 20 DE MARÇO DE 2025.

CID 10

G12.0 - Atrofia muscular espinhal infantil tipo I (Werdnig-Hoffman)
G12.1 - Outras atrofas musculares espinhais hereditárias

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Profissional pediatra, neurologista ou geneticista com experiência.



MEDICAMENTOS

RISDIPLAM 0,75 MG/ML PÓ FR 80ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
3 ampólas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição detalhada dos sinais e sintomas apresentados, bem como idade de início dos sintomas.
7. Questionário para avaliação clínica de pacientes com AME 5Q tipos 1 e 2 (Apêndice 1 do PCDT);
8. Situação vacinal de acordo com o calendário vacinal vigente no SUS;
9. Mudança do tratamento (nusinersena para risdiplam; ou risdiplam para nusinersena): obrigatório anexar relatório médico descrevendo os motivos para a suspensão e troca de medicamento, conforme critérios do PCDT;
10. Cópia do exame genético confirmatório (qPCR ou MLPA) – teste de variação de número de cópias do SMN1 e SMN2; (validade indeterminada)
11. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico genético confirmado de AME 5q tipos 1 e 2.

O paciente elegível para uso de nusinersena ou risdiplam deverá, ainda, ter diagnóstico confirmado de AME 5q tipo 1b/c ou 2, além de cumprir os critérios a seguir, de acordo com a sua situação clínica:

Para pacientes com AME 5q do tipo 1:

- Pré-sintomáticos: crianças com histórico familiar de AME, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2.
- Sintomáticos: crianças com diagnóstico genético confirmado de AME 5q, presença de até três cópias de SMN2 e início dos sintomas até o sexto mês de vida.

Para pacientes com AME 5q do tipo 2:

- Pré-sintomáticos: crianças com histórico familiar de AME, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2.
- Sintomáticos: início dos sintomas entre 6 e 18 meses de vida, confirmado por diagnóstico genético e presença de até três cópias de SMN2; E
- até 12 anos de idade no início do tratamento, OU
- mais de 12 anos de idade no início do tratamento e preservada a capacidade de se sentar sem apoio e a função dos membros superiores. Adicionalmente, para utilização de nusinersena, independentemente da manifestação de sintomas, o paciente deverá apresentar condições de nutrição e hidratação adequadas, com ou sem gastrostomia e estando com o calendário de vacinação em dia.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios a seguir:

- sinais ou sintomas de AME 5q compatíveis com o subtipo 1a ou 0; ou seja, manifestações clínicas presentes ao nascimento ou na primeira semana após o nascimento;
- sinais ou sintomas de AME 5q compatíveis com os subtipos 3 ou 4; ou seja, surgimento de manifestações clínicas após os 18 meses de idade;
- hipersensibilidade às substâncias ativas ou excipientes das formulações que impeça o uso das alternativas medicamentosas disponibilizadas; OU
- necessidade de ventilação mecânica invasiva acima de 24 horas de ventilação/dia, continuamente, por \geq 21 dias.

COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 09 DE SETEMBRO DE 2019.

CID 10

K74.3 - Cirrose biliar primária (Colangite destrutiva não-supurativa crônica)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Gastroenterologista, hepatologista ou cirurgião do aparelho digestivo.



MEDICAMENTOS

ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 50MG COMP GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
930 comprimidos

ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 300MG COMP GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
155 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de CBP, de acordo com o item 3 de diagnóstico, de ambos os sexos, que preencham pelo menos, 2 de 3 dos seguintes critérios diagnósticos:

- Elevação de enzimas colestáticas, especialmente da FA;
- Presença de AAM ou AAN (padrões específicos à imunofluorescência ou anti-gp210 e anti-sp-100 por Elisa);
- Evidência histológica de colangite destrutiva não-supurativa.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que se enquadrem nas seguintes situações:

- Alergia a ácido ursodesoxicólico ou a qualquer um dos componentes da formulação;
- Úlcera péptica (gástrica ou duodenal) em fase ativa;
- Doença intestinal inflamatória e outras condições do intestino delgado, cólon e fígado, que possam interferir com a circulação entero-hepática dos sais biliares (ressecção ileal e estoma, colestase intra e extra-hepática, doença hepática grave);
- Cólicas biliares frequentes;
- Inflamação aguda da vesícula biliar ou trato biliar;
- Oclusão do trato biliar (occlusão do ducto biliar comum ou um ducto cístico);
- Contratilidade comprometida da vesícula biliar;
- Cálculos biliares calcificados radiopacos;
- Pacientes com intolerância à galactose, deficiência de Lapp lactase ou má absorção de glicose galactose.

CID 10

F84.0 Autismo infantil
F84.1 Autismo atípico
F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância

F84.5 Síndrome de Asperger
F84.8 Outros transtornos globais do desenvolvimento

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

**ESPECIALISTA**

Psiquiatras, neurologistas, pediatras, médicos que atendem em CAPS/Ambulatórios Especializados em Saúde Mental ou médicos com formação em saúde mental.

**MEDICAMENTOS**

RISPERIDONA 1MG/ML FR 30 ML
(para doses que exigem frações de 0,5 mg) GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
11 frascos

RISPERIDONA 1MG COMP GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
310 comprimidos

RISPERIDONA 2MG COMP GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
155 comprimidos

RISPERIDONA 3MG COMP GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
93 comprimidos

**EXAMES E DOCUMENTOS**

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas do paciente; dos tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente e; da história do paciente e de sua família sobre a obesidade, diabetes melito, dislipidemia, hipertensão arterial e doença cardiovascular, bem como a história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia ou discinesia, tentativa ou risco de suicídio e outras comorbidades;
7. Cópia da avaliação antropométrica (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril);
8. Cópia da avaliação da pressão arterial; (resultado de três aferições em datas diferentes);
9. Cópia do resultado da glicemia em jejum; (6 meses)
10. Cópia do resultado do lipidograma (dosagens de colesterol total e frações, triglicerídeos); (6 meses)
11. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de TEA e com comportamento agressivo grave dirigido a si ou a terceiros, com baixa resposta ou adesão às intervenções não medicamentosas.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizados neste Protocolo. Além disso serão excluídos menores de 5 anos ou mulheres que estejam amamentando.

DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 13 – 04 DE MAIO DE 2018.

CID 10

E88.9 - Distúrbio metabólico não especificado

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

O aconselhamento genético e o atendimento dos casos devem ser realizados conforme o estabelecido pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde.

MEDICAMENTOS

BIOTINA 2,5 MG CÁPSULA GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
248 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do laudo contendo a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;
7. Cópia do exame de dosagem de biotinidase no plasma ou em papel-filtro (teste do pezinho);
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos todos os pacientes com diagnóstico de Deficiência de Biotinidase (DB) confirmado por medida plasmática da atividade enzimática da biotinidase (teste laboratorial) e com atividade residual inferior a 30% da atividade normal, isto é, DB leve ou grave. Pacientes com resultados da triagem neonatal alterados serão classificados como suspeitos e deverão ser incluídos neste Protocolo (entrar em tratamento) até a confirmação ou não do diagnóstico, o qual será estabelecido a partir da determinação quantitativa da atividade sérica de biotinidase.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo todos os pacientes com hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou aos componentes da fórmula.

 **ESPECIALISTA**

Os pacientes devem passar por avaliação diagnóstica e ter acompanhamento terapêutico com endocrinologistas ou pediatras, cuja avaliação periódica deve ser condição para a continuidade da dispensação do medicamento.

 **MEDICAMENTOS**

SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
93 ampolas

SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 ampolas

SOMATROPINA 16 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 ampolas

 **EXAMES E DOCUMENTOS**

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do exame de dosagem de Glicose de jejum; (6 meses)
7. Cópia do exame de dosagem de IGF-1 (Somatomedina-C); (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de TSH; (6 meses)
9. Cópia do laudo de Tomografia computadorizada ou Ressonância nuclear magnética; (período do diagnóstico)
10. Cópia do teste provocativo de secreção de GH (hormônio do crescimento); (período do diagnóstico)
11. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

 **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico de Deficiência do Hormônio Hipopituitarismo (DGH) e que também apresentem:

Crianças e adolescentes:

- déficit de crescimento;
- deficiência comprovada de GH (por meio de dois testes de estímulo quando houver deficiência isolada sem alteração anatômica de hipófise; por uma dosagem de GH em hipoglicemia em caso de sintomas presentes quando lactente; por meio de 1 teste de estímulo na presença de múltiplas deficiências hormonais (pan hipopituitarismo) ou lesão hipofisária (alteração e exame de imagem).

Adultos:

- deficiência comprovada de GH por reteste, com estímulo de insulina ou clonidina, quando houver deficiência isolada de GH na infância (comprovar deficiência prévia na infância);
- deficiência comprovada de GH (pico de GH < 3 ng/mL) por teste quando houver sintomas iniciados na vida adulta, múltiplas deficiências hormonais (panhipopituitarismo) ou lesão hipofisária (alteração em exame de imagem, radioterapia, cirurgia no eixo hipotálamo-hipófise). – no caso de pico de GH < 5 ng/mL, deve apresentar ao menos um dos seguintes fatores:
 - baixa densidade mineral óssea;
 - dislipidemia;
 - prejuízo no exercício das atividades habituais, atestado pelo médico.

 **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem qualquer uma das seguintes condições:

- doença neoplásica maligna ativa;
- doença aguda grave (com mais de 1 mês de evolução e que repercute nas funções vitais do indivíduo);
- hipertensão intracraniana benigna;
- retinopatia diabética proliferativa ou pré-proliferativa;
- intolerância ao uso do medicamento;
- outras causas de baixa estatura para crianças;
- adolescentes com displasias esqueléticas, síndrome de Turner (em meninas) e doenças crônicas.

DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

PORTARIA Nº 1692, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2016.

CID 10

M33.0 - Dermatomiosite juvenil
M33.1 - Outras dermatomiosites
M33.2 - Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados em reumatologia ou clínica médica.

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:

248 comprimidos

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:

100 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição da apresentação clínica e pontuação na escala Bohan-Peter ou EULAR/ACR 2017, e justificativa para indicação de tratamento;
7. Cópia de exame de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
8. Cópia de exame de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA); (6 meses)
10. Cópia do exame de Hemograma completo; (6 meses)
11. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de polimiosite primária idiopática ou dermatomiosite primária idiopática.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes com as seguintes contraindicações, de acordo com cada medicamento:

- Azatioprina e ciclofosfamida: imunossupressão [síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids/SIDA), linfoma e outros], infecção ativa, tuberculose, gestação, lactação, pacientes com neoplasia atual ou hipersensibilidade a azatioprina e ciclofosfamida;
- Imunoglobulina humana: deficiência seletiva de IgA, gestação, lactação, hiperprolinemia ou hipersensibilidade ao medicamento.

DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

PORTARIA Nº 1692, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2016.

CID 10

M33.0 - Dermatomiosite juvenil
M33.1 - Outras dermatomiosites
M33.2 - Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAf indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados em reumatologia ou clínica médica.

MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
60 comprimidos

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
5 ampólas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição da apresentação clínica e pontuação na escala Bohan-Peter ou EULAR/ACR 2017, e justificativa para indicação de tratamento;
7. Cópia de exame de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
8. Cópia de exame de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; (6 meses)
10. Cópia do exame de Hemograma completo; (6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica; (6 meses)
12. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil. (30 dias)
13. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de polimiosite primária idiopática ou dermatomiosite primária idiopática.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes com as seguintes contraindicações, de acordo com cada medicamento:

- Metotrexato: gestação, lactação, doenças hematológicas graves, doença ulcerosa péptica ativa, anormalidades hepáticas ou renais graves, abuso de drogas ou etilismo, infecção ativa, tuberculose ou hipersensibilidade ao metotrexato.

DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

PORTARIA Nº 1692, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2016.

CID 10

M33.0 - Dermatomiosite juvenil
M33.1 - Outras dermatomiosites
M33.2 - Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados em reumatologia ou clínica médica.

MEDICAMENTOS

HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

HIDROXICLOROQUINA 200 MG COMPRIMIDO GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição da apresentação clínica e pontuação na escala Bohan-Peter ou EULAR/ACR 2017, e justificativa para indicação de tratamento;
7. Cópia de laudo de avaliação oftalmológica; (6 meses)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de polimiosite primária idiopática ou dermatomiosite primária idiopática.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes com as seguintes contraindicações, de acordo com cada medicamento:

- Hidroxicloroquina: uso concomitante de primaquina, maculopatia prévia associada aos antimaláricos ou hipersensibilidade a hidroxicloroquina;

DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

PORTARIA Nº 1692, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2016.

CID 10

M33.0 - Dermatomiosite juvenil
M33.1 - Outras dermatomiosites
M33.2 - Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAf indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados em reumatologia ou clínica médica.

MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
496 comprimidos

CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
682 comprimidos

CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
341 comprimidos

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
7 ampólas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição da apresentação clínica e pontuação na escala Bohan-Peter ou EULAR/ACR 2017, e justificativa para indicação de tratamento;
7. Laudo médico com descrição da pressão arterial;
8. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; (6 meses)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de polimiosite primária idiopática ou dermatomiosite primária idiopática.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes com as seguintes contraindicações, de acordo com cada medicamento:

- Ciclosporina: imunossupressão (Aids/SIDA, linfoma e outros), insuficiência renal crônica, pacientes com neoplasia atual, gestação, lactação, infecção ativa, tuberculose, hipertensão não controlada ou hipersensibilidade a ciclosporina;

DIABETES INSÍPIDO

PORTARIA CONJUNTA Nº 17 , DE 05 DE AGOSTO DE 2025.

CID 10

E23.2 - Diabetes insípido

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com diabetes insípido devem ser atendidos em serviços especializados com endocrinologia ou nefrologia.

MEDICAMENTOS

DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML SOL OU SPRAY
NAS (FR) 2,5 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
8 frascos

DESMOPRESSINA 0,1 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
372 comprimidos

DESMOPRESSINA 0,2 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do exame de Osmolaridade urinária antes da administração da desmopressina; (6 meses)
7. Cópia do exame de Osmolaridade urinária depois da administração da desmopressina;
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico de DI central, considerando os dois critérios a seguir:

- Poliúria é caracterizada por um volume urinário superior a 3 litros (ou mais de 40 mL/kg) em 24 horas em adolescentes e adultos. Em pediatria, a definição de poliúria varia conforme a idade e a superfície corporal do paciente, sendo definida como: maior que 150 mL/kg/dia ao nascimento, maior que 100 mL/kg/dia em pacientes até 2 anos de idade e maior que 50 mL/kg/dia em pacientes acima de 2 anos; E
- Resposta à administração de desmopressina na vigência de osmolalidade plasmática acima de 295 mOsm/kg ou sódio plasmático acima de 145 mEq/L, com aumento na osmolalidade urinária acima de 15% e osmolalidade urinária acima de 300 mOsm/kg.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com que apresentarem resistência, hipersensibilidade ou intolerância à desmopressina.

DIABETES MELITO TIPO 1

PORTARIA CONJUNTA Nº 17, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019.

CID 10

E10.0 Diabete melito insulino-dependente – com coma
E10.1 Diabete melito insulino-dependente – com cetoacidose
E10.2 Diabete melito insulino-dependente – com complicações renais
E10.3 Diabete melito insulino-dependente – com complicações oftálmicas
E10.4 Diabete melito insulino-dependente – com complicações neurológicas

LOCAL DE Farmácias do CEAF

DISPENSAÇÃO indicadas pelo município

E10.6 Diabete melito insulino-dependente – com outras complicações especificadas
E10.7 Diabete melito insulino-dependente – com complicações múltiplas
E10.8 Diabete melito insulino-dependente – com complicações não especificadas

ESPECIALISTA

Endocrinologista preferencialmente ou médico clínico com experiência no tratamento de DM.

MEDICAMENTOS

INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML TUBETE COM SISTEMA DE APLICAÇÃO REUTILIZÁVEL 3 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
13 sistemas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico detalhado: descrição dos sinais e sintomas apresentados, tratamentos prévios, duração e resposta aos mesmos, descrição de episódios de hipoglicemias, comprovação de monitorização de glicemia capilar e de acompanhamento regular com equipe multidisciplinar, e quando aplicável, critérios que justifiquem a manutenção do tratamento;
7. Glicemia aleatória OU Glicemia em jejum de 8 horas (2 amostras – em diferentes ocasiões); OU HbA1c (2 amostras – em diferentes ocasiões); OU glicemia de 2 horas pós-sobrecarga. (OBRIGATÓRIO pelo menos um deles para início de tratamento com a insulina análoga); (6 meses)

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes com diagnóstico de DM1 que apresentem sinais de insulinoopenia inequívoca acrescidos da demonstração de hiperglicemia:

–Sinais de insulinoopenia inequívoca: sintomas de hiperglicemia (glicemia acima de 200 mg/dL necessariamente associada à poliúria, noctúria, polidipsia, polifagia noctúria e perda de peso inexplicada) ou presença de cetoacidose diabética.

–Demonstração de hiperglicemia para diagnóstico de DM:

1. Glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL na presença de sintoma: polidipsia, poliúria, noctúria e perda inexplicada de peso; OU
2. Glicemia em jejum maior ou igual a 126 mg/dL; OU
3. HbA1c maior ou igual a 6,5%; OU
4. Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga \geq 200 mg/dL.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos um dos critérios: apresentados abaixo:

- Pacientes com diabete melito tipo 2;
- Pacientes que não atenderem os critérios de inclusão;
- Pacientes com hipersensibilidade à insulina;
- Pacientes fora a faixa de idade preconizada em bula;
- Para tratamento com análogo de insulina de ação rápida ou prolongada: pacientes que não atenderem aos critérios de manutenção do tratamento.

DIABETES MELITO TIPO 1

PORTARIA CONJUNTA Nº 17, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019.

CID 10

E10.0 Diabete melito insulino-dependente – com coma
E10.1 Diabete melito insulino-dependente – com cetoacidose
E10.2 Diabete melito insulino-dependente – com complicações renais
E10.3 Diabete melito insulino-dependente – com complicações oftálmicas
E10.4 Diabete melito insulino-dependente – com complicações neurológicas

LOCAL DE Farmácias do CEAF

DISPENSAÇÃO indicadas pelo município

E10.6 Diabete melito insulino-dependente – com outras complicações especificadas
E10.7 Diabete melito insulino-dependente – com complicações múltiplas
E10.8 Diabete melito insulino-dependente – com complicações não especificadas

ESPECIALISTA

Endocrinologista preferencialmente ou médico clínico com experiência no tratamento de DM.

MEDICAMENTOS

INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA 100 UI/ML
TUBETE COM SISTEMA DE APLICAÇÃO REUTILIZÁVEL 3 ML
GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
11 sistemas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico detalhado: descrição dos sinais e sintomas apresentados, tratamentos prévios, duração e resposta aos mesmos, descrição de episódios de hipoglicemias, comprovação de monitorização de glicemia capilar e de acompanhamento regular com equipe multidisciplinar, e quando aplicável, critérios que justifiquem a manutenção do tratamento;
7. Glicemia aleatória OU Glicemia em jejum de 8 horas (2 amostras – em diferentes ocasiões); OU HbA1c (2 amostras – em diferentes ocasiões); OU glicemia de 2 horas pós-sobrecarga. (OBRIGATÓRIO pelo menos um deles para início de tratamento com a insulina análoga); (6 meses)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes com diagnóstico de DM1 que apresentem sinais de insulinopenia inequívoca acrescidos da demonstração de hiperglicemia:

- Sinais de insulinopenia inequívoca: sintomas de hiperglicemia (glicemia acima de 200 mg/dL necessariamente associada à poliúria, noctúria, polidipsia, polifagia noctúria e perda de peso inexplicada) ou presença de cetoacidose diabética.

Demonstração de hiperglicemia para diagnóstico de DM:

1. Glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL na presença de sintoma: polidipsia, poliúria, noctúria e perda inexplicada de peso; OU
2. Glicemia em jejum maior ou igual a 126 mg/dL; OU
3. HbA1c maior ou igual a 6,5%; OU
4. Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga \geq 200 mg/dL.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos um dos critérios: apresentados abaixo:

- Pacientes com diabete melito tipo 2;
- Pacientes que não atenderem os critérios de inclusão;
- Pacientes com hipersensibilidade à insulina;
- Pacientes fora a faixa de idade preconizada em bula;
- Para tratamento com análogo de insulina de ação rápida ou prolongada: pacientes que não atenderem aos critérios de manutenção do tratamento.

DIABETES MELITO TIPO 2

PORTARIA SECTICS/MS Nº 13, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2026.

CID 10

E11.2 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações renais
E11.3 - Diabete melito não insulino-dependente-com complicações oftálmicas
E11.4 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações neurológicas
E11.5 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas
E11.6 - Diabete melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas
E11.7 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações múltiplas
E11.8 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações não especificadas
E11.9 - Diabete melito não insulino-dependente sem complicações

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAJ indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Endocrinologista preferencialmente ou médico clínico com experiência no tratamento de DM.

MEDICAMENTOS

DAPAGLIFLOZINA 10 MG COMPRIMIDO GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), Sim Sim adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relato médico com descrição de sinais e sintomas de DM2, tratamentos prévios realizados, fatores de risco para doença cardiovascular OU descrição da doença cardiovascular estabelecida, conforme critério de inclusão;
7. Cópia do(s) exame(s) diagnóstico(s) (glicemia plasmática de jejum, teste oral de tolerância à glicose (TOTG), hemoglobina glicada (HbA1c), E/OU glicemia plasmática aleatória) conforme sintomatologia do paciente (sintomáticos: pelo menos 1 exame; assintomáticos: pelo menos 2 exames diferentes na mesma amostra de sangue ou 2 resultados do mesmo exame em amostras de sangue diferentes); (6 meses)
8. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica); (6 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para que o paciente seja elegível ao tratamento com dapagliflozina requer-se o diagnóstico de DM2, com necessidade de segunda intensificação de tratamento e um dos seguintes critérios:

- Ter 40 anos ou mais e doença cardiovascular estabelecida (infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, angina estável ou instável acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ataque isquêmico transitório prévio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%), OU;
- Ter 55 anos ou mais (no caso de homens) ou ter 60 anos ou mais (no caso de mulheres) e alto risco de desenvolver doença cardiovascular, definido como ao menos um dos seguintes fatores de risco cardiovascular: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo:

- Pacientes com DM2 em cetoacidose diabética ou coma hiperosmolar;
- Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contra indicações absolutas a dapagliflozina;
- Pacientes gestantes e em período de lactação;
- Pacientes que desenvolvam DM 2 na gestação;
- Crianças e adolescentes.
- Pacientes com disfunção renal moderada a grave (com TFG estimada persistentemente inferior a 25 mL/min/1,73 m²).

DISLIPIDEMIA

PORTARIA CONJUNTA N° 8, de 30 de julho de 2019.

CID 10

E78.0 Hipercolesterolemia pura
E78.1 Hipertrigliceridemia pura
E78.2 Hiperlipidemia mista
E78.3 Hiperquilomicronemia

E78.4 Outras hiperlipidemias
E78.5 Hiperlipidemia não especificada
E78.6 Deficiências de lipoproteínas
E78.8 Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas

ESPECIALISTA

Especialidade médica não especificada.

MEDICAMENTOS

ATORVASTATINA 10 MG COMP
GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
248 comprimidos

ATORVASTATINA 40 MG COMP
GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

ATORVASTATINA 20 MG COMP
GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição detalhada dos sinais e sintomas informando minimamente um dos seguintes pontos: i) fator de risco cardiovascular maior se paciente portador de diabetes melito; ii) risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham; iii) evidência clínica de doença aterosclerótica; iv) diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar (conforme Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar – OMS, 1999);
7. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
8. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);(6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de TSH;(6 meses)
11. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios abaixo:

- diabetes melito em homens com idade superior a 45 anos e em mulheres com idade superior a 50 anos, com pelo menos um fator de risco cardiovascular maior (tabagismo, hipertensão arterial sistêmica ou história familiar em parente de primeiro grau de doença arterial coronariana precoce – antes dos 55 anos para homens e dos 65 anos para mulheres);
- moderado a alto risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham com risco superior a 10% em 10 anos;
- evidência clínica de doença aterosclerótica, entendendo-se como tal qualquer um dos itens abaixo:
 1. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou revascularização miocárdica prévios;
 2. evidência de doença arterial coronariana por cineangiografiografia;angina com evidência objetiva de isquemia miocárdica demonstrada por teste provocativo (por exemplo: ergometria, cintilografia miocárdica ou ecocardiografia de estresse);
 3. isquemia cerebral em exames de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de encéfalo);
 4. história de acidente isquêmico transitório com evidência de aterosclerose em território carotídeo, à ultrassonografia ou arteriografia, ou endarterectomia prévia;
 5. evidência de doença arterial periférica manifestada por claudicação intermitente ou história de revascularização. – diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar. (Quadro 1 PCDT)

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentarem uma das seguintes condições:

- hipotireoidismo descompensado (TSH acima de 10 mUI/mL);
- gestantes ou mulheres em idade fértil que não estejam utilizando pelo menos dois métodos contraceptivos seguros ou que não adotem meio de contracepção definitiva;
- doença hepática aguda ou crônica grave (como elevação das aminotransferases/transaminases mais de 3 vezes os valores normais, icterícia ou prolongamento do tempo de protrombina); OU
- hipersensibilidade ou evento adverso prévio conhecido ao medicamento ou a qualquer componente da sua fórmula.

DISTONIAS E ESPASMO HEMIFACIAL

PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 29 DE MAIO DE 2017.

CID 10

G24.3 Torcicolo espasmódico
G24.4 Distonia orofacial idiopática
G24.5 Blefaroespasma
G24.8 Outras distonias

G51.3 Espasmo hemifacial clônico
G51.8 Outros transtornos do nervo facial

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados e com profissionais capacitados para a aplicação de Toxina Botulínica (TBA), contando com especialista(s) em neurologia, neurocirurgia ou fisioterapia.

MEDICAMENTOS

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 100 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
4 ampolas

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 500 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
2 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;
7. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem uma das formas abaixo, de acordo com os critérios diagnósticos do Protocolo:

Distonias focais:

- blefaroespasma;
- distonia oromandibular;
- distonia laríngea;
- distonia cervical;
- distonia de membro;
- distonias segmentares; ou
- espasmo hemifacial.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições abaixo:

- gravidez;
- amamentação;
- hipersensibilidade à TBA ou a um de seus componentes;
- doença neuromuscular associada (por exemplo, doenças do neurônio motor, miastenia grave);
- uso concomitante de potencializador do bloqueio neuromuscular, como aminoglicosídeo;
- presença provável de anticorpos contra a TBA, definida por perda de resposta terapêutica após um determinado número de aplicações em paciente com melhora inicial; OU
- perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendínea.

DISTÚRBO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DMO-DRC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 04 DE AGOSTO DE 2022

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

CID 10

N18.2 – DRC estágio 2

N18.5 DRC estágio 5

N18.3 – DRC estágio 3

N25.0 Osteodistrofia Renal

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados em nefrologia.

MEDICAMENTOS

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
930 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relato médico informando os tratamentos prévios com uso apropriado de quelantes de fósforo, se o paciente realiza terapia renal substitutiva, ou foi submetido a paratireoidectomia;
7. Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D;(6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica;(6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico;(6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);(6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico;(6 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH).(6 meses)
13. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
14. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Serão incluídos, neste Protocolo, pacientes crianças e adultos com diagnóstico de DMO secundário à DRC.
- Para o tratamento do HPTS, o paciente deve apresentar um dos seguintes critérios de elegibilidade para o uso do medicamento calcitriol:
- Crianças com DRC estágios 2 a 5D com níveis séricos de PTH acima do limite superior da normalidade;
- Adultos portadores de DRC estágio 3A a 5 com níveis séricos de PTH acima dos valores da normalidade;
- Pacientes com síndrome da fome óssea após realização de paratireoidectomia;
- Pacientes em diálise peritoneal com níveis séricos de PTH acima de 300 pg/mL.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes gestantes ou lactantes com DMO-DRC estágios 2 a 5D.

Também serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizado neste protocolo.

Adicionalmente, serão excluídos os pacientes que apresentem, pelo menos, um dos seguintes critérios:

-hiperfosfatemia ou hipercalcemia (nível sérico corrigido para albumina).

CID 10

N18.2 – DRC estágio 2

N18.3 – DRC estágio 3

N18.4 – DRC estágio 4

N18.5 DRC estágio 5

N25.0 Osteodistrofia Renal



ESPECIALISTA

Serviços especializados em nefrologia.



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relato médico informando os tratamentos prévios, casos de refratariedade ao calcitriol ou paricalcitol; indicar se o paciente realiza terapia renal substitutiva, em programa regular de diálise;
7. Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D;(6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico;(6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);(6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico;(6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH).(6 meses)
12. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
13. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



MEDICAMENTOS

CINACALCETE 30 MG COMP REV GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

CINACALCETE 60 MG COMP REV GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
93 comprimidos



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Serão incluídos, neste PCDT, pacientes crianças e adultos com diagnóstico de DMO secundário à DRC.
- Para o tratamento do HPTS, o paciente deve apresentar um dos seguintes critérios de elegibilidade para o uso do medicamento cinacalcete:
- Pacientes adultos com DRC em diálise há pelo menos 3 meses, com níveis séricos de PTH igual ou acima de 300 pg/mL e na ausência de hipocalcemia;
- Pacientes adultos transplantados renais com níveis séricos de PTH igual ou acima de 120 pg/mL;
- Pacientes adultos transplantados renais com hipercalcemia.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes gestantes ou lactantes com DMO-DRC estágios 2 a 5D.

Também serão excluídos pacientes que apresentem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizado neste protocolo.

Adicionalmente, serão excluídos os pacientes que apresentem, pelo menos, um dos seguintes critérios:

–hipocalcemia, DRC estágios 3 a 5, pacientes transplantados renais com hipercalcemia de etiologias não relacionadas ao HPTS.

CID 10

N18.2 – DRC estágio 2

N18.5 DRC estágio 5

N18.3 – DRC estágio 3

N25.0 Osteodistrofia Renal

N18.4 – DRC estágio 4

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

**ESPECIALISTA**

Serviços especializados em nefrologia.

**MEDICAMENTOS**

CLORIDRATO DE SEVELAMER 800 MG COMP REV GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:

279 comprimidos

**EXAMES E DOCUMENTOS**

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica informando os tratamentos prévios, uso de quelantes à base de cálcio ou contra-indicação ao uso destes; se o paciente encontra-se em programa regular de diálise e há quanto tempo; e se está em acompanhamento com nutricionista e realizando com adesão dieta pobre em fósforo;
7. Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D; (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica;(6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico;(6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);(6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico;(6 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH).(6 meses)
13. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
14. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- Serão incluídos, neste PCDT, pacientes crianças e adultos com diagnóstico de DMO secundário à DRC.
- Para o tratamento da hiperfosfatemia com quelantes não à base de cálcio (cloridrato de sevelâmer), o paciente deve apresentar um dos seguintes critérios de elegibilidade para o uso:

Adultos:

- DRC em fase não dialítica com níveis de fósforo acima de 4,5 mg/dL;
- DRC em fase dialítica com níveis de fósforo acima de 5,5 mg/dL;

OU

- Pacientes com contra-indicação ao uso de quelantes à base de cálcio

Crianças e adolescentes:

- DRC estágios 2 a 4 não dialítica com níveis de fósforo acima dos limites normais para a faixa etária e com cálcio sérico corrigido para albumina normal ou acima do normal com ou sem uso de quelantes à base de cálcio;

OU

- DRC estágios 5 não dialítica ou em diálise com níveis de fósforo acima de 6,0 mg/dL (1 a 12 anos) e acima de 5,5 mg/dL (12 a 18 anos) e com cálcio sérico corrigido para albumina normal ou acima do normal, com ou sem uso de quelantes à base de cálcio.

- Além de pelo menos um dos critérios acima, os pacientes devem estar em acompanhamento com nutricionista.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Serão excluídos deste Protocolo pacientes gestantes ou lactantes com DMO-DRC estágios 2 a 5D.

Também serão excluídos pacientes que apresentem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizado neste protocolo.

DISTÚRBO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DMO-DRC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 04 DE AGOSTO DE 2022

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

N18.2 – DRC estágio 2

N18.5 DRC estágio 5

N18.3 – DRC estágio 3

N25.0 Osteodistrofia Renal

N18.4 – DRC estágio 4



ESPECIALISTA

Serviços especializados em nefrologia.



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo de avaliação oftalmológica e otorrinolaringológica;
7. Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D; (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Alumínio sérico;(6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico;(6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA);(6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico;(6 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH).(6 meses)
13. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
14. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



MEDICAMENTOS

DEFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF SOL INJ FR- AMP GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
5 ampolas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Serão incluídos, neste PCDT, pacientes crianças e adultos com diagnóstico de DMO secundário à DRC.
- Para o diagnóstico ou tratamento da intoxicação por alumínio com desferroxamina (DFO), o paciente deve apresentar um dos seguintes critérios de elegibilidade para o uso:
- Para realização de teste para diagnóstico de excesso de alumínio: pacientes que apresentam dosagem sérica não estimulada de alumínio elevada (60 a 200 mcg/L) ou sinais e sintomas clínicos sugestivos de intoxicação por alumínio. Deve também ser realizada previamente à paratireoidectomia, quando o paciente tem história de exposição ao alumínio;
- Para realização de tratamento da intoxicação alumínica: pacientes elegíveis para o tratamento com DFO são aqueles com diagnóstico de intoxicação alumínica, detectada por depósito de alumínio em biópsia óssea, independentemente do tipo histológico da doença óssea. Além disso, os pacientes sintomáticos com diagnóstico de intoxicação por alumínio após teste positivo com DFO são elegíveis para esse tratamento.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes gestantes ou lactantes com DMO-DRC estágios 2 a 5D.

Também serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizado neste protocolo.

Adicionalmente, serão excluídos os pacientes que apresentem, pelo menos, um dos seguintes critérios:

–concentrações séricas de alumínio não estimuladas maiores que 200 mcg/L (risco de neurotoxicidade).

Esses pacientes devem ter seu programa de TRS intensificado para diminuição do nível de alumínio antes de receber a DFO.

CID 10

N18.2 – DRC estágio 2

N18.5 DRC estágio 5

N18.3 – DRC estágio 3

N25.0 Osteodistrofia Renal

N18.4 – DRC estágio 4

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

**ESPECIALISTA**

Serviços especializados em nefrologia.

**MEDICAMENTOS**

PARICALCITOL 5 MCG/ ML AMPOLA 1 ML

Prescrição Máxima Mensal:
120 ampolas**EXAMES E DOCUMENTOS**

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relato médico informando diagnóstico de DRC 5D, tratamentos prévios com uso apropriado de calcitriol (pelo menos duas tentativas); indicar se o paciente realiza terapia renal substitutiva de diálise;
7. Cópia do exame de dosagem de 25-hidroxivitamina D; (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Cálcio total sérico; (6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA); (6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico; (6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH); (6 meses)
12. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
13. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- Serão incluídos, neste PCDT, pacientes crianças e adultos com diagnóstico de DMO secundário à DRC.
- Para o tratamento do HPTS, o paciente deve apresentar um dos seguintes critérios de elegibilidade para o uso:

Para o medicamento paricalcitol:

- Pacientes adultos com DRC 5D com níveis séricos de PTH igual ou acima de 300 pg/mL e com normo- ou hipocalcemia.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Serão excluídos deste Protocolo pacientes gestantes ou lactantes com DMO-DRC estágios 2 a 5D.

Também serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizado neste protocolo.

Adicionalmente, serão excluídos os pacientes que apresentem, pelo menos, um dos seguintes critérios:

-hiperfosfatemia ou hipercalcemia, DRC estágios 3 a 5, crianças.

DISTÚRBIO MINERAL ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DMO-DRC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 04 DE AGOSTO DE 2022

CID 10

N18.2 – DRC estágio 2

N18.3 – DRC estágio 3

N18.4 – DRC estágio 4

N18.5 DRC estágio 5

N25.0 Osteodistrofia Renal

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

DOENÇA DE ALZHEIMER

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 27, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025.

CID 10

G30.0 Doença de Alzheimer de início precoce
G30.1 Doença de Alzheimer de início tardio
G30.8 Outras formas de doença de Alzheimer
F00.0 Demência na doença de Alzheimer de início precoce

F00.1 Demência na doença de Alzheimer de início tardio

F00.2 Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviço especializado em neurologia, geriatria, psiquiatria ou por médico com treinamento na avaliação de quadros demenciais.



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do relatório médico com descrição detalhada de critérios diagnósticos apresentados pelo paciente, segundo critérios da National Institute on Aging and Alzheimer's Association Disease and Related Disorders Association (NIA/AA) e Academia Brasileira de Neurologia (ABN);
7. Cópia de relatório médico com descrição dos escores no MEEM (Mini-Exame do Estado Mental) e na escala CDR (Clinical dementia rating scale);
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



MEDICAMENTOS

DONEPEZILA 5 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

DONEPEZILA 10 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos

RIVASTIGMINA 1,5 MG CAP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
248 comprimidos

RIVASTIGMINA 2 MG/ML SOL ORAL (FR) 120 ML GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
2 frascos

RIVASTIGMINA 3 MG CAP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

RIVASTIGMINA 4,5 MG CAP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

RIVASTIGMINA 6 MG CAP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

RIVASTIGMINA 9 MG ADE TRANS GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 adesivos

RIVASTIGMINA 18 MG ADE TRANS GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 adesivos



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Serão incluídos neste Protocolo indivíduos adultos com diagnóstico de DA provável segundo os critérios do National Institute on Aging and Alzheimer's Association Disease and Related Disorders Association (NIA/AA), endossados pela Academia Brasileira de Neurologia (ABN) de acordo com o Quadro 4 deste PCDT.
 - Adicionalmente, para uso de galantamina ou rivastigmina em monoterapia, os pacientes devem apresentar todos os critérios a seguir:
 - Escore no MEEM entre 12 e 24 (para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade) ou entre 8 e 21 (para pacientes com até 4 anos de escolaridade); E -escore na escala CDR igual a 1 ou 2 (demência leve ou moderada).
 - Para uso de memantina combinada à galantamina ou à rivastigmina, os pacientes também devem apresentar todos os critérios a seguir:
 - Escore no MEEM entre 12 e 19 (para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade) OU entre 8 e 15 (para pacientes com escolaridade menor ou igual a 4 anos);
 - Escore na escala CDR igual a 2 (demência moderada).
 - Para uso de memantina combinada à donepezila, os pacientes também devem apresentar todos os critérios a seguir:
 - Escore no MEEM entre 12 e 19 (para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade) OU entre 8 e 15 (para pacientes com escolaridade menor ou igual a 4 anos);
 - Escore na escala CDR igual a 2 (demência moderada); OU
 - Escore no MEEM entre 5 e 11 (para pacientes com escolaridade maior que 4 anos) OU entre 3 e 7 (para pacientes com escolaridade menor ou igual a 4 anos)
 - Escore na escala CDR igual a 3 (demência grave).
- Para uso de donepezila em monoterapia, os pacientes também devem apresentar todos os critérios a seguir:
- Escore no MEEM entre 12 e 24 (para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade) OU entre 8 e 21 (para pacientes com escolaridade menor ou igual a 4 anos de escolaridade)
 - Escore na escala CDR igual a 1 ou 2 (demência leve ou moderada); OU
 - Escore no MEEM entre 5 e 11 (para pacientes com escolaridade maior que 4 anos) OU entre 3 e 7 (para pacientes com escolaridade menor ou igual a 4 anos)
 - Escore na escala CDR igual a 3 (demência grave).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo indivíduos que apresentarem:

- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a qualquer conduta preconizada neste PCDT.
- Adicionalmente, para o tratamento medicamentoso, os pacientes são excluídos se preencherem pelo menos um dos critérios a seguir:

Para donepezila, galantamina e rivastigmina:

- Identificação de incapacidade de adesão ao tratamento.

- Evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada.
- Insuficiência ou arritmia cardíaca graves;
- Alteração na condução cardíaca, tais como: bradicardia sintomática, bloqueio atrioventricular (AV) de segundo ou terceiro grau, síndrome do nó sinusal doente;
- Asma ou doença pulmonar obstrutiva grave ou descompensadas.

DOENÇA DE ALZHEIMER

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 27, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

CID 10

G30.0 Doença de Alzheimer de início precoce
G30.1 Doença de Alzheimer de início tardio
G30.8 Outras formas de doença de Alzheimer
F00.0 Demência na doença de Alzheimer de início precoce

F00.1 Demência na doença de Alzheimer de início tardio
F00.2 Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviço especializado em neurologia, geriatria, psiquiatria ou por médico com treinamento na avaliação de quadros demenciais.



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
4. Prescrição médica devidamente preenchida;
5. Cópia do relatório médico com descrição detalhada de critérios diagnósticos apresentados pelo paciente, segundo critérios da National Institute on Aging and Alzheimer's Association Disease and Related Disorders Association (NIA/AA) e Academia Brasileira de Neurologia (ABN);
6. Cópia de relatório médico com descrição dos escores no MEEM (Mini-Exame do Estado Mental) e na escala CDR (Clinical dementia rating scale);
7. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; (6 meses)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



MEDICAMENTOS

GALANTAMINA 8 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
93 cápsulas

GALANTAMINA 16 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 cápsulas

GALANTAMINA 24 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 cápsulas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo indivíduos adultos com diagnóstico de DA provável segundo os critérios do National Institute on Aging and Alzheimer's Association Disease and Related Disorders Association (NIA/AA), endossados pela Academia Brasileira de Neurologia (ABN) de acordo com o Quadro 4 deste PCDT.

Adicionalmente, para uso de galantamina ou rivastigmina em monoterapia, os pacientes devem apresentar todos os critérios a seguir:

- Escore no MEEM entre 12 e 24 (para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade) ou entre 8 e 21 (para pacientes com até 4 anos de escolaridade); E –escore na escala CDR igual a 1 ou 2 (demência leve ou moderada).

Para uso de memantina combinada à galantamina ou à rivastigmina, os pacientes também devem apresentar todos os critérios a seguir:

- Escore no MEEM entre 12 e 19 (para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade) OU entre 8 e 15 (para pacientes com escolaridade menor ou igual a 4 anos); E
- Escore na escala CDR igual a 2 (demência moderada).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo indivíduos que apresentarem:

- intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a qualquer conduta preconizada neste PCDT.
- Adicionalmente, para o tratamento medicamentoso, os pacientes são excluídos se preencherem pelo menos um dos critérios a seguir:

Para donepezila, galantamina e rivastigmina:

- Identificação de incapacidade de adesão ao tratamento.
- Evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada.

- Insuficiência ou arritmia cardíaca graves;
- Alteração na condução cardíaca, tais como: bradicardia sintomática, bloqueio atrioventricular (AV) de segundo ou terceiro grau, síndrome do nó sinusal doente;
- Asma ou doença pulmonar obstrutiva grave ou descompensadas.
- Além dos citados acima, o uso de galantamina está contraindicado em casos de insuficiência hepática ou renal graves.

DOENÇA DE ALZHEIMER

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 27, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025.

CID 10

G30.0 Doença de Alzheimer de início precoce
G30.1 Doença de Alzheimer de início tardio
G30.8 Outras formas de doença de Alzheimer
F00.0 Demência na doença de Alzheimer de início precoce

F00.1 Demência na doença de Alzheimer de início tardio

F00.2 Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviço especializado em neurologia, geriatria, psiquiatria ou por médico com treinamento na avaliação de quadros demenciais.



MEDICAMENTOS

MEMANTINA 10 MG CAP LIB CONT GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:
62 cápsulas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do relatório médico com descrição detalhada de critérios diagnósticos apresentados pelo paciente, segundo critérios da National Institute on Aging and Alzheimer's Association Disease and Related Disorders Association (NIA/AA) e Academia Brasileira de Neurologia (ABN);
7. Cópia de relatório médico com descrição dos escores no MEEM (Mini-Exame do Estado Mental) e na escala CDR (Clinical dementia rating scale);
8. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Serão incluídos neste Protocolo indivíduos adultos com diagnóstico de DA provável segundo os critérios do National Institute on Aging and Alzheimer's Association Disease and Related Disorders Association (NIA/AA), endossados pela Academia Brasileira de Neurologia (ABN) de acordo com o Quadro 4 deste PCDT.
- Para uso de memantina combinada à galantamina ou à rivastigmina, os pacientes também devem apresentar todos os critérios a seguir:
- Escore no MEEM entre 12 e 19 (para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade) OU entre 8 e 15 (para pacientes com escolaridade menor ou igual a 4 anos); E
- Escore na escala CDR igual a 2 (demência moderada).
- Para uso de memantina combinada à donepezila, os pacientes também devem apresentar todos os critérios a seguir:
- Escore no MEEM entre 12 e 19 (para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade) OU entre 8 e 15 (para pacientes com escolaridade menor ou igual a 4 anos); E
- Escore na escala CDR igual a 2 demência moderada); OU
- Escore no MEEM entre 5 e 11 (para pacientes com escolaridade maior que 4 anos) OU entre 3 e 7 (para pacientes com escolaridade menor ou igual a 4 anos) E
- Escore na escala CDR igual a 3 (demência grave)
- Para uso de memantina em monoterapia, os pacientes também devem apresentar todos os critérios a seguir:
- Escore no MEEM entre 5 e 11 (para pacientes com escolaridade maior que 4 anos) OU entre 3 e 7 (para pacientes com escolaridade menor ou igual a 4 anos) E Escore na escala CDR igual a 3 (demência grave).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Serão excluídos deste Protocolo indivíduos que apresentarem:
- Intolerância, hipersensibilidade ou contra-indicação a qualquer conduta preconizada neste PCDT.
- Adicionalmente, para o tratamento medicamentoso, os pacientes são excluídos se preencherem pelo menos um dos critérios a seguir:
- Para memantina: Identificação de incapacidade de adesão ao tratamento; OU
- Clearance de creatinina abaixo de 5 mL/minuto/1,73 m².

DOENÇA DE CROHN

PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017

CID 10

- K50.0 Doença de Crohn do intestino delgado
- K50.1 Doença de Crohn do intestino grosso
- K50.8 Outra forma de doença de Crohn

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviço especializado multidisciplinar com a presença de médico gastroenterologista ou proctologista.



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamento(s) já utilizado(s) pelo paciente para Doença de Crohn e o Índice de Harvey-Bradshaw;
7. Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico); (período do diagnóstico)
8. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio); (PT – 3 meses / IGRA 24 meses)
9. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio); (12 meses)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENCHIDA) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
7 seringas

ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENCHIDA) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
7 seringas

CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG SER PREENC GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
6 seringas

INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
10 seringas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Doença de Crohn atestado por relatório médico e comprovado por pelo menos um dos seguintes laudos: endoscópico, radiológico (radiografia de trânsito do delgado, Tomografia Computadorizada enteral) ou Ressonância Magnética enteral), cirúrgico ou anatomopatológico.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes com intolerância ou hipersensibilidade aos medicamentos indicados.

DOENÇA DE CROHN

PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017

CID 10

- K50.0 Doença de Crohn do intestino delgado
- K50.1 Doença de Crohn do intestino grosso
- K50.8 Outra forma de doença de Crohn

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviço especializado multidisciplinar com a presença de médico gastroenterologista ou proctologista.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, o(s) tratamento(s) já utilizado(s) pelo paciente para Doença de Crohn e o Índice de Harvey-Bradshaw;
7. Cópia do laudo com diagnóstico de Doença de Crohn (exame endoscópico, anatomopatológico, radiológico ou laudo cirúrgico); (período do diagnóstico)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
155 comprimidos

MESALAZINA 400 COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
310 comprimidos

MESALAZINA 500 COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
248 comprimidos

MESALAZINA 800 COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
155 comprimidos

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
6 ampolas

SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
372 comprimidos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Doença de Crohn atestado por relatório médico e comprovado por pelo menos um dos seguintes laudos: endoscópico, radiológico (radiografia de trânsito do delgado, Tomografia Computadorizada enteral ou Ressonância Magnética enteral), cirúrgico ou anatomo-patológico.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes com intolerância ou hipersensibilidade aos medicamentos indicados.

DOENÇA DE FABRY

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 2, DE 15 DE JANEIRO DE 2025.

CID 10

E75.2 - Outras esfingolipidoses

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Equipe multidisciplinar da qual façam parte hematologistas, geneticistas, gastroenterologistas, pediatras e neurologistas, entre outros profissionais da área da saúde.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas a Doença de Fabry; e se paciente apresenta condição clínica definida como critério de exclusão ou contra-indicação para uso do medicamento.
7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra-indicações absolutas ao uso dos respectivos medicamentos e procedimentos preconizados neste Protocolo.

MEDICAMENTOS

ALFAGALSIDASE 1 MG/ML SOL. INJ 3,5ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
18 ampólas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos nesse Protocolo todos os pacientes com diagnóstico confirmado de DF de acordo com um dos seguintes critérios:

Ser do sexo masculino e apresentar:

- atividade da enzima α GAL-A inferior a 5% dos valores normais ou;
- análise do DNA que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima α GAL-A;

Ser do sexo feminino e apresentar:

- análise do DNA que demonstre mutação patogênica do gene que codifica a enzima α GAL-A ou;
- situação de heterozigota portadora de mutação patogênica no gene da α GAL-A, confirmada por história familiar (por exemplo: paciente que apresente filho e irmão, ambos do sexo masculino, com diagnóstico confirmado de DF) ou;
- ao menos uma destas alterações bioquímicas extremamente sugestivas do diagnóstico de DF (aumento na excreção urinária de GL-3 ou evidência histológica de acúmulo de GL-3), associada a, ao menos, uma das manifestações clínicas altamente sugestivas de DF (angioqueratoma confirmado por biópsia ou córnea verticilata).

Os critérios de inclusão, naqueles com diagnóstico estabelecido de DF, para realização de terapia de reposição enzimática (TRE) com alfafalsidase ou beta-agalsidase, são:

- O/A paciente deve ter o diagnóstico de doença de Fabry clássica, idade igual ou superior a sete anos e apresentar ao menos um dos seguintes critérios para seu grupo populacional.

Para homens com 18 anos ou mais de idade:

- Fenótipo clássico, com sintomas ou sinais precoces de envolvimento de órgãos-alvo ou;
- Albuminúria ou proteinúria, alteração histológica renal (apagamento dos pedicelos ou sinais moderados ou graves de inclusões de GL-3 e sinais de glomeruloesclerose no tecido renal), TFG entre 60 a 90 mL/min/1,73 m² ou TFG < 60 mL/min/1,73 m², mesmo que outros sintomas estejam ausentes.

Para mulheres com 18 anos ou mais de idade:

- Fenótipo clássico, com sintomas ou sinais precoces de envolvimento de órgãos-alvo ou;

Albuminúria ou proteinúria, alteração histológica renal (apagamento dos pedicelos ou sinais moderados ou graves de inclusões de GL-3 e sinais de glomeruloesclerose no tecido renal), TFG entre 60 a 90 mL/min/1,73 m² ou TFG < 60 mL/min/1,73 m²
Para crianças (7 a 17 anos):

- Sintomáticos (independentemente do sexo), mesmo na presença de sintomas leves ou;
- Lesão podocitária em biópsia renal.

DOENÇA DE GAUCHER

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 10, DE 02 DE JULHO DE 2025

CID 10

E75.2 - Outras esfingolipidoses – Doença de Gaucher

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Equipe multidisciplinar da qual façam parte hematologistas, geneticistas, gastroenterologistas, pediatras e neurologistas, entre outros profissionais da área da saúde.

MEDICAMENTOS

ALFATALIGLICERASE 200 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
90 ampolas

IMIGLUCERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
45 ampolas

ALFAVELAGLICERASE 400 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
45 ampolas

MIGLUSTATE 100 MG CAP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
93 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada das manifestações clínicas associadas a Doença de Gaucher, bem como o tipo da doença;
7. Laudo médico com justificativa para indicação do tratamento e justificativa para não utilização de TRE;
8. Cópia da dosagem da atividade enzimática da beta-glicocerebrosidase em leucócitos ou fibroblastos; (período do diagnóstico)
9. Beta- HCG sérico (mulheres em idade fértil); (30 dias)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos indivíduos com suspeita, para os quais o diagnóstico para DG não é confirmado devem ser excluídos deste Protocolo. Além disso, serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentem:

- DG assintomática;
- DG oligossintomática, ou seja, pacientes que não apresentem quaisquer dos critérios menores; Ainda, pacientes que apresentarem hipersensibilidade, intolerância ou contra-indicação a qualquer um dos medicamentos preconizados serão excluídos do uso do respectivo medicamento.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estão incluídas neste Protocolo todas as pessoas com suspeita ou diagnóstico confirmado, seja clínico, laboratorial, radiológico e/ou genético de DG. Os tratamentos incluídos têm recomendação em bula para deficiência de betaglicocerebrosidase, porém não apresentam recomendação para deficiência de saposina C. Serão incluídos no tratamento medicamentoso pacientes que apresentarem os seguintes critérios maiores:

a) diagnóstico clínico de DG tipo 1 ou tipo 3 com manifestações clínicas associadas à doença. Para pacientes com DG tipo 3, a avaliação clínica com especialista deve descartar a possibilidade de os sinais neurológicos serem secundários a outra doença (por exemplo, paralisia cerebral por hipóxia perinatal); E

b) diagnóstico genético ou bioquímico de DG, realizado mediante a demonstração de redução significativa (0% a 15% da atividade normal) da atividade da enzima beta-glicocerebrosidase em leucócitos ou fibroblastos. A redução significativa da atividade da beta-glicocerebrosidase em papel filtro somente será considerada diagnóstica de DG se estiver acompanhada de diagnóstico molecular ou de aumento significativo da quitotriosidase (atividade plasmática elevada de 600 a 1000 vezes acima dos valores médios normais – de aproximadamente 20 nmol/mL)

Adicionalmente, para uso de Terapia de Reposição Enzimática (TRE), o paciente deve apresentar pelo menos um dos seguintes critérios menores descritos no Quadro 3 do PCDT.

Para uso de Inibidores da Síntese do Substrato (ISS), o paciente deve apresentar idade igual ou superior a 18 anos, todos os critérios maiores, e pelo menos um dos seguintes critérios menores:

a) indicação de uso da TRE conforme Quadro 3 e presença de condição médica que contraindique o uso de TRE, tais como reação de hipersensibilidade mediada por IgE ou efeito adverso grave à TRE de acordo com critérios adotados no glossário da Anvisa dos Guias de Farmacovigilância para Detentores de Registro de Medicamentos⁴⁵. A ocorrência dessas condições deve estar documentada em laudo médico; OU

b) presença de quadro clínico instável apesar de uso de TRE.

- Adicionalmente, serão excluídos do uso de alfataliglicerase, pacientes com idade inferior a 4 anos.

Serão excluídos do uso de miglustate, os seguintes pacientes:

- Gestantes;
- Lactantes;
- Com pouca possibilidade de aderir às modificações dietéticas necessárias para o início do tratamento, de acordo com a avaliação médica; OU
- A critério médico, quando houver alteração de hábito intestinal devido a diversas condições, tais como parasitoses, doença celíaca e hipolactasia.

DOENÇA DE PAGET

PORTARIA CONJUNTA N° 2, DE 17 DE JANEIRO DE 2020.

CID 10

M88.0 – Doença de Paget do crânio
M88.8 – Doença de Paget de outros ossos

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT especialidade médica necessária.



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia da dosagem de Cálcio sérico; (6 meses)
7. Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH); (6 meses)
8. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica); (6 meses)
9. Cópia do laudo Radiológico; (período do diagnóstico)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



MEDICAMENTOS

CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY FR GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
2 frascos

RISEDRONATO 35 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico radiológico de Doença de Paget Óssea (DPO) e pelo menos um dos seguintes critérios:
- Fosfatase alcalina no soro acima do valor de referência;
- Hipercalcemia com PTH normal/baixo;
- Dor óssea em área acometida;
- Síndrome neurológica ou vascular decorrente de compressão por tecido ósseo acometido;
- Acometimento de ossos longos em membros inferiores, da base do crânio e de vértebras, comprovado por exame de imagem;
- Fratura óssea em tecido acometido; OU
- Plano de intervenção cirúrgica em tecido ósseo acometido.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem um dos seguintes critérios:

- aumento do cálcio sérico (hipercalcemia) e PTH acima do limite superior do valor de referência dos métodos; OU
- intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos medicamentos preconizado neste Protocolo.

DOENÇA DE PAGET

PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 17 DE JANEIRO DE 2020.

CID 10

M88.0 – Doença de Paget do crânio
M88.8 – Doença de Paget de outros ossos

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT especialidade médica necessária.



MEDICAMENTOS

ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 0,05 MG/ML SOL INJ 100 mL GRUPO 2
Prescrição Máxima Anual:
1 frasco



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relato médico com contraindicação aos bifosfonados orais em função de dismotilidade esofágica ou impossibilidade de manter-se ortostase após ingestão dos comprimidos;
7. Cópia da dosagem de Cálcio sérico (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH) (6 meses)
9. Cópia do laudo Radiológico; (período do diagnóstico)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico radiológico de Doença de Paget Óssea (DPO) e pelo menos um dos seguintes critérios:
- Fosfatase alcalina no soro acima do valor de referência;
- Hipercalemia com PTH normal/baixo;
- Dor óssea em área acometida;
- Síndrome neurológica ou vascular decorrente de compressão por tecido ósseo acometido;
- Acometimento de ossos longos em membros inferiores, da base do crânio e de vértebras, comprovado por exame de imagem;
- Fratura óssea em tecido acometido; OU
- Plano de intervenção cirúrgica em tecido ósseo acometido.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem um dos seguintes critérios:

- aumento do cálcio sérico (hipercalcemia) e PTH acima do limite superior do valor de referência dos métodos; OU
- intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos medicamentos preconizado neste Protocolo.

DOENÇA DE PARKINSON (DP)

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 16, DE 1 DE AGOSTO DE 2025

CID 10

G20 - Doença de Parkinson

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT especialidade médica necessária.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição dos sinais, sintomas e critérios diagnósticos de demência na doença de Parkinson;
7. Cópia do exame de beta-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade fértil); (30 dias)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

MEDICAMENTOS

AMANTADINA 100 MG COMP
GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

ENTACAPONA 200 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
310 comprimidos

PRAMIPEXOL 0,125 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
1116 comprimidos

PRAMIPEXOL 0,25 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
558 comprimidos

PRAMIPEXOL 1 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
140 comprimidos

RASAGILINA 1 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos

TRIEXIFENIDIL 5 MG COMP
GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
93 comprimidos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os indivíduos com suspeita e diagnóstico provável ou estabelecido de DP.
Para o tratamento medicamentoso, serão incluídos os pacientes que apresentarem diagnóstico provável ou estabelecido de DP.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem contraindicação, hipersensibilidade ou intolerância a um dos medicamentos preconizados neste Protocolo.

DOENÇA DE PARKINSON (DP)

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 16, DE 1 DE AGOSTO DE 2025

CID 10

G20 - Doença de Parkinson

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT especialidade médica necessária.



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição dos sinais, sintomas e critérios diagnósticos de demência na doença de Parkinson;
7. Cópia do exame de Hemograma completo; (6 meses)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



MEDICAMENTOS

CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os indivíduos com suspeita e diagnóstico provável ou estabelecido de DP.
Para o tratamento medicamentoso, serão incluídos os pacientes que apresentarem diagnóstico provável ou estabelecido de DP.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem contraindicação, hipersensibilidade ou intolerância a um dos medicamentos preconizados neste Protocolo.

DOENÇA DE PARKINSON (DP)

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 16, DE 1 DE AGOSTO DE 2025

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

CID 10

G20 - Doença de Parkinson



ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT especialidade médica necessária.



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição dos sinais, sintomas e critérios diagnósticos de demência na doença de Parkinson;
7. Cópia do exame de Hemograma completo; (6 meses)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



MEDICAMENTOS

RIVASTIGMINA 1,5 MG CAP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
248 comprimidos

RIVASTIGMINA 3 MG CAP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

RIVASTIGMINA 4,5 MG CAP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

RIVASTIGMINA 6 MG CAP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

RIVASTIGMINA 2 MG/ML SOL FR GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
2 frascos

RIVASTIGMINA 9 MG ADES TRANS GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 adesivos

RIVASTIGMINA 18 MG ADES TRANS GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 adesivos



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os indivíduos com suspeita e diagnóstico provável ou estabelecido de DP.
Para o tratamento medicamentoso, serão incluídos os pacientes que apresentarem diagnóstico provável ou estabelecido de DP.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem contraindicação, hipersensibilidade ou intolerância a um dos medicamentos preconizados neste Protocolo.

DOENÇA DE POMPE (DP)

PORTARIA CONJUNTA Nº 12, DE 03 DE AGOSTO DE 2020

CID 10

E74.0 - Doença de depósito de glicogênio

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados, convém que o médico responsável tenha experiência e seja devidamente qualificado.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relato médico informando detalhadamente os sinais e sintomas;
7. Cópia do exame de atividade da alfa glicosidase ácida (período do diagnóstico) OU cópia do exame de análise do gene GAA. (validade indeterminada)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

MEDICAMENTOS

ALFA-ALGLICOSIDASE 50 MG PÓ LIOF SOL INJ GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
80 frascos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes com DP precoce (grupos A e B) ou tardia (grupos C e D) que apresentarem pelo menos um dos sinais ou sintomas descritos no item 3.1 (Suspeita Clínica) deste PCDT, E confirmação do diagnóstico de acordo com um dos critérios abaixo relacionados:
- Atividade da enzima alfa glicosidase ácida < 10% do limite inferior dos valores de referência em fibroblastos ou leucócitos, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais; OU
- Presença de variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GAA.
- Poderão fazer uso de alfa-alglicosidase todos os indivíduos com diagnóstico de DP (conforme item 3) do tipo precoce (início dos sintomas até 12 meses de idade).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes sem o diagnóstico confirmatório de DP.

Serão excluídos do tratamento específico com alfa-alglicosidase os pacientes que se apresentarem nas seguintes situações:

- Apresentarem a forma DP tardia; Condição médica irreversível e que implique em sobrevida provavelmente inferior a 6 meses, como resultado da DP ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista e atestada por laudo médico;
- Idade acima de 18 anos e que, após serem informados sobre os potenciais riscos e benefícios associados ao tratamento com alfa-alglicosidase, recusarem-se a serem tratados;
- Histórico de falha de adesão, desde que previamente inseridos, sem sucesso, em ação educativa específica para melhora de adesão, ou seja, pacientes que, mesmo após essa intervenção, não comparecerem a pelo menos 50% do número de consultas ou de avaliações previstas em um ano.

DOENÇA DE WILSON

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 15, DE 01 DE NOVEMBRO DE 2024

CID 10

E83.0 Distúrbios do metabolismo do cobre

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços que disponibilizem o acesso a gastroenterologistas e neurologistas.

MEDICAMENTOS

PENICILAMINA 250 MG CAP GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
186 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com a pontuação total na escala de Leipzig modificada, com descrição dos sinais e sintomas apresentados, alterações laboratoriais e/ou variantes patogênicas identificadas;
7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes em qualquer idade que apresentem diagnóstico estabelecido por quatro ou mais pontos na escala de Leipzig modificada (Quadro 2 do PCDT).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento com os medicamentos preconizados neste Protocolo, os pacientes que apresentarem contra indicação, intolerância ou hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação.

DOENÇA DE WILSON

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 15, DE 01 DE NOVEMBRO DE 2024

CID 10

E83.0 Distúrbios do metabolismo do cobre

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços que disponibilizem o acesso a gastroenterologistas e neurologistas.



MEDICAMENTOS

TRIENTINA 250 mg CAPS GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
248 cápsulas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com a pontuação total na escala de Leipzig modificada, com descrição dos sinais e sintomas apresentados, alterações laboratoriais e/ou variantes patogênicas identificadas;
7. Descrição de tratamentos prévios e resposta e tolerância aos mesmos; ou em caso de primeira linha, descrição da justificativa para a indicação;
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes em qualquer idade que apresentem diagnóstico estabelecido por quatro ou mais pontos na escala de Leipzig modificada (Quadro 2 do PCDT).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento com os medicamentos preconizados neste Protocolo, os pacientes que apresentarem contra indicação, intolerância ou hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação.

DOENÇA FALCIFORME

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 16, DE 01 DE NOVEMBRO DE 2024.

CID 10

- D57.0 Anemia falciforme com crise
- D57.1 Anemia falciforme sem crise
- D57.2 Transtornos falciformes heterozigóticos duplos

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviço de referência para DF, que deve contar com médico hematologista, bem como disponibilizar, preferentemente no próprio centro, acesso a radiologia, cardiologia, pneumologia, ortopedia, urologia e gineco-obstetrícia.

MEDICAMENTOS

HIDROXIURÉIA 500 MG CAP GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
217 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do exame de eletroforese de hemoglobina (focalização isoeletrica ou cromatografia líquida de alta resolução) (período do diagnóstico) OU cópia do exame de detecção molecular de mutação em hemoglobinopatias (confirmatório – validade indeterminada);
7. Cópia do hemograma completo com contagem de reticulócitos; (6 meses)
8. Cópia do exames de beta-HCG sérico ou teste rápido de gravidez (obrigatório para mulheres com idade entre 10 e 49 anos: (30 dias)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo crianças ou adultos, de ambos os sexos, com suspeita ou diagnóstico de Doença Falciforme. Adicionalmente, para o uso de hidroxiureia (HU), é necessário que o paciente apresente os critérios a seguir:

- Teste de fracionamento da hemoglobina por cromatografia líquida de alta performance (HPLC), eletroforese de hemoglobina, focalização isoeletrica (IEF) ou teste molecular compatível com DF tipo HbSS, HbSbeta, HbSbeta grave e HbSD Punjab e idade maior ou igual a 9 meses; OU
- Teste de fracionamento da hemoglobina por HPLC, eletroforese de hemoglobina, IEF ou teste molecular compatível com DF tipo HbSC, HbSD ou HbSbeta-tal e idade maior ou igual a 2 anos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicações aos medicamentos preconizados neste Protocolo. Adicionalmente, serão excluídos do tratamento com hidroxiureia os pacientes virgens de tratamento que apresentarem qualquer uma das condições a seguir:

- Contagem de neutrófilos abaixo de 1.500/mm³ para pacientes acima de um ano de idade, ou 1.000/mm³ para pacientes abaixo de um ano de idade;
- Hb abaixo de 4,5 g/dL;
- Reticulócitos abaixo de 80.000/mm³ (quando Hb menor que 8 g/dL);
- Contagem de plaquetas abaixo de 80.000/mm³;
- Gestantes ou mulheres sexualmente ativas que não estejam em uso de métodos contraceptivos; OU
- Doença hepática ativa (infecção por HBV ou HCV)30 desde que contraindicada pelo prescritor, se não houver como monitorar a função hepática.

DOENÇA FALCIFORME

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 16, DE 01 DE NOVEMBRO DE 2024.

CID 10

- D57.0 Anemia falciforme com crise
- D57.1 Anemia falciforme sem crise
- D57.2 Transtornos falciformes heterozigóticos duplos

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviço de referência para DF, que deve contar com médico hematologista, bem como disponibilizar, preferentemente no próprio centro, acesso a radiologia, cardiologia, pneumologia, ortopedia, urologia e gineco-obstetrícia.

MEDICAMENTOS

ALFAEPOETINA 1.000 UI SOL INJ FR AMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
60 ampolas

ALFAEPOETINA 2.000 UI SOL INJ FR AMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
30 ampolas

ALFAEPOETINA 3.000 UI SOL INJ FR AMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
20 ampolas

ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ FR AMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
15 ampolas

ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ/ PO LIOF FR AMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
10 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do exame de eletroforese de hemoglobina (focalização isoelétrica ou cromatografia líquida de alta resolução) (período do diagnóstico) OU cópia do exame de detecção molecular de mutação em hemoglobinopatias (confirmatório – validade indeterminada);
7. Cópia do hemograma completo com contagem de reticulócitos; (6 meses)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo crianças ou adultos, de ambos os sexos, com suspeita ou diagnóstico de Doença Falciforme. Adicionalmente, para o uso de alfaepoetina, é necessário que o paciente apresente idade igual ou superior a 18 anos e um dos seguintes critérios:

- Teste de fracionamento da hemoglobina por HPLC, eletroforese de hemoglobina, IEF ou teste molecular compatível com DF tipo HbSS ou HbSbeta, esteja em uso de HU e que necessite de mais de três concentrados de hemácias (CH) por ano para manter o nível de hemoglobina igual ou acima de 8,5 g/dL ou que apresente uma redução igual ou maior que 1,5 g/dL da sua hemoglobina basal; OU
- Teste de fracionamento da hemoglobina por HPLC, eletroforese de hemoglobina, IEF ou teste molecular compatível com DF tipo HbSS ou HbSbeta com síndrome de hiper hemólise.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Serão excluídos pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicações aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 29, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025.

CID 10

J44.0 Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior

J44.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada

J44.8 Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes classificados a partir do estágio GOLD 3 devem ser acompanhados por pneumologista em serviço especializado.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição dos sinais e sintomas respiratórios, fatores de risco, história clínica e perfil de exacerbações, doenças concomitantes e tratamentos prévios (para pacientes classificados a partir do GOLD 3, o laudo deve ser emitido por pneumologista de serviço especializado).
7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo aqueles pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicação absoluta ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados para tratamento da DPOC.

MEDICAMENTOS

BUDESONIDA 200 MCG CAP INAL GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
248 cápsulas

FUMARATO DE FORMOTEROL 12 MCG CAP INAL GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
124 cápsulas

FORMOTEROL + BUDESONIDA 6 + 200 mcg CAP INAL GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
248 cápsulas

FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 mcg CAP INAL GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
124 cápsulas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnósticos clínico e funcional de DPOC, definido pela presença de quadro clínico compatível, conforme diagnóstico específico deste Protocolo e distúrbio ventilatório de tipo obstrutivo apontado por espirometria ou por estratégias alternativas de apoio ao diagnóstico clínico, nas situações em que a espirometria não está disponível ou não pode ser realizada pelo paciente.

Adicionalmente, para uso das associações duplas de um broncodilatador beta-2 agonista de longa ação com um antimuscarínico de longa ação (LAMA+LABA) e triplas de um LAMA/LABA com um corticoide inalatório (LAMA+LABA+ICS), indicadas neste Protocolo, o paciente deverá apresentar:

- brometo de umeclidínio + trifrenato de vilanterol: DPOC sintomáticos do grupo B ou E, independentemente do grau de obstrução;
- tiotrópio monodratado + cloridrato de olodaterol ou furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifrenato de vilanterol ou dipropionato de beclometasona 100 µg + fumarato de formoterol di-hidratado 6 µg + brometo de glicopirrônio 12,5 µg: DPOC grave ou muito grave (grau de obstrução GOLD 3 e 4), com perfil exacerbador (grupo E);

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 29, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

J44.0 Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior

J44.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada

J44.8 Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica



ESPECIALISTA

Pacientes classificados a partir do estágio GOLD 3 devem ser acompanhados por pneumologista em serviço especializado.



MEDICAMENTOS

BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL 62,5 + 25 MCG PÓ INAL FR GRUPO 1B

Prescrição Máxima Mensal:

1 frasco

BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO + CLORIDRATO DE OLODATEROL 2,5 + 2,5 MCG SOL INAL GRUPO 1B

Prescrição Máxima Mensal:

1 frasco



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição dos sinais e sintomas respiratórios, fatores de risco, história clínica e perfil de exacerbações, doenças concomitantes e tratamentos prévios (para pacientes classificados a partir do GOLD 3, o laudo deve ser emitido por pneumologista de serviço especializado).
7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnósticos clínico e funcional de DPOC, definido pela presença de quadro clínico compatível, conforme diagnóstico específico deste Protocolo e distúrbio ventilatório de tipo obstrutivo apontado por espirometria ou por estratégias alternativas de apoio ao diagnóstico clínico, nas situações em que a espirometria não está disponível ou não pode ser realizada pelo paciente.

Adicionalmente, para uso das associações duplas de um broncodilatador beta-2 agonista de longa ação com um antimuscarínico de longa ação (LAMA+LABA) e triplas de um LAMA/LABA com um corticoide inalatório (LAMA+LABA+ICS), indicadas neste Protocolo, o paciente deverá apresentar:

- brometo de umeclidínio + trifrenatato de vilanterol: DPOC sintomáticos do grupo B ou E, independentemente do grau de obstrução;
- tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol ou furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifrenatato de vilanterol ou dipropionato de beclometasona 100 µg + fumarato de formoterol di-hidratado 6 µg + brometo de glicopirrônio 12,5 µg: DPOC grave ou muito grave (grau de obstrução GOLD 3 e 4), com perfil exacerbador (grupo E);



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo aqueles pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicação absoluta ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados para tratamento da DPOC.

DOR CRÔNICA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SAPS/SECTICS Nº 1, DE 22 DE AGOSTO DE 2024

CID 10

R52.1 Dor crônica intratável
R52.2 Outra dor crônica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados em dor crônica ou cuidados paliativos, incluindo: neurologista, anestesista, reumatologista, oncologista, ortopedista/traumatologista, neurocirurgião, fisiatra, paliativista e médico da Atenção Primária.



MEDICAMENTOS

CODEÍNA 30 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
372 comprimidos

CODEÍNA 60 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

GABAPENTINA 400 MG CAP
GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
279 cápsulas

METADONA 5 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
248 comprimidos

METADONA 10 MG GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

MORFINA 10 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
1860 comprimidos

MORFINA 30 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
1240 comprimidos

MORFINA 30 MG CAP LIBERAÇÃO
CONTROLADA GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
279 comprimidos

MORFINA 60 MG CAP LIBERAÇÃO
CONTROLADA GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
124 cápsulas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida; (para opioides: Receituário de Controle Especial – Port 344/1998)
6. Descrição clínica detalhada da anamnese, com descrição de características da dor, e do exame físico, incluindo as escalas correspondentes, bem como dos tratamentos já realizados, tempo de utilização e doses administradas;
7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com dor crônica com duração de três ou mais meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com intolerância ou contraindicação a qualquer um dos medicamentos preconizados neste Protocolo serão excluídos do uso do respectivo medicamento.

ENDOMETRIOSE

PORTARIA Nº 879, DE 12 DE JULHO DE 2016

CID 10

N80.0 Endometriose do útero

N80.1 Endometriose do ovário

N80.2 Endometriose da trompa de Falópio

N80.3 Endometriose do peritônio pélvico

N80.4 Endometriose do septo retovaginal e da vagina

N80.5 Endometriose do intestino

N80.8 Outra endometriose

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados em ginecologia.



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica dos sinais e sintomas e os tratamentos prévios e a duração de cada intervenção;
7. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)
8. Cópia do laudo de laparoscopia/laparotomia seguindo a classificação revisada da ASRM ou cópia de laudo de anatomopatológico de biópsia peritoneal (validade indeterminada)
9. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (6 meses)



MEDICAMENTOS

DANAZOL 200 MG CAP

Prescrição Máxima Mensal:

120 comprimidos



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que apresentem todos os critérios abaixo:

- dor pélvica como manifestação clínica a ser tratada;
- comprovação diagnóstica de endometriose por laparoscopia/laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM ou com resultado anatomopatológico de biópsia peritoneal;

Para tratamento com danazol, também é necessário apresentar:

- tratamento prévio por 6 meses com contraceptivos orais ou progestágenos sem resposta ao tratamento ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada à endometriose após o tratamento com contraceptivos orais ou progestágenos.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentem pelo menos um dos critérios abaixo:

- Gestação
- Lactação
- Sangramento genital de origem desconhecida;
- Disfunção hepática, renal ou cardíaca grave;
- Doença tromboembólica ativa ou histórico de trombose;
- Hipersensibilidade ao fármaco.

ENDOMETRIOSE

PORTARIA Nº 879, DE 12 DE JULHO DE 2016

CID 10

N80.0 Endometriose do útero

N80.1 Endometriose do ovário

N80.2 Endometriose da trompa de Falópio

N80.3 Endometriose do peritônio pélvico

N80.4 Endometriose do septo retovaginal e da vagina

N80.5 Endometriose do intestino

N80.8 Outra endometriose

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados em ginecologia.



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relatório médico descrevendo os sinais e sintomas; Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
7. Cópia do laudo de laparoscopia/laparotomia seguindo a classificação revisada da ASRM ou cópia de laudo de anatomopatológico de biópsia peritoneal; (validade indeterminada)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



MEDICAMENTOS

GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
1 seringa

GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
1 seringa

LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
1 seringa

TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
1 ampola

TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
1 ampola



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que apresentarem todos os critérios abaixo:

- dor pélvica como manifestação clínica a ser tratada;
- comprovação diagnóstica de endometriose por laparoscopia/laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da ASRM ou com resultado anatomopatológico de biópsia peritoneal;

Para tratamento com danazol, também é necessário apresentar:

- tratamento prévio por 6 meses com contraceptivos orais ou progestágenos sem resposta ao tratamento ou com recidiva de sintomatologia de dor relacionada à endometriose após o tratamento com contraceptivos orais ou progestágenos.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentarem pelo menos um dos critérios abaixo:

- Gestação
- Lactação
- Sangramento genital de origem desconhecida;
- Disfunção hepática, renal ou cardíaca grave;
- Doença tromboembólica ativa ou histórico de trombose;
- Hipersensibilidade ao fármaco.

EPILEPSIA

PORTARIA CONJUNTA nº 17, DE 21 DE JUNHO DE 2018.

CID 10

G40.0 Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal

G40.1 Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples

G40.2 Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas

G40.3 Epilepsia e síndromes epiléticas generalizadas idiopáticas

G40.4 Outras epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas

G40.5 Síndromes epiléticas especiais

G40.6 Crises de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal)

G40.7 Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal

G40.8 Outras epilepsias

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

De acordo com a complexidade dos casos, os atendimentos podem dar-se por: clínicos gerais, pediatras e médicos da família; neurologistas e neurologistas pediátricos; epileptologistas, neurocirurgiões e equipe e nutrólogo.

Os pacientes com epilepsia refratária devem ser atendidos por médicos especialistas em neurologia em hospitais terciários, habilitados na alta complexidade em Neurologia/Neurocirurgia.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas: histórico clínico, exame físico geral e relato da frequência das crises epiléticas;
7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes com diagnóstico duvidoso de epilepsia ou suspeita de eventos paroxísticos não epiléticos; OU que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

MEDICAMENTOS

CLOBAZAM 10 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

CLOBAZAM 20 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML XPE (FR)
120 ML GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
8 frascos

GABAPENTINA 400 MG CAP
GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
279 comprimidos

LAMOTRIGINA 25 MG COMP
GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
868 comprimidos

LAMOTRIGINA 50 MG COMP
GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
434 comprimidos

LAMOTRIGINA 100 MG COMP
GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
217 comprimidos

LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOL
FR 150 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
7 frascos

LEVETIRACETAM 250 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
372 comprimidos

LEVETIRACETAM 750 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

TOPIRAMATO 25 MG COMP
GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
496 comprimidos

TOPIRAMATO 50 MG COMP
GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
248 comprimidos

TOPIRAMATO 100 MG COMP
GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

VIGABATRINA 500 MG COMP
GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico estabelecido de epilepsia, segundo a Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epiléticas, ou seja, os pacientes que tenham apresentado duas crises epiléticas no intervalo mínimo de 24 horas; os que tenham apresentado uma crise e que tenham um risco de recorrência de crises acima de 60%, ou ainda pacientes que tenham um diagnóstico estabelecido de uma síndrome epilética específica.

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 13 DE AGOSTO DE 2020

CID 10

G12.2 Doença do neurônio motor

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

O acompanhamento em longo prazo deverá ser realizado por neurologista.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e progressão da doença, descrito por médico especialista em Neurologia;
7. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil;(30 dias)
8. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) ;(6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; (6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica; (6 meses)
12. Cópia do exame do Tempo de protrombina (TP).(6 meses)
13. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

MEDICAMENTOS

RILUZOL 50 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima mensal:
62 comprimidos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem os critérios diagnósticos para ELA definitiva, ELA provável ou ELA provável com suporte laboratorial, avaliados por médico especialista em neurologia e com laudo médico detalhado.

Também serão incluídos os pacientes que apresentarem ELA suspeita pelos critérios de El Escorial revisados e se incluam entre os Casos Especiais (ver o item 6 no referido PCDT).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem uma das seguintes condições: ELA possível ou suspeita pelos critérios de El Escorial que não se enquadram nos Casos Especiais (vide item 6 no referido PCDT).

São contraindicações ao uso de Riluzol neste PCDT:

- Insuficiência renal ou hepática;
- Outra doença grave ou incapacitante, incurável ou potencialmente fatal;
- Outras formas de doenças do corno anterior medular;
- Demência, distúrbios visuais, autonômicos, esfinterianos;
- Gravidez ou amamentação;
- Ventilação assistida;
- Hipersensibilidade ao medicamento.

ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 08, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024.

CID 10

G35 – Esclerose Múltipla

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviço especializado em Neurologia.



EXAMES E DOCUMENTOS

- Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
- Prescrição médica devidamente preenchida;
- Relato médico descrevendo os sinais, sintomas, evolução da doença, tratamentos prévios, doenças concomitantes e Escala Expandida do Estado de Incapacidade – EDSS (Expanded Disability Status Scale); Cópia do exame de dosagem de
- Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses)
- Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total;(6 meses)
- Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase);(6 meses)
- Cópia do exame de Hemograma completo;(6 meses)
- Cópia do exame de sorologia para HIV; (3 meses)
- Cópia do laudo de Ressonância nuclear magnética (RNM);(período do diagnóstico)
- Cópia de prova tuberculínica (PT) ou IGRA (obrigatório para início de tratamento com um dos seguintes medicamentos: teriflunomida, cladribina, alemtuzumabe, azatioprina, fingolimode, fumarato de dimetila e natalizumabe – não obrigatório em caso de troca entre esses medicamentos);(24 meses – PT / 3 meses – IGRA)
- Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento com um dos seguintes

medicamentos: teriflunomida, cladribina, alemtuzumabe, azatioprina, fingolimode, fumarato de dimetila e natalizumabe – não obrigatório em caso de troca entre esses medicamentos); (12 meses)

15. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com algum dos critérios a seguir:

- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo;
- Diagnóstico de EM na forma primariamente progressiva (EMPP);
- Elevação basal das enzimas hepáticas e bilirrubina total acima do limite superior da normalidade (LSN):
- ALT/TGP e AST/TGO acima de 20 vezes o LSN, Gama GT acima de 10 vezes o LSN e icterícia ou bilirrubina total acima de 10 vezes o LSN;
- Contagem de linfócitos no sangue periférico abaixo de 1.000/mm³.
- Especificamente, para cladribina, não deve estar fora dos limites de normalidade, conforme valores de referência, antes do início do tratamento no ano 1; e antes do início do ano 2 de tratamento, a contagem de linfócitos no sangue periférico não deve estar abaixo de 800/mm³.



MEDICAMENTOS

ALENTUZUMABE 10 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 1,2 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
5 ampolas

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
248 comprimidos

BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22 MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
14 seringas

BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30 MCG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC OU CAN PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
5 ampolas/seringas/canetas

BETAINTERFERONA 1A 12.000.000 UI (44 MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
14 seringas

BETAINTERFERONA 1B 9.600.000UI (300 MG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
16 ampolas

FINGOLIMODE 0,5 MG CAP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 cápsulas

FUMARATO DE DIMETILA 120 MG CÁPSULA GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
14 cápsulas

FUMARATO DE DIMETILA 240 MG CÁPSULA GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
62 cápsulas

GLATIRAMER 40 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
14 seringas

NATALIZUMABE 300 MG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
2 ampolas

TERIFLUNOMIDA 14 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
31 comprimidos



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico de EM pelos critérios de McDonald revisados e adaptados, nas formas remitente recorrente (EMRR) ou secundariamente progressiva (EMSP); com evidência de lesões desmielinizantes comprovadas por neuroimagem (ressonância magnética) e diagnóstico diferencial

toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou não adesão ao tratamento, apresentando pelo menos um surto no último ano durante o tratamento e evidência de pelo menos nove lesões hiper-intensas em T2 ou pelo menos uma nova lesão captante de gadolínio.

com exclusão de outras causas.

São critérios de inclusão para o uso de fingolimode:

- EMRR classificada como de baixa ou moderada atividade; E
- Ocorrência prévia de falha a qualquer medicamento da primeira linha de tratamento.

Serão classificadas com EMRR altamente ativa as pessoas que apresentarem um dos seguintes critérios: – Incidência de dois ou mais surtos incapacitantes com resolução incompleta e evidência de pelo menos uma nova lesão captante no gadolínio ou aumento significativo da carga da lesão em T2 no ano anterior em pacientes não tratados; OU

o anterior, durante a utilização adequada de pelo menos um MMCD, na ausência de

Adicionalmente, são critérios de inclusão para o uso de natalizumabe:

- EMRR classificada como de alta atividade; OU -EMRR classificada como de baixa ou moderada atividade E falha ou contraindicação ao uso de fingolimode.

Adicionalmente, são critérios de inclusão para o uso de cladribina oral:

- EMRR classificada como de alta atividade; E -Ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de natalizumabe.

Adicionalmente, são critérios de inclusão para o uso de alentuzumabe:

- EMRR classificada como de alta atividade; E
- Ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de cladribina oral.

ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 08, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024.

CID 10

G35 – Esclerose Múltipla

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviço especializado em Neurologia.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relato médico descrevendo os sinais e sintomas, evolução e atividade da doença, tratamentos prévios, doenças concomitantes e Escala Expandida do Estado de Incapacidade – EDSS (Expanded Disability Status Scale);
7. Cópia do exame de depuração da creatinina sérica; (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total;(6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase);(6 meses)
12. Cópia do exame de Hemograma completo;(6 meses)
13. Cópia do exame de sorologia para hepatites B e C; (3 meses)
14. Cópia do exame de sorologia para HIV; (3 meses)
15. Cópia do laudo de Ressonância Magnética;(período do diagnóstico)
16. Cópia de prova tuberculínica (PT) ou IGRA (obrigatório para início de tratamento com um dos seguintes medicamentos: teriflunomida, cladribina, alentuzumabe, azatioprina, fingolimode, fumarato de dimetila e natalizumabe – não obrigatório em caso de troca entre esses medicamentos); (24 meses – PT / 3 meses – IGRA)
17. Cópia do exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade fértil); (30 dias)
18. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento com um dos seguintes medicamentos: teriflunomida, cladribina, alentuzumabe, azatioprina, fingolimode, fumarato de dimetila e natalizumabe – não obrigatório em caso de troca entre esses medicamentos); (12 meses)
19. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

MEDICAMENTOS

CLADRIBINA 10 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
10 comprimidos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico de EM pelos critérios de McDonald revisados e adaptados¹⁴, nas formas remitente recorrente (EMRR) ou secundariamente progressiva (EMSP); com evidência de lesões desmielinizantes comprovadas por neuroimagem (ressonância magnética) e diagnóstico diferencial com exclusão de outras causas.

Adicionalmente, são critérios de inclusão para o uso de cladribina oral:

- EMRR classificada como de alta atividade; E
- Ocorrência de falha ou contraindicação ao uso de natalizumabe.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com algum dos critérios a seguir:

- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo;
- Diagnóstico de EM na forma primariamente progressiva (EMPP);
- Elevação basal das enzimas hepáticas e bilirrubina total acima do limite superior da normalidade (LSN): ALT/TGP e AST/TGO acima de 20 vezes o LSN, Gama GT acima de 10 vezes o LSN e icterícia ou bilirrubina total acima de 10 vezes o LSN;

- Contagem de linfócitos no sangue periférico abaixo de 1.000/mm³.

Especificamente, para cladribina, não deve estar fora dos limites de normalidade, conforme valores de referência, antes do início do tratamento no ano 1; e antes do início do ano 2 de tratamento, a contagem de linfócitos no sangue periférico não deve estar abaixo de 800/mm³.

ESCLEROSE SISTÊMICA (ES)

PORTARIA CONJUNTA Nº 16, DE 10 DE AGOSTO DE 2022

CID 10

M34.0 Esclerose sistêmica progressiva
M34.1 Síndrome CREST
M34.8 Outras formas de esclerose sistêmica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados em Reumatologia.

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de pulmão; (12 meses)
7. Cópia do laudo de Rx de tórax; (12 meses)
8. Relatório médico com a descrição dos critérios do ACR/EULAR 2013;
9. Cópia do laudo das provas de função pulmonar com difusão de CO₂;
10. Laudo do exame de capilaroscopia periungueal (CPU) com padrão SD (scleroderma pattern) (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico)
11. Cópia do exame de Hemograma completo; (6 meses)
12. Cópia do exame de tuberculose – teste de Mantoux; (24 meses)
13. Cópia do exame de anticentrômero (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
14. Cópia do exame de anti-DNA topoisomerase I – anti-Scl70 (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
15. Cópia do exame de anti-RNA polimerase I ou III (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
16. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes que preencherem os critérios do ACR/EULAR de 2013 para doença inicial, conforme o item diagnóstico.

O tratamento deve ser definido de acordo com o órgão comprometido, considerando as evidências de atividade de doença e seguindo as recomendações deste Protocolo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

ESCLEROSE SISTÊMICA (ES)

PORTARIA CONJUNTA Nº 16, DE 10 DE AGOSTO DE 2022

CID 10

M34.0 Esclerose sistêmica progressiva
M34.1 Síndrome CREST
M34.8 Outras formas de esclerose sistêmica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados em Reumatologia.



MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:

50 comprimidos

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1A

Prescrição Máxima Mensal:

5 ampólas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relatório médico com a descrição dos critérios do ACR/EULAR 2013;
7. Laudo do exame de capilaroscopia periungueal (CPU) com padrão SD (scleroderma pattern) (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
8. Cópia do exame de bilirrubinas (6 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; (6 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (6 meses)
13. Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase); (6 meses)
14. Cópia do exame de anticentrômero (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
15. Cópia do exame de anti-RNA polimerase I ou III (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período diagnóstico);
16. Cópia do exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade fértil); (30 dias)
17. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos neste Protocolo todos os pacientes que preencherem os critérios do ACR/EULAR de 2013 para doença inicial, conforme o item diagnóstico do referido PCDT.

O tratamento deve ser definido de acordo com o órgão comprometido, considerando as evidências de atividade de doença e seguindo as recomendações deste Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

ESCLEROSE SISTÊMICA (ES)

PORTARIA CONJUNTA Nº 16, DE 10 DE AGOSTO DE 2022

CID 10

M34.0 Esclerose sistêmica progressiva
M34.1 Síndrome CREST
M34.8 Outras formas de esclerose sistêmica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados em Reumatologia.

MEDICAMENTOS

SILDENAFILA 25 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

SILDENAFILA 50 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
93 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relatório médico com a descrição dos critérios do ACR/EULAR 2013;
7. Cópia do laudo de Rx de tórax; (12 meses)
8. Laudo do exame de capilaroscopia periungueal (CPU) com padrão SD (scleroderma pattern) (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
9. Cópia da dosagem de Uréia; (6 meses)
10. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
11. Cópia do exame de anti-HIV; (3 meses)
12. Cópia do exame de bilirrubinas; (6 meses)
13. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
14. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (6 meses)
15. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (6 meses)
16. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
17. Cópia do exame de Hemograma completo; (6 meses)
18. Cópia do exame de tuberculose – teste de Mantoux (24 meses)
19. Cópia do exame de anticentrômero (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
20. Cópia do exame de anti-RNA polimerase I ou III (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
21. Cópia do exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade fértil); (30 dias)
22. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos neste Protocolo todos os pacientes que preencherem os critérios do ACR/EULAR de 2013 para doença inicial, conforme o item diagnóstico do referido PCDT.

O tratamento deve ser definido de acordo com o órgão comprometido, considerando as evidências de atividade de doença e seguindo as recomendações deste Protocolo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

ESCLEROSE SISTÊMICA (ES)

PORTARIA CONJUNTA Nº 16, DE 10 DE AGOSTO DE 2022

CID 10

M34.0 Esclerose sistêmica progressiva
M34.1 Síndrome CREST
M34.8 Outras formas de esclerose sistêmica

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados em Reumatologia.

MEDICAMENTOS

CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRAG GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
186 drágeas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relatório médico com a descrição dos critérios do ACR/EULAR 2013;
7. Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de pulmão; (12 meses)
8. Cópia do laudo de Rx de tórax; (12 meses)
9. Cópia do laudo das provas de função pulmonar com difusão de CO₂;
10. Laudo do exame de capilaroscopia periungueal (CPU) com padrão SD (scleroderma pattern) (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
11. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
12. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
13. Cópia do exame de Hemograma completo; (6 meses)
14. Cópia do exame de tuberculose – teste de Mantoux; (24 meses)
15. Cópia do exame de anticentrômero (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
16. Cópia do exame de anti DNA topoisomerase I – anti-Scl70 (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
17. Cópia do exame de anti-RNA polimerase I ou III (obrigatório caso tenha sido computado para definição diagnóstica – período do diagnóstico);
18. Cópia do exame de B-HCG sérico (obrigatório para mulheres em idade fértil); (30 dias)
19. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos neste Protocolo todos os pacientes que preencherem os critérios do ACR/EULAR de 2013 para doença inicial, conforme o item diagnóstico do referido PCDT.

O tratamento deve ser definido de acordo com o órgão comprometido, considerando as evidências de atividade de doença e seguindo as recomendações deste Protocolo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

ESPASTICIDADE

PORTARIA CONJUNTA Nº 5, DE 22 DE MARÇO DE 2022

CID 10

G04.1 Paraplegia espástica tropical
G80.0 Paralisia cerebral espástica
G80.1 Diplegia espástica
G80.2 Hemiplegia infantil
G81.1 Hemiplegia espástica
G82.1 Paraplegia espástica
G82.4 Tetraplegia espástica
I69.0 Sequelas de hemorragia subaracnóidea
I69.1 Sequelas de hemorragia intracerebral

I69.2 Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas
I69.3 Sequelas de infarto cerebral
I69.4 Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
I69.8 Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas
T90.5 Sequelas de traumatismo intracraniano
T90.8 Sequelas de outros traumatismos especificados da cabeça

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados e a aplicação deve ser realizada por médico devidamente capacitado, especialista em medicina física e reabilitação (fisiatria), neurologia, neuropediatria, neurocirurgia ou ortopedia.



MEDICAMENTOS

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 100 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
8 ampolas

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 500 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
5 ampolas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. História clínica detalhada e relato de exame físico do paciente, incluindo avaliação de espasmos musculares, postura do tronco e membros, dor, fadiga, perda de atividade funcional, perda de função passiva;
7. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
8. Descrição da Pontuação da Escala de Ashworth Modificada, estando indicados ao tratamento somente pacientes com grau 1, 1+, 2 ou 3 ou escala de Tardieu;
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com espasticidade segmentar ou focal que apresentem todas as condições abaixo:

- Um dos diagnósticos codificados no (CID-10);
- Grau 1, 1+, 2 ou 3 na EAM;
- Comprometimento funcional, dor ou risco de desenvolvimento de deformidades osteomusculoarticulares, devidamente informados por laudo médico; E
- Inserção em programa de reabilitação ou, no mínimo, realização de fisioterapia ou terapia ocupacional.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes espásticos que apresentem pelo menos uma das situações abaixo listadas:

- Hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação das apresentações de TBA;
- Uso exclusivo para tratamento de espasticidade generalizada;
- Perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com grau 4 na EAM para o segmento a ser tratado;
- Doenças da junção neuromuscular (por exemplo, miastenia grave, síndrome de Lambert-Eaton etc);
- Desenvolvimento de anticorpos contra TBA;
- Infecção no local de aplicação;
- Gestação ou amamentação;
- Uso concomitante de antibióticos aminoglicosídeos; OU
- Impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico e manutenção dos cuidados de reabilitação propostos.

ESPONDILITE ANCILOSANTE

PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018

CID 10

M45 Espondilite ancilosa
M46.8 Outras espondilopatias inflamatórias especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Serviço especializado, que conte com reumatologista.

MEDICAMENTOS

NAPROXENO 250 MG COMP GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
7. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses)
8. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica); (6 meses)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que preenchem os critérios de classificação modificados de Nova Iorque ou os critérios ASAS e que apresentem doença axial ou periférica em atividade.

Doença axial ou periférica em atividade preferencialmente deve ser estabelecida por pelo menos um dos índices de atividade, ASDAS ou BASDAI.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem ao menos uma das seguintes condições, de acordo com a terapia indicada:

- sangramento gastrointestinal não controlado;
- úlcera gastroduodenal;
- elevação de aminotransferases (ALT e AST)/transaminases (TGP e TGO) igual ou 3 vezes acima do limite superior da normalidade (LSN);
- taxa de depuração de creatinina inferior a 30 mL/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica;

ESPONDILITE ANCILOSANTE

PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018

CID 10

M45 – Espondilite ancilósante
M46.8 – Outras espondilopatias inflamatórias especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Serviço especializado, que conte com reumatologista.

MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
50 comprimidos

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
5 ampólas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
7. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);(6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses)
9. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
10. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica); (6 meses)
11. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil; (30 dias)
12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que preenchem os critérios de classificação modificados de Nova Iorque ou os critérios ASAS e que apresentem doença axial ou periférica em atividade.

Doença axial ou periférica em atividade preferencialmente deve ser estabelecida por pelo menos um dos índices de atividade, ASDAS ou BASDAI.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem ao menos uma das seguintes condições, de acordo com a terapia indicada:

- tuberculose sem tratamento;
- infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos;
- infecção fúngica ameaçadora à vida;
- infecção por herpes-zoster ativa; –hepatites B ou C agudas;
- elevação de aminotransferases (ALT e AST) /transaminases (TGP e TGO) igual ou três vezes superior o LSN;
- taxa de depuração de creatinina inferior a 30 mL/min/1,73m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica;
- gestação, amamentação e concepção (homens e mulheres);

ESPONDILITE ANCILOSANTE

PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018

CID 10

M45 – Espondilite ancilosa
M46.8 – Outras espondilopatias inflamatórias especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviço especializado, que conte com reumatologista.

MEDICAMENTOS

SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
7. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP);(6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses)
9. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
10. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica); (6 meses)
11. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que preenchem os critérios de classificação modificados de Nova Iorque ou os critérios ASAS e que apresentem doença axial ou periférica em atividade.

Doença axial ou periférica em atividade preferencialmente deve ser estabelecida por pelo menos um dos índices de atividade, ASDAS ou BASDAI.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem ao menos uma das seguintes condições, de acordo com a terapia indicada:

- Porfiria;
- tuberculose sem tratamento;
- hepatites B ou C agudas;
- artrite reumatoide juvenil, forma sistêmica;
- elevação de aminotransferases (ALT e AST)/transaminases (TGP e TGO) igual ou 3 vezes acima do LSN;
- obstrução urinária ou intestinal, depressão da medula óssea;
- insuficiência renal moderada a grave (taxa de depuração de creatinina inferior a 30 mL/min/1,73m² de superfície corporal);

ESPONDILITE ANCILOSANTE

PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018

CID 10

M45 – Espondilite ancilosa
M46.8 – Outras espondilopatias inflamatórias especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviço especializado, que conte com reumatologista.



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio); (24 meses – PT / 3 meses – IGRA)
7. Cópia do exame de anti-HCV; (3 meses)
8. Cópia do exame de HBsAg; (3 meses)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.



MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
3 ampolas

ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
3 ampolas

CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
6 seringas

ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
10 seringas

ETANERCEPTE (PFIZER/ ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
5 seringas

ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR/ BIO-MANGUINHOS) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
5 seringas

GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
2 seringas

INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
10 ampolas

INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
10 ampolas

SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
5 seringas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que preenchem os critérios de classificação modificados de Nova Iorque ou os critérios ASAS e que apresentem doença axial ou periférica em atividade.

Doença axial ou periférica em atividade preferencialmente deve ser estabelecida por pelo menos um dos índices de atividade, ASDAS ou BASDAI.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem ao menos uma das seguintes condições, de acordo com a terapia indicada:

- -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 cinco anos;
- insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV;
- doença neurológica desmielinizante.

ESQUIZOFRENIA

PORTARIA Nº 364, DE 9 DE ABRIL DE 2013

CID 10

F20.0 Esquizofrenia paranoide
F20.1 Esquizofrenia hebefrênica
F20.2 Esquizofrenia catatônica
F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

F20.4 Depressão pós-esquizofrênica
F20.5 Esquizofrenia residual
F20.6 Esquizofrenia simples
F20.8 Outras esquizofrenias

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Médicos psiquiatras, médicos que atendem em CAPS/ Ambulatórios Especializados em Saúde Mental.

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos;
7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER.

MEDICAMENTOS

OLANZAPINA 5 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

OLANZAPINA 10 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
93 comprimidos

QUETIAPINA 25 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
992 comprimidos

QUETIAPINA 100 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
248 comprimidos

QUETIAPINA 200 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

QUETIAPINA 300 MG COMP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

RISPERIDONA 1 MG COMP
GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
186 comprimidos

RISPERIDONA 2 MG COMP
GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
93 comprimidos

RISPERIDONA 3 MG COMP
GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

ZIPRASIDONA 40 MG CAP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
124 comprimidos

ZIPRASIDONA 80 MG CAP
GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que satisfizerem os critérios abaixo:

- diagnóstico de esquizofrenia; E
- presença de um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação.

No caso de paciente cronicamente asilado, é requerida a presença de um funcionário da instituição disponível e capaz de manejar estressores do ambiente de forma continuada.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que apresentarem hipersensibilidade aos fármacos, psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo.

Serão excluídos também pacientes que apresentarem apenas diagnósticos de mania ou depressão isolados, transtorno esquizoafetivo ou de transtorno bipolar.

ESQUIZOFRENIA

PORTARIA Nº 364, DE 9 DE ABRIL DE 2013

CID 10

F20.0 Esquizofrenia paranoide
F20.1 Esquizofrenia hebefrênica
F20.2 Esquizofrenia catatônica
F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

F20.4 Depressão pós-esquizofrênica
F20.5 Esquizofrenia residual
F20.6 Esquizofrenia simples
F20.8 Outras esquizofrenias

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Médicos psiquiatras, médicos que atendem em CAPS/ Ambulatórios Especializados em Saúde Mental.



MEDICAMENTOS

CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
992 comprimidos

CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
248 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas. Para pacientes com indicação de tratamento por refratariedade a outros tratamentos, informar os tratamentos prévios e tempo de tratamento, além da evolução da escala BPRS;
7. Cópia do exame de contagem de Leucócitos totais (Hemograma); (6 meses)
8. Cópia do exame de contagem de Neutrófilos totais (Hemograma); (6 meses)
9. Cópia do exame de contagem de Plaquetas; (6 meses)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER;



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que satisfizerem os critérios abaixo:

- diagnóstico de esquizofrenia; E
- presença de um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação.

No caso de paciente cronicamente asilado, é requerida a presença de um funcionário da instituição disponível e capaz de manejar estressores do ambiente de forma continuada.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que apresentarem hipersensibilidade aos fármacos, psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo.

Serão excluídos também pacientes que apresentarem apenas diagnósticos de mania ou depressão isolados, transtorno esquizoafetivo ou de transtorno bipolar.

FENILCETONÚRIA (FNC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 12, DE 10 DE SETEMBRO DE 2019

CID 10

E70.0 Fenilcetonúria clássica
E70.1 Outras Hiperfenilalaninemias (por deficiência de fenilalanina-hidroxilase).

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O tratamento dos pacientes com FNC identificados pela triagem neonatal, conforme definido pelo PNTN do Ministério da Saúde, deve ser realizado em centros de atendimento especializados – Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) – incluindo, também, o aconselhamento genético.



MEDICAMENTOS

COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MENOR DE 1 ANO – FÓRMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA 1 G PÓ GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
1550 gramas

COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MAIOR DE 1 ANO – FÓRMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA 1 G PÓ GRUPO 2

Prescrição Máxima Mensal:
3617 gramas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica sobre a utilização ou não de dieta pelo paciente anteriormente ao exame de dosagem de fenilalanina;
7. Cópia do exame de dosagem de Fenilalanina sérica OU Cópia do laudo de triagem neonatal por teste do pezinho, com coleta de sangue a partir de 48 horas até o 5º dia do nascimento após exposição à dieta proteica. (período do diagnóstico)
8. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com hiperfenilalaninemia não-FNC, FNC Leve e FNC Clássica. Aqueles que apresentarem nível de fenilalanina entre 4 mg/dL e 8 mg/dL (hiperfenilalaninemia não-FNC) serão acompanhados pelos serviços de referência para monitoramento semestral da fenilalanina até os 2 anos de idade. Posteriormente, a periodicidade do monitoramento é anual. No caso de indivíduos do sexo feminino, realiza-se também o teste de responsividade ao dicloridrato de sapropterina e orientação sobre prevenção da embriopatia por FNC materna.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA DIETA RESTRITA EM FENILALANINA:
Deverão fazer uso de dieta restrita em fenilalanina todos os pacientes com nível de fenilalanina maior ou igual a 10 mg/dL em dieta normal(1, 18) e todos os que apresentarem níveis de fenilalanina entre 8 mg/dL e 10 mg/dL persistentes (pelo menos em três dosagens consecutivas, semanais, em dieta normal).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem as seguintes condições:

- Aumento de fenilalanina secundário à tirosinemia ou a dano hepático (caracterizado pelo aumento concomitante de fenilalanina e tirosina);
- Hiperfenilalaninemia transitória (caracterizada pela normalização espontânea, em vigência de dieta normal, dos níveis de fenilalanina durante os 6 primeiros meses de vida);
- Hiperfenilalaninemia por defeito na síntese ou reciclagem tetrahydrobiopterina (BH4) ou por mutações em DNAJC12.

FENILCETONÚRIA (FNC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 12, DE 10 DE SETEMBRO DE 2019

CID 10

E70.0 Fenilcetonúria clássica
E70.1 Outras hiperfenilalaninemias (por deficiência de fenilalanina-hidroxilase).

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O tratamento dos pacientes com FNC identificados pela triagem neonatal, conforme definido pelo PNTN do Ministério da Saúde, deve ser realizado em centros de atendimento especializados – Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) – incluindo, também, o aconselhamento genético.



MEDICAMENTOS

DICLORIDRATO DE SAPROPTERINA 100 MG COMP GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
330 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica sobre a utilização ou não de dieta pelo paciente anteriormente ao exame de dosagem de fenilalanina;
7. Cópia do exame de dosagem de Fenilalanina sérica ou Cópia do laudo de triagem neonatal por teste do pezinho, com coleta de sangue a partir de 48 horas até o 5º dia do nascimento após exposição à dieta proteica; (período do diagnóstico)
8. Teste de responsividade ao dicloridrato de sapropterina;
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com hiperfenilalaninemia não-FNC, FNC Leve e FNC Clássica. Aqueles que apresentarem nível de fenilalanina entre 4 mg/dL e 8 mg/dL (hiperfenilalaninemia não-FNC) serão acompanhados pelos serviços de referência para monitoramento semestral da fenilalanina até os 2 anos de idade. Posteriormente, a periodicidade do monitoramento é anual. No caso de indivíduos do sexo feminino, realiza-se também o teste de responsividade ao dicloridrato de sapropterina e orientação sobre prevenção da embriopatia por FNC materna.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA O DICLORIDRATO DE SAPROPTERINA:
Poderão fazer uso do dicloridrato de sapropterina todos os indivíduos do sexo feminino com diagnóstico de FNC (clássica ou leve) ou hiperfenilalaninemia não-FNC, desde que em período periconcepcional (definido como os três primeiros meses que antecedem as primeiras tentativas de concepção) ou durante a gestação (independentemente da idade gestacional de início, haja vista a possibilidade de gestação não planejada), e que tenham sido consideradas responsivas de acordo com teste de responsividade preconizado por este Protocolo (item 8.4). O teste de responsividade pode ser realizado em todas as pacientes com FNC (clássica ou leve) ou hiperfenilalaninemia não-FNC, a partir da menarca e, preferencialmente, em período não-gestacional.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem as seguintes condições:

- Aumento de fenilalanina secundário à tirosinemia ou a dano hepático (caracterizado pelo aumento concomitante de fenilalanina e tirosina);
- Hiperfenilalaninemia transitória (caracterizada pela normalização espontânea, em vigência de dieta normal, dos níveis de fenilalanina durante os 6 primeiros meses de vida);
- Hiperfenilalaninemia por defeito na síntese ou reciclagem tetrahydrobiopterina (BH4) ou por mutações em DNAJC12.
- Em relação ao dicloridrato de sapropterina, estarão excluídos do seu uso os pacientes com FNC que apresentarem as seguintes características:
 - Indivíduos do sexo masculino;
 - Indivíduos do sexo feminino não responsivos no teste de responsividade ao dicloridrato de sapropterina;

- Indivíduos do sexo feminino que não estejam grávidas ou que não estejam em período periconcepcional.

A interrupção do tratamento com dicloridrato de sapropterina deverá ocorrer nos casos abaixo relacionados:

- Não adesão ao tratamento, aqui definida como o não seguimento da prescrição dietética por período superior a 30 dias, ou a não ingestão de pelo menos 80% da dose prescrita do medicamento, após terem sido tomadas as medidas educacionais cabíveis;
- Falha terapêutica, aqui definida como a ausência, em três meses de tratamento regular com dicloridrato de sapropterina, de pelo menos 50% de aumento da tolerância à fenilalanina, ou de diminuição dos níveis de fenilalanina em pelo menos 30% sem alteração na dieta;
- Ocorrência de evento adverso grave relacionado ao medicamento.

FIBROSE CÍSTICA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 5, DE 30 DE ABRIL DE 2024

CID 10

E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares
E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
E84.8 Fibrose cística com outras manifestações

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados ou centro de referência com equipe multidisciplinar e multiprofissional contando com pneumologista e gastroenterologista.

MEDICAMENTOS

PANCREATINA 10.000 UI CAP GRUPO 1B

Prescrição Máxima Mensal:

3100 cápsulas

PANCREATINA 25.000 UI CAP GRUPO 1B

Prescrição Máxima Mensal:

1240 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Laudo médico com descrição dos sinais e sintomas de má absorção apresentados;
7. Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados;
8. Laudo médico com descrição da suspeição diagnóstica OU exames de confirmação diagnóstica (Cópia do exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor E Cópia do exame de detecção molecular em fibrose cística); (período do diagnóstico)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos nesse PCDT todos os pacientes com diagnóstico confirmado de FC de acordo com critérios clínicos e laboratoriais.

Para o uso de pancreatina, os pacientes também devem apresentar um dos seguintes critérios:

- diagnóstico de FC com insuficiência pancreática; OU
- indivíduos com FC e suspeita de insuficiência pancreática (representada pela presença de íleo meconial ou em razão de evidência qualitativa ou semi-quantitativa de aumento de gorduras nas fezes) até a exclusão de insuficiência pancreática por meio do teste de elastase fecal, quando o uso do medicamento deverá ser suspenso; caso haja a confirmação do diagnóstico após a realização do teste de elastase fecal o tratamento deverá ser mantido; OU
- indivíduos nos primeiros meses de vida, em período de investigação diagnóstica da FC até a sua confirmação e posterior avaliação de insuficiência pancreática por meio do teste de elastase fecal, com manutenção da pancreatina, mediante sinais clínicos inequívocos de má absorção.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes com bronquiectasias ou insuficiência pancreática exócrina de outras etiologias que não FC, bem como pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos respectivos medicamentos preconizados neste Protocolo.

FIBROSE CÍSTICA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 5, DE 30 DE ABRIL DE 2024.

CID 10

E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares
E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
E84.8 Fibrose cística com outras manifestações

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados ou centro de referência com equipe multidisciplinar e multiprofissional contando com pneumologista e gastroenterologista

MEDICAMENTOS

IVACAFTOR 150 MG COMP REV GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
62 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados;
7. Cópia do exame de detecção molecular em fibrose cística (período do diagnóstico)
8. Cópia do exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor (validade indeterminada)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos nesse PCDT todos os pacientes com diagnóstico confirmado de FC de acordo com critérios clínicos e laboratoriais.

Para o uso de ivacaftor, os pacientes também devem apresentar idade igual ou maior do que 6 anos, pelo menos 25 kg de peso corporal e uma das seguintes mutações de gating (classe III) no gene CFTR: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R. Adicionalmente, para o uso de elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor, os pacientes também devem apresentar idade igual ou maior do que 6 anos de idade e pelo menos uma mutação F508del no gene CFTR

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Devem ser excluídos deste Protocolo pacientes com bronquiectasias ou insuficiência pancreática exócrina de outras etiologias que não FC, bem como pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos respectivos medicamentos preconizados neste Protocolo.

FIBROSE CÍSTICA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 5, DE 30 DE ABRIL DE 2024.

CID 10

E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares
E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
E84.8 Fibrose cística com outras manifestações

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Serviços especializados ou centro de referência com equipe multidisciplinar e multiprofissional contando com pneumologista e gastroenterologista



MEDICAMENTOS

TOBRAMICINA 300/5 MG/ML SOL INAL (POR AMPOLA) GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
56 ampolas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados.
7. Cópia de exame de cultura de secreção respiratória; (período do diagnóstico)
8. Cópia do exame de detecção molecular em fibrose cística; (período do diagnóstico)
9. Cópia do exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor; (validade indeterminada)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos nesse PCDT todos os pacientes com diagnóstico confirmado de FC de acordo com critérios clínicos e laboratoriais.

Para o uso de tobramicina, os pacientes também devem apresentar uma das seguintes situações:

- ter menos de 6 anos de idade, como descrito no item Tratamento em populações específicas;
- ter 6 ou mais anos de idade e isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* em culturas de secreção respiratória. A primeira identificação desse germe em culturas de secreção respiratória deve ser seguida de tentativa de erradicação, que consiste em tratamento por 28, 56 ou 84 dias com tobramicina inalatória, 300 mg duas vezes ao dia, para retardar ou prevenir a infecção crônica e suas consequências agudas e em longo prazo, que poderão influir negativamente no prognóstico da doença; ou
- ter 6 ou mais anos de idade e infecção pulmonar crônica (colonização) por *Pseudomonas aeruginosa*. Em caso de falha da erradicação da *Pseudomonas aeruginosa*, a infecção é considerada crônica e o tratamento em longo prazo com tobramicina inalatória deve ser iniciado



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Devem ser excluídos deste Protocolo pacientes com bronquiectasias ou insuficiência pancreática exócrina de outras etiologias que não FC, bem como pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contra-indicação ao uso dos respectivos medicamentos preconizados neste Protocolo.

FIBROSE CÍSTICA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 5, DE 30 DE ABRIL DE 2024.

CID 10

E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares
E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
E84.8 Fibrose cística com outras manifestações

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados ou centro de referência com equipe multidisciplinar e multiprofissional contando com pneumologista e gastroenterologista

MEDICAMENTOS

ALFADORNASE 2,5 MG AMP GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
62 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados;
7. Cópia do exame de detecção molecular em fibrose cística; (período do diagnóstico)
8. Cópia do exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor; (validade indeterminada)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos nesse PCDT todos os pacientes com diagnóstico confirmado de FC de acordo com critérios clínicos e laboratoriais.

Para o uso de alfadornase, os pacientes também devem apresentar um dos seguintes critérios: – mais de 6 anos e diagnóstico clínico e laboratorial de FC; ou – menos de 6 anos e doença pulmonar precoce, como descrito no item Tratamento em populações específicas.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Devem ser excluídos deste Protocolo pacientes com bronquiectasias ou insuficiência pancreática exócrina de outras etiologias que não FC, bem como pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos respectivos medicamentos preconizados neste Protocolo.

FIBROSE CÍSTICA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 5, DE 30 DE ABRIL DE 2024.

CID 10

E84.0 Fibrose cística com manifestações pulmonares
E84.1 Fibrose cística com manifestações intestinais
E84.8 Fibrose cística com outras manifestações

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Serviços especializados ou centro de referência com equipe multidisciplinar e multiprofissional contando com pneumologista e gastroenterologista

MEDICAMENTOS

ELEXACAFITOR ASSOCIADO AO TEZACAFITOR E IVACAFITOR 100 + 50 + 75 + 150 MG COMPRIMIDO GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
93 comprimidos

ELEXACAFITOR ASSOCIADO AO TEZACAFITOR E IVACAFITOR 50 + 25 + 37,5 + 75 MG COMPRIMIDO GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
93 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados;
7. Cópia do exame de detecção molecular em fibrose cística; (período do diagnóstico)
8. Cópia do exame de dosagem quantitativa de eletrólitos no suor; (validade indeterminada)
9. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos nesse PCDT todos os pacientes com diagnóstico confirmado de FC de acordo com critérios clínicos e laboratoriais.

Adicionalmente, para o uso de elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor, os pacientes também devem apresentar idade igual ou maior do que 6 anos de idade e pelo menos uma mutação F508del no gene CFTR

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Devem ser excluídos deste Protocolo pacientes com bronquiectasias ou insuficiência pancreática exócrina de outras etiologias que não FC, bem como pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contra-indicação ao uso dos respectivos medicamentos preconizados neste Protocolo.

GLAUCOMA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 28, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2023

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

H40.1 Glaucoma primário de ângulo aberto;
H40.2 Glaucoma primário de ângulo fechado;
H40.3 Glaucoma secundário a traumatismo ocular;
H40.4 Glaucoma secundário a inflamação ocular;

H40.5 Glaucoma secundário a outros transtornos do olho;
H40.6 Glaucoma secundário a drogas;
H40.8 Outro glaucoma;
Q15.0 Glaucoma congênito.



ESPECIALISTA

Doentes de glaucoma devem ser atendidos em serviços especializados em oftalmologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOL OFT (FR) 3 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
1 frasco

BRIMONIDINA 2 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
2 frascos

BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSP OFT (FR) 5 ML GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
2 frascos

DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2
Prescrição Máxima Mensal:
2 frascos

LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
1 frasco

TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML GRUPO 1A
Prescrição Máxima Mensal:
1 frasco



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Cópia do laudo de pelo menos dois (2) dos seguintes exames: tonometria (pressão intra-ocular – pio (30 dias)); biomicroscopia de fundo (6 meses); campimetria visual (6 meses).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de glaucoma que apresentem pelo menos dois dos seguintes critérios:

- PIO média acima de 21 mmHg, sem tratamento;
- Dano típico ao nervo óptico com perda da rima neuroretiniana identificado por biomicroscopia de fundo (escavação igual ou acima de 0,5); ou
- Campo visual compatível com o dano ao nervo óptico.

O tratamento medicamentoso deve seguir os critérios estabelecidos no Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra indicações absolutas ao uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizados neste Protocolo.

HEMANGIOMA INFANTIL

PORTARIA CONJUNTA Nº 6, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2018

CID 10

D18.0 Hemangioma de qualquer localização

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Não especificada a especialidade médica necessária.

MEDICAMENTOS

ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
77 frascos

ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
46 frascos

ALFAINTERFERONA 2B 10.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1B
Prescrição Máxima Mensal:
23 frascos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
7. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO);(6 meses)
9. Cópia do exame do Tempo de protrombina (TP); (6 meses)
10. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com menos de 5 anos de idade com diagnóstico clínico (que pode ser complementado por exames de imagem, avaliação endoscópica ou anátomopatológico) de HI e que apresentem pelo menos uma das características abaixo:

- Acometimento de via aérea ou trato gastrointestinal;
- Acometimento de estrutura com risco de dano funcional ou cosmético permanente;
- Presença de dor ou sangramento;
- Insuficiência cardíaca de alto débito decorrente de hemangioma; ou
- Hemangioma cutâneo extenso ou de rápido crescimento em período não superior a 1 ano

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão serão considerados de forma independente a cada medicamento recomendado neste Protocolo e terão como base a presença de hipersensibilidade ou contraindicação ao uso:

- Alfainterferona: presença de hepatite autoimune, presença de hepatopatia grave definida por elevação de transaminases/aminotransferases (cinco vezes acima do valor da normalidade) ou prolongamento no tempo de protrombina (razão normalizada internacional – RNI maior que 1,5).

HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2019.

CID 10

D59.5 Hemoglobinúria Paroxística Noturna
(Marchiafava–Micheli)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

O eculizumabe deve ser administrado em centros de referência, por profissionais da saúde qualificados e sob supervisão de um médico com experiência no tratamento de pacientes com doenças de origem hematopoética ou doenças renais.

A dispensação e administração intravenosa ocorrerão exclusivamente em estabelecimentos de saúde do SUS, não sendo fornecidos frascos do medicamento para os pacientes.

MEDICAMENTOS

Eculizumabe 10 mg/mL solução injetável (frasco com 30 mL) GRUPO 1.A

Prescrição máxima mensal:

9 frascos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário; Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
2. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
3. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
4. Prescrição médica devidamente preenchida;
5. História transfusional dos últimos seis meses;
6. História clínica recente do paciente (conforme apêndice 1 do PCDT);
7. Avaliação de Qualidade de Vida do paciente (conforme apêndice 2 do PCDT);
8. Cópia do cartão de vacinas indicando vacinação contra Neisseria meningitidis – vacina meningocócica conjugada tetravalente (sorotipos ACWY) com no mínimo duas semanas antes de iniciar o tratamento com Eculizumabe;
9. Cópia da dosagem de Uréia (06 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica; (06 meses)
11. Cópia do exame de Ferritina Sérica (06 meses)
12. Cópia do exame de lactato desidrogenase (LDH); (3 meses)
13. Cópia do exame hemograma completo e reticulócitos (3 meses)
14. Cópia do exame Índice de Saturação de Transferrina (IST) (06 meses)
15. Cópia do laudo diagnóstico por citometria de fluxo confirmatório de HPN; (01 ano)
16. Cópia do teste direto de antiglobulina (Coombs direto); (06 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Estão contemplados neste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) indivíduos maiores de 14 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de HPN realizado por citometria de fluxo.

Critérios de Inclusão para o tratamento com eculizumabe:

- O paciente elegível ao tratamento com eculizumabe deverá ter HPN na sua apresentação hemolítica e comprovação de alta atividade da doença – definida como lactato desidrogenase (LDH) $\geq 1,5$ vez o limite superior e tamanho do clone $> 10\%$, além de, pelo menos, um dos critérios abaixo:
- Histórico de evento tromboembólico com necessidade de anticoagulação terapêutica (comprovado por exame de imagem), após afastadas outras causas de trombofilia adquiridas mais comuns, como síndrome de anticorpo antifosfolípide (SAAF) e neoplasia;
- Anemia crônica demonstrada por mais de uma medida de hemoglobina ≤ 7 mg/dL ou por mais de uma medida de hemoglobina ≤ 10 mg/dL com sintomas concomitantes de anemia, em que outras causas além da HPN foram excluídas;
- Hipertensão arterial pulmonar, evidenciada por ecocardiograma com PSAP > 35 , em que outras causas além da HPN foram excluídas;
- História de insuficiência renal, demonstrada por uma taxa de filtração glomerular ≤ 60 mL/min/1,73 m², em que outras causas além da HPN foram excluídas; ou
- Gestação, evidenciada por beta-HCG > 6 mUI/mL, com história prévia de intercorrência gestacional.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Critérios de Exclusão para o tratamento com eculizumabe:

- Pacientes com diagnóstico de HPN subclínica; ou
- Pacientes com diagnóstico de HPN concomitante a síndrome de falência medular grave ativa (anemia aplástica com dois ou mais dos seguintes marcadores: contagem de neutrófilos abaixo de $0,5 \times 10^9$ /L, contagem de plaquetas abaixo de 20×10^9 /L, reticulócitos abaixo de 25×10^9 /L).

HEPATITE AUTOIMUNE

PORTARIA CONJUNTA N° 14, DE 9 DE MAIO DE 2018

CID 10

K75.4 Hepatite autoimune

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Não especificada a especialidade médica no PCDT.

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2

Dose máxima mensal:

93 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relato médico informando detalhadamente os sinais e sintomas com descrição do escore ERDHAI descritos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentem as duas condições abaixo:

Diagnóstico definido ou provável de HAI segundo a escala ERDHAI ou, se houver outras doenças autoimunes concomitantes, os critérios simplificados; e

Pelo menos um dos itens abaixo:

- a) AST/TGO 10 vezes acima do valor normal;
- b) AST/TGP 5 vezes acima do valor normal associado a gamaglobulina 2 vezes acima do valor normal;
- c) pontuação no índice de atividade histológica maior ou igual a 4;
- d) hepatite de interface, necrose em ponte ou multilobular à histologia;
- e) cirrose com atividade inflamatória;
- f) Sintomas constitucionais incapacitantes.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem:

- Biópsia hepática com ausência de infiltrado inflamatório (ausência de atividade), mesmo com cirrose, pois não há evidência de benefício de terapia imunossupressora nestes casos;
- Diagnóstico de colangite biliar primária ou de colangite esclerosante primária;
- Evidência de causas infecciosas, tóxicas ou metabólicas; ou
- Contraindicação ou intolerância ao uso de prednisona ou azatioprina.

HIDRADENITE SUPURATIVA

PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 11 DE SETEMBRO DE 2019

CID 10

L73.2 Hidradenite supurativa

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Preferencialmente Dermatologista.

MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENCH) GRUPO 1.A

Dose máxima mensal:

7 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios, contendo histórico de lesões recorrentes dolorosas ou supurativas mais de 2 vezes em 6 meses; localização anatômica típica, tipo de lesões típicas e histórico familiar, sem evidência microbiológica de patógenos ou com presença de microflora normal de pele nas lesões;
7. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (12 meses para resultado de PPD < 5 mm, para PPD ≥ 5 mm a validade é indeterminada)
8. Radiografia de tórax.(12 meses).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adultos de ambos os sexos, maiores de 18 anos com diagnóstico de hidradenite supurativa de acordo com o item 3.1 Diagnóstico Clínico do referido PCDT.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes que apresentarem contraindicação absoluta a algum dos tratamentos farmacológicos propostos, conforme item 9. FARMACOS, seção 9.1.1. Contraindicações para cada medicamento usado para tratamento da HS do referido PCDT.

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA

PORTARIA SAS/MS NO 16, DE 15 DE JANEIRO DE 2010.

CID 10

E25.0 – Transtornos adrenogenitais congênitos associados à deficiência enzimática

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O tratamento deve ser contínuo ao longo da vida com intervalo entre consultas, levando em consideração os dados clínicos, e com a realização de exames laboratoriais.



MEDICAMENTOS

FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2

Dose máxima mensal:

124 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER
7. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para uso de mineralocorticoide:

Serão incluídos neste protocolo de tratamento os pacientes com diagnóstico de deficiência mineralocorticoide (forma perdedora de sal) que apresentarem, além da dosagem de 17-OH progesterona em amostra de sangue periférico com valores > 100 ng/ml (basal ou após estímulo com 250 mg de ACTH), quadro clínico e dosagem de sódio e potássio séricos ou renina plasmática e aldosterona com os seguintes resultados:

- Hiponatremia (sódio < 135 mEq/l) e hiperpotassemia (potássio > 5,5 mEq/l);
- renina plasmática acima do valor de referência e aldosterona abaixo do valor de referência



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo de tratamento os pacientes que apresentarem uma das condições abaixo:

- Resultado de teste do pezinho com 17-OH-progesterona elevada, sem exame confirmatório em amostra de sangue;
- Contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados.

HIPERPROLACTINEMIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 19, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2020

CID 10

E22.1 Hiperprolactinemia

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Doentes de hiperprolactinemia devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no Protocolo de tratamento e acompanhamento.

MEDICAMENTOS

CABERGOLINA 0,5 MG COMP

Dose máxima mensal:

45 comp

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relato médico contendo descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
7. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)
8. Cópia do exame de prolactina no soro; (3 meses)
9. Cópia do laudo de tomografia computadorizada OU ressonância magnética de hipófise; (12 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem dois dos critérios abaixo, sendo o primeiro critério obrigatório:

- Níveis de prolactina maior que o limite superior da normalidade de acordo com o método de dosagem utilizado E
- TC ou RM de hipófise demonstrando macroprolactinoma ou
- TC ou RM de hipófise demonstrando microprolactinoma associado à clínica de hiperprolactinemia ou hipogonadismo ou
- TC ou RM de hipófise normal, mas associado à clínica de hiperprolactinemia ou hipogonadismo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios abaixo:

- Hipotireoidismo primário como causa da hiperprolactinemia;
- Hiperprolactinemia secundária a medicamento (exceções relatadas em casos especiais);
- Gestação e amamentação como causa da hiperprolactinemia;
- Hiperprolactinemia por compressão da haste hipofisária (pseudoprolactinomas); ou
- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

HIPERTENSÃO PULMONAR*

PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 18 DE JULHO DE 2023.

CID 10

I27.0- Hipertensão arterial pulmonar primária
I27.2 - Outra hipertensão pulmonar secundária
I27.8 - Outras doenças pulmonares do coração especificadas (HAP associada a cardiopatias congênitas/síndrome de Eisenmenger)

À exceção da HAP idiopática e familiar, todas as demais enfermidades devem ser acompanhadas de CID secundário, que especifique a situação associada à HP.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Casos de hipertensão pulmonar devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia e com suporte tecnológico suficiente para diagnosticar, estadiar, tratar e acompanhar os pacientes.

MEDICAMENTOS

AMBRISENTANA 5 MG COMP REV GRUPO 1.B

Dose máxima mensal:

31 comprimidos

AMBRISENTANA 10 MG COMP REV GRUPO 1.B

Dose máxima mensal:

31 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico contendo: descrição dos sinais e sintomas do paciente compatíveis com Hipertensão Pulmonar, etiologia da doença, e descrição dos medicamentos em uso e os já utilizados
7. Cópia do laudo do teste de estratificação de risco, conforme classificação funcional da HAP da OMS.
8. Cópia do laudo de teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) (24 meses*)
9. *Em caso comprovação de falha terapêutica e mudança de Classe Funcional: de 3 a 6 meses.
10. Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito (Indeterminado)
11. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (3 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (3 meses)
13. Cópia do exame de Hemograma completo (3 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos::

- Maiores de 18 anos (informação vide bula) E
- Pacientes do grupo 1 (HAP), em Classe Funcional (CF) II ou III na classificação NYHA/OMS, (informação vide bula) diagnosticados por meio de Cateterismo cardíaco direito, que demonstrarem pressão média da arterial pulmonar acima de 20 mmHg e pressão de oclusão da artéria pulmonar menor ou igual a 15 mmHg

E

- Resistência vascular pulmonar maior que 2 WU.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso dos respectivos medicamentos preconizado no Protocolo

HIPERTENSÃO PULMONAR*

PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 18 DE JULHO DE 2023

CID 10

I27.0 – Hipertensão arterial pulmonar primária
I27.2 – Outra hipertensão pulmonar secundária
I27.8 – Outras doenças pulmonares do coração especificadas (HAP associada a cardiopatias congênicas/síndrome de Eisenmenger)

À exceção da HAP idiopática e familiar, todas as demais enfermidades devem ser acompanhadas de CID secundário, que especifique a situação associada à HP.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Casos de hipertensão pulmonar devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia e com suporte tecnológico suficiente para diagnosticar, estadiar, tratar e acompanhar os pacientes.



MEDICAMENTOS

BOSENTANA 62,5 MG COMP REV GRUPO 1.B

Dose máxima mensal:

62 comprimidos

BOSENTANA 125 MG COMP REV GRUPO 1.B

Dose máxima mensal:

62 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico contendo: descrição dos sinais e sintomas do paciente compatíveis com Hipertensão Pulmonar, etiologia da doença, e descrição dos medicamentos em uso e os já utilizados
7. Cópia do laudo do teste de estratificação de risco, conforme classificação funcional da HAP da OMS.
8. Cópia do laudo de teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) (24 meses*)
9. *Em caso comprovação de falha terapêutica e mudança de Classe Funcional: de 3 a 6 meses.
10. Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito (Indeterminado)
11. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (3 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (3 meses)
13. Cópia do exame de Hemograma completo (3 meses)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes do grupo 1 (HAP), diagnosticados por meio de Cateterismo cardíaco direito, que demonstrarem pressão média da arterial pulmonar acima de 20 mmHg
E
pressão de oclusão da artéria pulmonar menor ou igual a 15 mmHg
E
Resistência vascular pulmonar maior que 2 WU.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso dos respectivos medicamentos preconizado no Protocolo

HIPERTENSÃO PULMONAR*

PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 18 DE JULHO DE 2023

CID 10

I27.0- Hipertensão arterial pulmonar primária
I27.2 - Outra hipertensão pulmonar secundária
I27.8 - Outras doenças pulmonares do coração especificadas (HAP associada a cardiopatias congênicas/síndrome de Eisenmenger)

À exceção da HAP idiopática e familiar, todas as demais enfermidades devem ser acompanhadas de CID secundário, que especifique a situação associada à HP.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Casos de hipertensão pulmonar devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia e com suporte tecnológico suficiente para diagnosticar, estadiar, tratar e acompanhar os pacientes.



MEDICAMENTOS

ILOPROSTA 10 MCG/ML SOL P/ NEBUL (AMP) 1 ML GRUPO 1.B

Dose máxima mensal:

279 ampolas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico contendo: descrição dos sinais e sintomas do paciente compatíveis com Hipertensão Pulmonar, etiologia da doença, e descrição dos medicamentos em uso e os já utilizados
7. Cópia do laudo de teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) (24 meses*)
8. *Em caso comprovação de falha terapêutica e mudança de Classe Funcional: de 3 a 6 meses.
9. Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito (Indeterminado)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes do grupo 1 (HAP), diagnosticados por meio de Cateterismo cardíaco direito, que demonstrarem pressão média da arterial pulmonar acima de 20 mmHg e pressão de oclusão da artéria pulmonar menor ou igual a 15 mmHg
E
Resistência vascular pulmonar maior que 2 WU.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso dos respectivos medicamentos preconizado no Protocolo

HIPERTENSÃO PULMONAR*

PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 18 DE JULHO DE 2023

CID 10

I27.0 – Hipertensão arterial pulmonar primária
I27.2 – Outra hipertensão pulmonar secundária
I27.8 – Outras doenças pulmonares do coração especificadas (HAP associada a cardiopatias congênicas/síndrome de Eisenmenger)

À exceção da HAP idiopática e familiar, todas as demais enfermidades devem ser acompanhadas de CID secundário, que especifique a situação associada à HP.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Casos de hipertensão pulmonar devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, estadiar, tratar e acompanhar os pacientes



MEDICAMENTOS

SELEXIPAGUE COMP
200 mcg
400 mcg
600 mcg
800 mcg,
1000 mcg,
1200 mcg,
1400mcg
1600 mcg
GRUPO 1.B

Dose máxima mensal:

62 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico contendo: descrição dos sinais e sintomas do paciente compatíveis com Hipertensão Pulmonar, etiologia da doença, e descrição dos medicamentos em uso e os já utilizados
7. Cópia do laudo de teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) (24 meses*)
8. *Em caso comprovação de falha terapêutica e mudança de Classe Funcional: de 3 a 6 meses.
9. Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito (Indeterminado)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes maiores de 18 anos do grupo 1 (HAP), em Classe Funcional (CF) II ou III na classificação NYHA/OMS, diagnosticados por meio de Cateterismo cardíaco direito, que demonstrarem pressão média da arterial pulmonar acima de 20 mmHg e pressão de oclusão da artéria pulmonar menor ou igual a 15 mmHg

E

Resistência vascular pulmonar maior que 2 WU



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso dos respectivos medicamentos preconizado no Protocolo

HIPERTENSÃO PULMONAR*

PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 18 DE JULHO DE 2023

CID 10

I27.0 – Hipertensão arterial pulmonar primária
I27.2 – Outra hipertensão pulmonar secundária
I27.8 – Outras doenças pulmonares do coração especificadas (HAP associada a cardiopatias congênicas/síndrome de Eisenmenger)

À exceção da HAP idiopática e familiar, todas as demais enfermidades devem ser acompanhadas de CID secundário, que especifique a situação associada à HP.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Casos de hipertensão pulmonar devem ser atendidos em hospitais habilitados em Pneumologia e com suporte tecnológico suficiente para diagnosticar, estadiar, tratar e acompanhar os pacientes.



MEDICAMENTOS

SILDENAFILA 20 MG COMP GRUPO 1.A

Dose máxima mensal:

372 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico contendo: descrição dos sinais e sintomas do paciente compatíveis com Hipertensão Pulmonar, etiologia da doença, e descrição dos medicamentos em uso e os já utilizados
7. Cópia do laudo de teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) (24 meses*)
8. *Em caso comprovação de falha terapêutica e mudança de Classe Funcional: de 3 a 6 meses.
9. Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito (Indeterminado)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes do grupo 1 (HAP), diagnosticados por meio de Cateterismo cardíaco direito, que demonstrarem pressão média da arterial pulmonar acima de 20 mmHg e pressão de oclusão da artéria pulmonar menor ou igual a 15 mmHg
E
Resistência vascular pulmonar maior que 2 WU.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso dos respectivos medicamentos preconizado no Protocolo

HIOPARATIREOIDISMO

PORTARIA Nº 450, DE 29 DE ABRIL DE 2016

CID 10

E20.0 – Hipoparatiroidismo idiopático
E20.1 – Pseudohipoparatiroidismo

E20.8 – Outro hipoparatiroidismo
E89.2 – Hipoparatiroidismo pós-procedimento

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

O tratamento dos pacientes com hipoparatiroidismo e pseudohipoparatiroidismo deve ser realizado em serviços especializados de endocrinologia

MEDICAMENTOS

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2

Dose máxima mensal:

372 capsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
7. Cópia do exame de dosagem de Magnésio sérico. (3 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH).(3 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico laboratorial de hipoparatiroidismo, definido como cálcio total corrigido para albuminemia menor que 8 mg/dL
ou
cálcio iônico menor que 4 mg/dL associado a PTH sérico menor que 30 pg/mL.

ou

pseudohipoparatiroidismo confirmado pelas seguintes exames laboratoriais:

- Dosagem sérica de cálcio total corrigido para albumina menor que 8 mg/dL ou cálcio iônico menor que 4 mg/dL,
- Fósforo maior que 5 mg/dL,
- Taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) maior que 60 mL/min/1,73m² e
- PTH normal ou aumentado

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo:

- Pacientes com hipoparatiroidismo transitório ou funcional que tenham a função das paratireóides normalizada;
- Pacientes com hipo ou hipermagnesemia;
- Pacientes com hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos preconizados no Protocolo.

ICTIOSES HEREDITÁRIAS*

PORTARIA CONJUNTA Nº 12, DE 13 DE JUNHO DE 2022.

CID 10

Q80.0 – Ictiose vulgar
Q80.1 – Ictiose ligada ao cromossomo X
Q80.2 – Ictiose lamelar

Q80.3 – Eritrodermia ictiosiforme bolhosa congênita
Q80.8 – Outras ictioses congênicas
Q80.9 – Ictiose congênita não especificada

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com Ictiose devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

Idealmente, o diagnóstico deve ser feito por médico dermatologista, com complementação por geneticista clínico. O tratamento de manifestações cutâneas deve ser inicialmente acompanhado por dermatologista; no caso de manifestações extracutâneas, médicos especialistas (ortopedistas, oftalmologistas e neurologistas, entre outros) e outros profissionais da saúde podem ser indicados para avaliação e tratamento adequados.

MEDICAMENTOS

ACITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B

Dose máxima mensal:

217 cápsulas

ACITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B

Dose máxima mensal:

93 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo médico com descrição do quadro clínico, sinais e sintomas do paciente
7. Atenção: Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento da Portaria nº 344/98 para uso de retinóides de uso sistêmico (C2) e Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) do Ministério da Saúde.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Ictioses Hereditárias comprovado por laudo médico, emitido preferencialmente por dermatologista.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes com ictioses adquiridas, que incluem, mas não se limitam, a quadros resultantes de distúrbios endocrinológicos, metabólicos, infecciosos, tumorais e linfoproliferativos e pele seca sazonal.

Além disso, intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação são critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo

IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA COM PREDOMINÂNCIA DE DEFEITOS DE ANTICORPOS (IP)

PORTARIA Nº 495 DE 11 DE SETEMBRO DE 2007

CID 10

D80.0 – Hipogamaglobulinemia hereditária (agamaglobulinemia autossômica recessiva, agamaglobulinemia ligada ao X, agamaglobulinemia ligada ao X com deficiência de hormônio de crescimento)
D80.1 Hipogamaglobulinemia não familiar (agamaglobulinemia com linfócitos B portadores de imunoglobulina, agamaglobulinemia de variável comum, hipogamaglobulinemia SOE)
D80.3 – Deficiência seletiva de subclasses de imunoglobulina G (IgG)
D80.5 – Imunodeficiência com aumento de imunoglobulina M (IgM)

D80.6 – Deficiência de anticorpos com imunoglobulinas próximas do normal ou com hiperimmunoglobulinemia
D80.7 – Hipogamaglobulinemia transitória da infância
D80.8 – Outras imunodeficiências com predominância de defeitos de anticorpos (deficiência de cadeia leve kappa).
D83.0 – Imunodeficiência comum variável com predominância de anormalidades do número e da função das células B.
D83.2 – Imunodeficiência comum variável com auto-anticorpos às células B ou T.
D83.8 – Outras imunodeficiências comuns variáveis

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Todos os pacientes com suspeita de IP devem ser encaminhados a um Centro de Referência para avaliação e tratamento específicos com imunologista e geneticista. Para tal, recomenda-se a organização de centros de referência a serem habilitados e cadastrados pelo Gestor Estadual para avaliação médica e planejamento de estratégias diagnósticas e terapêuticas aos pacientes com IP.

MEDICAMENTOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5g INJ (FR) GRUPO 1.A

Dose máxima mensal:

32 frascos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER;
7. Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e descrição de ocorrência de infecções de repetição típicas de Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de anticorpos;
8. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP); (3 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Albumina sérica;(3 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO); (3 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (3 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina A – IgA; (12 meses)
13. Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina G – IgG; (12 meses)
14. Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina M – IgM; (12 meses)
15. Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica; (3 meses)
16. Cópia do exame de Hemograma completo(3 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Diagnóstico de agamaglobulinemia ligada ao X, imunodeficiência comum variável ou outro tipo de imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos com descrição médica de ocorrência de infecções de repetição e exames que comprovem o comprometimento da imunidade humoral

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo todos os pacientes que apresentarem pelo menos um dos seguintes critérios:

- infecção ativa e/ou neoplasia;
- insuficiência renal ou hepática;
- história de reação anafilática a IGH;
- diagnóstico laboratorial incidental de IP com predominância de

defeitos de anticorpos, sem história de infecções de repetição ameaçadoras da vida;

- deficiência de IgA somente;
- deficiência de IgM somente;
- deficiência de IgD somente;
- Imunodeficiência predominantemente celular.

IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE CARDÍACO

PORTARIA CONJUNTA Nº 2 DE 05 DE JANEIRO DE 2021

CID 10

Z94.1 Coração transplantado
T86.2 Falência ou rejeição de transplante de coração

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAf indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes transplantados de coração devem ser avaliados periodicamente em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes em relação à eficácia do tratamento imunossupressor e desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica, bem como para o ajuste de doses e controle de efeitos adversos.

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 Dose máxima mensal: 186 comprimidos	EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal : 31 comprimidos
CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 Dose máxima mensal: 298 cápsulas	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal : 186 comprimidos
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 Dose máxima mensal : 6 frascos	MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal : 124 comprimidos
CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 Dose máxima mensal : 496 cápsulas	MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal : 248 comprimidos
CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 Dose máxima mensal : 744 cápsulas	TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A Dose máxima mensal : 372 cápsulas
EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal : 93 comprimidos	TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A Dose máxima mensal : 75 cápsulas
EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal: 62 comprimidos	

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Relato médico atestando o transplante cardíaco com descrição clínica detalhada e tratamentos prévios

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os indivíduos submetidos a transplante cardíaco seguindo o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes vigente, conforme Portaria GM/MS Nº 2.600, de 21 de outubro de 2009.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes não submetidos a transplante cardíaco e os receptores de transplante cardíaco com condições clínicas cujo risco associado à imunossupressão é maior do que o provável benefício terapêutico.

Serão excluídos os indivíduos que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado no referido protocolo.

IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ADULTO

PORTARIA CONJUNTA Nº 5, DE 22 DE JUNHO DE 2017

CID 10

Z94.4 - Fígado transplantado
T86.4 - Falência ou rejeição de transplante de fígado.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2. Dose máxima mensal : 124 comprimidos	EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 155 comprimidos
CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 Dose máxima mensal; 372 cápsulas	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 124 comprimidos
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 Dose máxima mensal: 8 frascos	MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 310 comprimidos
CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 Dose máxima mensal; 496 cápsulas	MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 186 comprimidos
CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 Dose máxima mensal; 744 cápsulas	SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 63 drágeas
EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 310 comprimidos	TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 930 cápsulas
EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 217 comprimidos	TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 248 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do cartão nacional de saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (Ime), adequadamente preenchido;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo de imunossupressão todos os pacientes maiores de 18 anos submetidos a transplante de fígado, conforme o Regulamento Técnico vigente do Sistema Nacional de Transplantes, tanto para o estabelecimento do estado de imunossupressão quanto para o tratamento de indução ou de manutenção

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Casos de transplante hepático auxiliar quando é suspensa a imunossupressão, bem como os pacientes com intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos propostos.

IMUNOSSUPRESSÃO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PEDIATRIA

PORTARIA CONJUNTA N° 04, de 10 de janeiro de 2019

CID 10

Z94.4 Transplante hepático
T86.4 Falência ou rejeição de transplante de fígado

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Doentes transplantados de fígado devem ser atendidos em serviços especializados em transplante hepático para sua adequada inclusão no PCDT e acompanhamento.

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2. Dose máxima mensal : 124 comprimidos	EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 155 comprimidos
CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 Dose máxima mensal; 372 cápsulas	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 124 comprimidos
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 Dose máxima mensal: 8 frascos	MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 310 comprimidos
CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 Dose máxima mensal; 496 cápsulas	MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 186 comprimidos
CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 Dose máxima mensal; 744 cápsulas	SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 63 drágeas
EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 310 comprimidos	TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 930 cápsulas
EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 217 comprimidos	TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A Dose máxima mensal; 248 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente;
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizados em serviço especializado (Obrigatório para pacientes com idade inferior a 18 anos. Para os demais pacientes tal documento não é de entrega obrigatória);
7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER (Obrigatório para pacientes com idade inferior a 18 anos. Para os demais pacientes tal documento não é de entrega obrigatória).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão considerados elegíveis para este Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) os pacientes com até 18 anos, submetidos a transplante de fígado.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão considerados elegíveis para este Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) os pacientes com até 18 anos, submetidos a transplante de fígado.

IMUNOSSUPRESSÃO EM TRANSPLANTE RENAL

PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 05 DE JANEIRO DE 2021

CID 10

Z94.0 – Rim transplantado
T86.1 – Falência ou rejeição de transplante de rim

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes transplantados de rim devem ser acompanhados regularmente por profissionais capacitados, preferencialmente, em serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

EXAMES E DOCUMENTOS

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário;

1. Cópia do cartão nacional de saúde (CNS);
2. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário;
3. Laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
4. Prescrição médica devidamente preenchida;
5. Relato médico informando se doador vivo (HLA idêntico ou distinto) ou falecido e a condição clínica do transplantado (baixo ou alto risco imunológico, conforme descrito no PCDT) frente ao tratamento imunossupressor atualmente empregado, bem como os medicamentos já utilizados (exceto tacrolimo)

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes não submetidos a transplante renal e os receptores de transplante renal com condições clínicas cujo risco associado à imunossupressão é maior do que o provável benefício terapêutico.

Serão excluídos os indivíduos que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP
GRUPO 2
Dose máxima mensal :
186 comprimidos

CICLOSPORINA 100 mg/mL SOL
ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2
Dose máxima mensal :
8 frascos

CICLOSPORINA 25 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal;
496 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal;
744 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal;
372 cápsulas

EVEROLIMO 0,5 MG COMP
GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
310 comprimidos

EVEROLIMO 0,75 MG COMP
GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
217 comprimidos

EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO
1.A
Dose máxima mensal;
155 comprimidos

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G
INJ (FR), GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
40 frascos

MICOFENOLATO DE MOFETILA
500 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
124 comprimidos

MICOFENOLATO DE SÓDIO 180
MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
248 comprimidos

MICOFENOLATO DE SÓDIO 360
MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
124 comprimidos

SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO
1.A
Dose máxima mensal;
156 drágeas

TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
930 cápsulas

TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
248 cápsulas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo:

- todos os indivíduos submetidos a transplante renal, conforme o Regulamento Técnico vigente do Sistema Nacional de Transplantes, e
- os transplantados com diagnóstico clínico ou histológico de rejeição aguda ou crônica.

INSUFICIÊNCIA ADRENAL

PORTARIA CONJUNTA nº 20, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2020. | Portaria SAES nº 415 – 13/04/2021*

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

CID 10

E27.1 – Insuficiência adrenocortical primária
E27.4 – Outras insuficiências adrenocorticais e as não especificadas

* Portaria SAES nº 415 – 13/04/2021: exclusão dos CID-10: E23.0; E23.3; E27.2 e E27.3.

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com insuficiência adrenal devem ser atendidos em serviços especializados. O acompanhamento deve ser feito, preferencialmente, por endocrinologista

MEDICAMENTOS

FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2
Dose máxima mensal;
124 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
7. Cópia do exame de dosagem de Cortisol sérico (3 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com quadro clínico sugestivo e que apresentarem diagnóstico laboratorial confirmado ou provável de Insuficiência Adrenal Primária (IAP) ou Insuficiência Adrenal Crônica (IAC)

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 10, DE 13 DE SETEMBRO DE 2024

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

150.0 Insuficiência cardíaca congestiva
150.1 Insuficiência ventricular esquerda
150.9 Insuficiência cardíaca não especificada

ESPECIALISTA

Pacientes com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida devem ser atendidos em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), porém em alguns casos poderá ser necessário o encaminhamento para ambulatório especializado.

MEDICAMENTOS

SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 50 MG COMPRIMIDO
GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
62 comprimidos

SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 100 MG COMPRIMIDO
GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
62 comprimidos

SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 200 MG COMPRIMIDO
GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
62 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico com a classificação funcional da Insuficiência cardíaca do paciente conforme a classificação da New York Heart Association (NYHA).
7. Relato médico com uso prévio de medicamentos utilizados para tratar a condição clínica e doses máximas utilizadas
8. Relato médico com sinais/sintomas clínicos e histórico de internações por insuficiência cardíaca descompensada
9. Cópia do exame de dosagem sérica do peptídeo natriurético de tipo B (BNP) (6 meses) OU cópia do exame de dosagem sérica de N-terminal pró-peptídeo natriurético de tipo B (NT-proBNP) (6 meses)
10. Cópia do laudo da ecocardiografia (indeterminado)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estão contemplados neste Protocolo: adultos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, portadores de IC na sua apresentação crônica estável, com fração de ejeção reduzida – definida como fração de ejeção < 50%.

Adicionalmente Para Sacubitril-Valsartana:

- Idade inferior a 75 anos;
- Classe funcional NYHA II;
- Fração de ejeção reduzida ($\leq 35\%$);
- $BNP > 150$ pg/mL ou $NT-ProBNP > 600$ pg/mL;
- Em tratamento otimizado (uso de doses máximas toleradas dos medicamentos preconizados – IECA ou ARA II, betabloqueadores, espirolactonas e doses adequadas de diuréticos em caso de congestão);
- Sintomáticos (sintomas como dispnéia aos esforços, sinais de congestão, piora clínica com internações recentes).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Estão excluídos deste Protocolo pacientes com IC aguda ou com IC crônica descompensada ou com IC e fração de ejeção preservada ou levemente reduzida ($> 40\%$).

Serão excluídos pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamentos.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 10, DE 13 DE SETEMBRO DE 2024

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

150.0 Insuficiência cardíaca congestiva
150.1 Insuficiência ventricular esquerda
150.9 Insuficiência cardíaca não especificada

ESPECIALISTA

Pacientes com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida devem ser atendidos em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), porém em alguns casos poderá ser necessário o encaminhamento para ambulatório especializado.

MEDICAMENTOS

DAPAGLIFLOZINA 10 MG COMPRIMIDO GRUPO 2
Dose máxima mensal;
31 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico com a classificação funcional da Insuficiência cardíaca do paciente conforme a classificação da New York Heart Association (NYHA).
7. Relato médico com uso prévio de medicamentos para tratar a condição clínica e doses máximas utilizadas
8. Relato médico com sinais/sintomas clínicos e histórico de internações por insuficiência cardíaca descompensada
9. Cópia do laudo da ecocardiografia (indeterminado)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estão contemplados neste Protocolo adultos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, portadores de IC na sua apresentação crônica estável, com fração de ejeção reduzida – definida como fração de ejeção < 40%.

Adicionalmente Para uso de dapagliflozina, o paciente deve apresentar os seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou acima de 18 anos;
- Classe funcional NYHA II a IV;
- Fração de ejeção reduzida (< 40%);
- Apresentar sintomas como dispneia aos esforços, sinais de congestão, piora clínica com internações recentes.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Estão excluídos deste Protocolo pacientes com IC aguda ou com IC crônica descompensada ou com IC e fração de ejeção preservada ou levemente reduzida (> 40%).

Serão excluídos pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamentos

INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA

PORTARIA Nº 112, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2016.

CID 10

K86.0- Pancreatite crônica induzida pelo álcool;
K86.1- Outras pancreatites crônicas;
K90.3- Esteatorréia pancreática.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Não especificada a especialidade médica no PCDT.



MEDICAMENTOS

PANCREATINA 10.000 UI CAP GRUPO 1.B

Dose máxima mensal;
589 cápsulas

PANCREATINA 25.000 UI CAP GRUPO 1.B

Dose máxima mensal;
248 cápsulas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que apresentarem esteatorreia (com pesquisa qualitativa da gordura fecal positiva pela coloração de Sudan III ou dosagem da excreção fecal de gorduras em 72 horas maior que 6 g/dia) associada a pelo menos um dos critérios abaixo:

- Radiografia simples de abdômen mostrando calcificações salpicadas e difusas no parênquima pancreático;
- Ultrassonografia de abdômen mostrando dilatação do ducto pancreático principal acima de 0,4 cm, ou cistos ou calcificações parenquimatosas;
- Tomografia computadorizada de abdômen mostrando dilatação ductal, cistos ou calcificações no parênquima;
- Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada ou ressonância magnética de vias biliares mostrando dilatação, estenoses ou defeitos de enchimento no ducto pancreático principal associados a alterações em pelo menos três ramos colaterais;
- Laudo cirúrgico descrevendo ressecção pancreática subtotal ou total

Em casos de câncer pancreático ou ressecções pancreáticas por outras indicações, os critérios de inclusão são clínicos (presença de esteatorreia).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento (proteína de suínos)

LEIOMIOMA DE ÚTERO

PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 31 DE OUTUBRO DE 2017.

CID 10

D25.0- Leiomioma submucoso do útero
D25.1- Leiomioma intramural do útero
D25.2- Leiomioma subseroso do útero

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Doentes de leiomioma devem ser atendidos em serviços especializados em ginecologia, para seu adequado diagnóstico e indicação terapêutica.

MEDICAMENTOS

GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
1 ampola/mês

GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
1 ampola a cada 3 meses

LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
1 ampola/mês

TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
1 ampola/mês

TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
1 ampola a cada 3 meses

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizados em serviço de ginecologia e o(s) motivo(s) para a não realização do procedimento cirúrgico curativo
7. Cópia do laudo de exame de imagem com diagnóstico de Leiomioma de Útero (laparoscopia, ultrassonografia, histerosonografia, histeroscopia, histerosalpingografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética) (3 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas neste Protocolo as pacientes que apresentarem todos os critérios a seguir:

- Dor ou hemorragia como manifestação clínica;
- Idade reprodutiva – mulheres pré-menopáusicas; e
- Diagnóstico de mioma por exame de imagem (preferencialmente US) ou por procedimento laparoscópico realizado por qualquer indicação.

Para o tratamento medicamentoso, além dos critérios descritos a paciente deverá apresentar também contra-indicação para procedimento cirúrgico curativo, atestada por médico

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas deste Protocolo as pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios abaixo:

- Osteoporose estabelecida ou alto risco para seu desenvolvimento (definido conforme o protocolo específico de osteoporose, do Ministério da Saúde); ou
- Hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos propostos.

LINFANGIOLEIOMIOMATOSE

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 12 DE AGOSTO DE 2021

CID 10

J84.8 – Outras doenças pulmonares intersticiais especificadas.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com Linfangioleiomiomatose (LAM) devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento

MEDICAMENTOS

SIROLIMO 1 MG DRÁGUA GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
156 dráguas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Relato médico informando detalhadamente os sinais e sintomas
6. Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada de tórax (12 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes com mais de 18 anos e com diagnóstico de LAM que apresentem pelo menos um dos critérios a seguir:

- VEF1 inferior a 70% do predito;
- Declínio funcional avaliado com, pelo menos, 3 medidas de VEF1 ao longo de, no mínimo, 6 meses (8); ou
- Presença de acúmulos quilosos sintomáticos antes de considerar tratamentos invasivos como drenagens percutâneas intermitentes e inserção de dispositivos de drenagem permanentes.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes menores de 18 anos e aqueles que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do medicamento preconizado.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de novembro de 2022.

CID 10

L93.0 - Lúpus discóide

L93.1- Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 - Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 - Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2

Dose máxima mensal;

186 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
7. Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg) (12 meses)
8. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV) (12 meses)
9. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV) (6 meses)
10. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL) (6 meses)
11. Cópia do laudo de Rx de tórax (12 meses)
12. Cópia do teste de Mantoux (12 meses)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de novembro de 2022.

CID 10

L93.0 - Lúpus discóide

L93.1- Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 - Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 - Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGUA GRUPO 2
Dose máxima mensal;
180 dráguas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
7. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)
8. Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg) (12 meses)
9. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV) (12 meses)
10. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV)(6 meses)
11. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL)(6 meses)
12. Cópia do laudo de Rx de tórax (12 meses)
13. Cópia do teste de Mantoux (12 meses)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de novembro de 2022.

CID 10

L93.0 - Lúpus discóide

L93.1- Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 - Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 - Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
7. Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg)(12 meses)
8. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV) (12 meses)
9. COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV) (6 meses)
10. COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL) (6 meses)

MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2
Dose máxima mensal;
4 frascos

CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2
Dose máxima mensal;
496 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2
Dose máxima mensal;
372 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2
Dose máxima mensal;
186 cápsulas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de novembro de 2022.

CID 10

L93.0 - Lúpus discóide

L93.1- Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 - Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 - Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
7. Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg) (12 meses)
8. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV) (12 meses)
9. COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV) (6 meses)
10. COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL) (6 meses)

MEDICAMENTOS

CLOROQUINA 150 MG COMP GRUPO 2

Dose máxima mensal;
93 comprimidos

HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2

Dose máxima mensal;
62 comprimidos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de novembro de 2022.

CID 10

L93.0 - Lúpus discóide

L93.1- Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 - Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 - Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
7. Cópia da dosagem de Uréia (3 meses)
8. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)
9. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (3 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (3 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (3 meses)
12. Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg)(12 meses)
13. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV) (12 meses)
14. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV) (6 meses)
15. COPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL) (6 meses)
16. Cópia do teste de Mantoux (12 meses)
17. Dosagem de Creatinina Sérica (3 meses)

MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
50 comprimidos

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
5 ampolas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PORTARIA CONJUNTA Nº 21, de 01 de novembro de 2022.

CID 10

L93.0 - Lúpus discóide

L93.1- Lúpus cutâneo subagudo

M32.1 - Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas

M32.8 - Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em reumatologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico contendo sinais e sintomas conforme classificação pela American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997 ou critérios SLICC 2012 ou Eular/ACR 2019, forma de manifestação da doença e tratamentos prévios
7. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)
8. Cópia do exame de investigação sorológica para hepatite B (HBsAg) (12 meses)
9. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HEPATITE C (ANTI-HCV) (12 meses)
10. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV (ANTI-HIV) (6 meses)
11. CÓPIA DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL) (6 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (3 meses)
13. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (3 meses)
14. Cópia do teste de Mantoux
15. Hemograma completo com contagem de plaquetas (3 meses)

MEDICAMENTOS

MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
186 comprimidos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se neste protocolo todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do ACR 1982/1997, do SLICC 2012 ou do Eular/ACR 2019.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

MIASTENIA GRAVIS

PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 23 DE MAIO DE 2022

CID 10

G70.0 – Miastenia gravis
G70.2 – Miastenia congênita e do desenvolvimento

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com Miastenia Gravis (MG) devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo e acompanhamento. Após o diagnóstico, recomenda-se o acompanhamento por equipe multidisciplinar, conforme necessidades (médico, fisioterapeuta, educador físico, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, farmacêutico)

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2

Dose máxima mensal;

186 comprimidos

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2

Dose máxima mensal;

8 frascos

CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2

Dose máxima mensal;

496 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

Dose máxima mensal;

744 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2

Dose máxima mensal;

372 cápsulas

PIRIDOSTIGMINA 60 MG COMP GRUPO 2

Dose máxima mensal;

372 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Prescrição médica devidamente preenchida
5. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (avaliação pode ser realizada conforme classificação MGFA, Escala composta de MG ou QMG – teste quantitativo para MG)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem manifestações clínicas compatíveis com MG e pelo menos um exame complementar confirmatório desta doença.

Para pacientes com diagnóstico clínico compatível com MG, mas com resultados negativos de anticorpos ant-Ach e eletroneuromiografia, preconiza-se a prova terapêutica com piridostigmina por três meses para avaliação da resposta e confirmação do diagnóstico.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo:

- a) os pacientes que apresentarem outras formas de miastenia que não forem a MG (conforme diagnóstico diferencial); e
- b) os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo

MIASTENIA GRAVIS

PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 23 DE MAIO DE 2022

CID 10

G70.0 – Miastenia gravis
G70.2 – Miastenia congênita e do desenvolvimento

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com Miastenia Gravis (MG) devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo e acompanhamento. Após o diagnóstico, recomenda-se o acompanhamento por equipe multidisciplinar, conforme necessidades (médico, fisioterapeuta, educador físico, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, farmacêutico)

MEDICAMENTOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
40 frascos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas (avaliação pode ser realizada conforme classificação MGFA, Escala composta de MG ou QMG – teste quantitativo para MG)
7. Cópia do exame de dosagem sérica de IgA (3 meses)
8. Cópia dos exames de avaliação da função renal(3 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem manifestações clínicas compatíveis com MG e pelo menos um exame complementar confirmatório desta doença.

Para pacientes com diagnóstico clínico compatível com MG, mas com resultados negativos de anticorpos ant-Ach e eletroneuromiografia, preconiza-se a prova terapêutica com piridostigmina por três meses para avaliação da resposta e confirmação do diagnóstico.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo:

- a) os pacientes que apresentarem outras formas de miastenia que não forem a MG (conforme diagnóstico diferencial); e
- b) os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo

MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS N° 9 02/07/2025

CID 10

M33.0 – Dermatomiosite juvenil
M33.1 – Outras dermatomiosites
M33.2 – Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Sempre que disponível, a confirmação do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com miopatias inflamatórias devem ser realizados em serviços especializados com clínica médica e reumatologia. O monitoramento dos exercícios físicos por profissionais especializados (fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional) é recomendado. A avaliação oftalmológica para pacientes em uso de antimaláricos deve ser realizada em serviços especializados em oftalmologia

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2
Dose máxima mensal;
248 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo médico com descrição da apresentação clínica e pontuação na escala Bohan-Peter ou EULAR/ACR 2017, e justificativa para indicação de tratamento
7. Cópia de exame de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (3 meses)
8. Cópia de exame de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (3 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (3 meses)
10. Cópia do exame de Hemograma completo (3 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de miopatias inflamatórias, considerando os critérios de Bohan-Peter ou do EULAR/ACR 2017.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS N° 9 02/07/2025

CID 10

M33.0 – Dermatomiosite juvenil
M33.1 – Outras dermatomiosites
M33.2 – Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Sempre que disponível, a confirmação do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com miopatias inflamatórias devem ser realizados em serviços especializados com clínica médica e reumatologia. O monitoramento dos exercícios físicos por profissionais especializados (fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional) é recomendado. A avaliação oftalmológica para pacientes em uso de antimaláricos deve ser realizada em serviços especializados em oftalmologia

MEDICAMENTOS

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
5 ampolas

METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
60 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo médico com descrição da apresentação clínica e pontuação na escala Bohan-Peter ou EULAR/ACR 2017, e justificativa para indicação de tratamento
7. Cópia de exame de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (3 meses)
8. Cópia de exame de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (3 meses)
9. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (3 meses)
10. Cópia do exame de Hemograma completo (3 meses)
11. Cópia do exame de Ureia sérica (3 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) * (3 meses)
13. *exclusivo parao metotrexato 25mg/ml amp no CID M33.1

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de miopatias inflamatórias, considerando os critérios de Bohan-Peter ou do EULAR/ACR 2017.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS N° 9 02/07/2025

CID 10

M33.0 – Dermatomiosite juvenil
M33.1 – Outras dermatomiosites
M33.2 – Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Sempre que disponível, a confirmação do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com miopatias inflamatórias devem ser realizados em serviços especializados com clínica médica e reumatologia. O monitoramento dos exercícios físicos por profissionais especializados (fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional) é recomendado. A avaliação oftalmológica para pacientes em uso de antimaláricos deve ser realizada em serviços especializados em oftalmologia

MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2
Dose máxima mensal;
7 frascos

CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2
Dose máxima mensal;
496 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2
Dose máxima mensal;
682 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2
Dose máxima mensal;
341 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo médico com descrição da apresentação clínica e pontuação na escala Bohan–Peter ou EULAR/ACR 2017, e justificativa para indicação de tratamento
7. Laudo médico com descrição da pressão arterial (3 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (3 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de miopatias inflamatórias, considerando os critérios de Bohan–Peter ou do EULAR/ACR 2017.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS N° 9 02/07/2025

CID 10

M33.0 – Dermatomiosite juvenil
M33.1 – Outras dermatomiosites
M33.2 – Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Sempre que disponível, a confirmação do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com miopatias inflamatórias devem ser realizados em serviços especializados com clínica médica e reumatologia. O monitoramento dos exercícios físicos por profissionais especializados (fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional) é recomendado. A avaliação oftalmológica para pacientes em uso de antimaláricos deve ser realizada em serviços especializados em oftalmologia

MEDICAMENTOS

HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2
Dose máxima mensal;
62 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo médico com descrição da apresentação clínica e pontuação na escala Bohan-Peter ou EULAR/ACR 2017, e justificativa para indicação de tratamento
7. Cópia de laudo de avaliação oftalmológica (12 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de miopatias inflamatórias, considerando os critérios de Bohan-Peter ou do EULAR/ACR 2017.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 9 02/07/2025

CID 10

M33.0 – Dermatomiosite juvenil
M33.1 – Outras dermatomiosites
M33.2 – Polimiosite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Sempre que disponível, a confirmação do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com miopatias inflamatórias devem ser realizados em serviços especializados com clínica médica e reumatologia. O monitoramento dos exercícios físicos por profissionais especializados (fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional) é recomendado. A avaliação oftalmológica para pacientes em uso de antimaláricos deve ser realizada em serviços especializados em oftalmologia

MEDICAMENTOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
100 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo médico com descrição da apresentação clínica e pontuação na escala Bohan-Peter ou EULAR/ACR 2017, e justificativa para indicação de tratamento

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de miopatias inflamatórias, considerando os critérios de Bohan-Peter ou do EULAR/ACR 2017.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO I

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 6, 6 DE JUNHO DE 2025.

CID 10

E76.0 – Mucopolissacaridose do tipo I

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

O tratamento da MPS I deve ser feito por equipe em Serviços Especializados ou de Referência em Doenças Raras, para fins de diagnóstico e de acompanhamento dos pacientes e de suas famílias.

MEDICAMENTOS

LARONIDASE 0,58 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
100 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas
7. Cópia do exame de atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA) em amostra de plasma, fibroblasto, leucócito ou papel-filtro (prazo indeterminado)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo e para o uso de laronidase, todos os pacientes com diagnóstico confirmado de MPS I conforme um dos seguintes critérios: Atividade da enzima IDUA menor que 10% do limite inferior de referência em plasma, fibroblastos ou leucócitos, com a atividade da enzima de referência avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais E presença de níveis aumentados de GAGs totais na urina ou de excreção aumentada de sulfatos de heparan e dermatan;

OU

Atividade da enzima IDUA menor que 10% do limite inferior de referência em plasma, fibroblastos, leucócitos ou em papel-filtro, com a atividade da enzima de referência avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais E presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene IDUA.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento com laronidase os pacientes que se enquadrarem nas seguintes situações:

- Condição médica irreversível e que implique em sobrevida provavelmente < 6 meses como resultado da MPS I ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista;
- Pacientes com idade >18 anos que, após serem informados sobre os potenciais riscos e benefícios associados ao tratamento com laronidase, recusarem-se a serem tratados;
- Hipersensibilidade ao medicamento.

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 11, DE 09 DE JULHO DE 2025

CID 10

E76.1 – Mucopolissacaridose do tipo II

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

O tratamento da MPS II deve ser feito por equipe em serviços especializados ou de referência em doenças raras, para fins de diagnóstico e de acompanhamento dos pacientes e de suas famílias.

MEDICAMENTOS

IDURSULFASE ALFA 2 MG/ML SOL INJ (FR) 3 ML GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
45 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo médico com descrição de sinais e sintomas relacionados à doença, e se há ocorrência de regressão neurológica (perda de funções adquiridas), segundo avaliação de neurologista.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT todos os pacientes que apresentem pelo menos um dos sinais ou sintomas descritos no item "Diagnóstico", além da confirmação do diagnóstico de MPS II, conforme um dos critérios abaixo relacionados.

- Atividade da enzima IDS menor que 10% do limite inferior dos valores de referência em plasma, leucócitos ou fibroblastos E atividade normal de pelo menos outra sulfatase (medida na mesma amostra em que foi determinada a atividade da IDS) E presença de níveis aumentados de GAG totais na urina ou de excreção urinária aumentada de sulfatos de dermatan e heparan;

OU

- Presença de variante reconhecidamente patogênica no gene IDS. Para uso de TRE (idursulfase alfa)
- Para serem elegíveis à TRE com idursulfase alfa, os pacientes devem apresentar diagnóstico confirmado de MPS II E não apresentar regressão neurológica.
- Todos os pacientes com MPS II, incluindo os que não foram transplantados ou os que tiveram falha do procedimento, podem apresentar benefícios por receber TRE, uma vez que ela pode melhorar a hepatomegalia, a mobilidade articular e reduzir a excreção de GAG urinários. Já foi demonstrado que a TRE antes do TCTH é bem tolerada e pode melhorar a condição clínica pré TCTH de alguns pacientes, desde que seu início não atrase a realização do procedimento. Além disso, a TRE não causa nenhuma interferência em relação ao enxerto ou no sucesso do transplante.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não serão elegíveis para TRE com Idursulfase alfa os pacientes que apresentarem alguma das situações abaixo relacionadas:

- Regressão neurológica, ou seja, perda dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor confirmada por avaliação formal com neurologista;
- Condição médica irreversível e que implique em sobrevida provavelmente < 6 meses, como resultado da MPS II ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista;
- Idade >18 anos e que, após serem informados sobre os potenciais riscos e benefícios associados ao tratamento com Idursulfase alfa, recusarem-se a serem tratados;

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO IV A

PORTARIA CONJUNTA Nº 19, DE 04 DE DEZEMBRO DE 2019.

CID 10

E76.2 – Outras Mucopolissacaridoses

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Recomenda-se que o tratamento da MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO IV A seja feito por equipe em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de acompanhamento dos pacientes e de suas famílias

MEDICAMENTOS

ALFAELOSULFASE 1 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
200 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas.
7. Cópia do exame da atividade da enzima GALNS. (prazo indeterminado)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT todos os pacientes que apresentarem pelo menos um dos sintomas ou sinais descritos no item 3.1 Suspeita Diagnóstica e tiverem o diagnóstico de MPS IV A confirmado de acordo com um dos critérios abaixo relacionados:

- Atividade da GALNS < 10% do limite inferior dos valores de referência em fibroblastos ou leucócitos E atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronatosulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais;

OU

- Atividade da GALNS < 10% do limite inferior dos valores de referência em papel-filtro, fibroblastos ou leucócitos E presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GALNS.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento com alfaelosulfase os pacientes que se enquadrarem em pelo menos uma das seguintes situações:

- Condição médica irreversível e que implique em sobrevida provavelmente < 6 meses como resultado da MPS IV A ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista;
- Pacientes com idade > 18 anos que, após serem informados sobre os potenciais riscos e benefícios associados ao tratamento com alfaelosulfase, recusarem-se a serem tratados; ou
- Pacientes com histórico de falha de adesão, desde que previamente inseridos, sem sucesso, em programa específico para melhora de adesão, ou seja, pacientes que, mesmo após o programa, não comparecerem a pelo menos 50% do número de consultas ou de avaliações previstas em um ano.

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VI

PORTARIA CONJUNTA Nº 20, DE 05 DEZEMBRO DE 2019.

CID 10

E76.2 – Outras Mucopolissacaridoses

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAJ indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Recomenda-se que o tratamento da MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VI seja feito por equipe em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de acompanhamento dos pacientes e de suas famílias

MEDICAMENTOS

GALSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
100 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME),
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo contendo descrição clínica dos sinais e sintomas.
7. Cópia da enzima arilsulfatase B (ASB) (prazo indeterminado)
8. Cópia do exame de arilsulfatase A OU heparan N-sulfatase OU iduronato-sulfatase (prazo indeterminado)
9. Cópia do exame de dosagem de glicosaminoglicanos totais na urina (GAGs) OU cópia do exame de dermatansulfato (DS) OU cópia de exame genético do gene ASB. (prazo indeterminado)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT todos os pacientes que apresentarem pelo menos um dos sinais ou sintomas descritos no item 3.1 (Suspeita Clínica) deste Protocolo e tiverem o diagnóstico de MPS VI confirmado de acordo com um dos critérios abaixo relacionados.

Estes também são os critérios para início do tratamento com galsulfase, ou seja:

– Atividade da enzima ASB < 10% do limite inferior dos valores de referência em fibroblastos ou leucócitos
E
atividade de pelo menos outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N Sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais
E
presença de níveis aumentados de GAGs totais na urina ou de excreção aumentada de DS;

OU

– Atividade da enzima ASB < 10% do limite inferior dos valores de referência em fibroblastos, leucócitos ou em papel-filtro
E
atividade de pelo menos outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-

sulfatase) avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais,
E
presença de mutações patogênicas em homocigose ou heterocigose composta no gene ASB.

Os pacientes que já estiverem em uso de galsulfase quando da publicação deste PCDT deverão ser reavaliados para verificação dos critérios de inclusão.

Caso não preencham os critérios, a reposição da enzima deve ser imediatamente suspensa.

Poderão fazer uso de galsulfase todos os indivíduos com diagnóstico de MPS VI realizado de acordo com o item 3 deste PCDT e:

- a) que tenham idade entre 0 a 6 anos de idade;
OU
- b) que tenham idade igual ou superior a 7 anos
E
b.1) sejam ambulantes e capazes de percorrer, sem ajuda, pelo menos 5 metros nos 6 primeiros minutos do Teste da Caminhada de 6 minutos (TC6M);
OU
- b.2) sejam capazes de realizar espirometria.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento com galsulfase os pacientes que se enquadrarem nas seguintes situações:

- Condição médica irreversível e que implique em sobrevida provavelmente < 6 meses como resultado da MPS VI ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista;
- Pacientes com idade > 18 anos que, após serem informados sobre os potenciais riscos e benefícios associados ao tratamento com galsulfase, recusarem-se a serem tratados;
- Pacientes com histórico de falha de adesão, desde que previamente inseridos, sem sucesso, em programa específico para melhora de adesão, ou seja, pacientes que, mesmo após o programa, não comparecerem a pelo menos 50% do número de consultas ou de avaliações previstas em um ano.

OSTEOPOROSE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 22, DE 22 DE OUTUBRO DE 2025

CID 10

M80.0 – Osteoporose pós menopáusia com fratura patológica
M80.1 – Osteoporose pós ooforectomia com fratura patológica
M80.2 – Osteoporose de desuso com fratura patológica
M80.3 – Osteoporose por má absorção pós cirúrgica com fratura patológica
M80.4 – Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica
M80.5 – Osteoporose idiopática com fratura patológica
M80.8 – Outras osteoporoses com fratura patológica
M81.0 – Osteoporose pós-menopáusia
M81.1 – Osteoporose pós ooforectomia
M81.2 – Osteoporose de desuso
M81.3 – Osteoporose devido à má-absorção pós cirúrgica
M81.4 – Osteoporose induzida por drogas
M81.5 – Osteoporose idiopática
M81.6 – Osteoporose localizada
M81.8 – Outras osteoporoses
M82.0 – Osteoporose na mielomatose múltipla –
M82.1 – Osteoporose em distúrbios endócrinos
M82.8 – Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte
M85.8 – Outros transtornos especificados da densidade e da estrutura óssea

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Doentes com osteoporose devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

ACIDO ZOLEDRONICO 0,05 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL EMBALAGEM 100 ML GRUPO 2
Dose máxima:
uma vez ao ano



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Cópia do exame de Clearance de Creatinina
7. Cópia do laudo de densitometria óssea com o valor do T-score OU Cópia do laudo de exame radiológico da região com fratura (12 meses)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo indivíduos com suspeita de osteoporose ou osteoporose confirmada que apresentarem pelo menos um dos critérios a seguir 26,27:

- Fraturas maiores (i.e., fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) ou fraturas de quadril, por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) e comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria;
- Exame densitométrico com T-*score* menor ou igual a -2,5 no fêmur proximal (colo ou fêmur total), coluna lombar ou terço distal do rádio;
- Baixa massa óssea (T-*score* menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes frágeis, com risco de queda aumentada, independentemente da idade ou em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX®, acima do limiar de intervenção.
- Adicionalmente, para o uso dos seguintes medicamentos, os pacientes devem apresentar os seguintes critérios:
- Para uso de ácido zoledrônico, os pacientes deverão ainda apresentar intolerância ou dificuldades de deglutição dos bisfosfonatos orais decorrentes de anormalidades do esôfago que retardam o esvaziamento esofágico, tais como estenose ou acalasia, doença do refluxo gastroesofágico importante, ou situações clínicas que comprometem de forma significativa a absorção de bisfosfonatos orais



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados neste Protocolo.

Este Protocolo não preconiza o tratamento medicamentoso de pacientes com doença renal crônica (DRC) estágios 4 e 5, uma vez que os medicamentos aqui citados podem ser contraindicados para essa população. Para estes pacientes, o tratamento não medicamentoso e controle adequado da DRC devem ser considerados

Nota: Considera-se pacientes frágeis aqueles que apresentam pelo menos um dos seguintes critérios: idade igual ou maior que 75 anos, vive em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Considera-se paciente com alto risco de queda aquele que se enquadra em um dos seguintes critérios: paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco; paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco, que anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas; ou paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames, procedimentos ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.

OSTEOPOROSE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 22, DE 22 DE OUTUBRO DE 2025

CID 10

M80.0 – Osteoporose pós menopáusia com fratura patológica
M80.1 – Osteoporose pós ooforectomia com fratura patológica
M80.2 – Osteoporose de desuso com fratura patológica
M80.3 – Osteoporose por má absorção pós cirúrgica com fratura patológica
M80.4 – Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica
M80.5 – Osteoporose idiopática com fratura patológica
M80.8 – Outras osteoporoses com fratura patológica
M81.0 – Osteoporose pós-menopáusia
M81.1 – Osteoporose pós ooforectomia
M81.2 – Osteoporose de desuso
M81.3 – Osteoporose devido à má-absorção pós cirúrgica
M81.4 – Osteoporose induzida por drogas
M81.5 – Osteoporose idiopática
M81.6 – Osteoporose localizada
M81.8 – Outras osteoporoses
M82.0 – Osteoporose na mielomatose múltipla –
M82.1 – Osteoporose em distúrbios endócrinos
M82.8 – Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte
M85.8 – Outros transtornos especificados da densidade e da estrutura óssea

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Doentes com osteoporose devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY NASAL (FR) GRUPO 2
Dose máxima mensal;
5 frascos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Cópia do exame de Clearance de Creatinina
7. Cópia do laudo de densitometria óssea com o valor do T-score OU Cópia do laudo de exame radiológico da região com fratura (12 meses)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo indivíduos com suspeita de osteoporose ou osteoporose confirmada que apresentarem pelo menos um dos critérios a seguir 26,27:

- Fraturas maiores (i.e., fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) ou fraturas de quadril, por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) e comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria;
- Exame densitométrico com T-score menor ou igual a -2,5 no fêmur proximal (colo ou fêmur total), coluna lombar ou terço distal do rádio;
- Baixa massa óssea (T-score menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes frágeis, com risco de queda aumentada, independentemente da idade ou em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX®, acima do limiar de intervenção.

Adicionalmente, para o uso dos seguintes medicamentos, os pacientes devem apresentar os seguintes critérios:

Para o uso de calcitonina, o paciente deve apresentar osteonecrose de mandíbula ou fratura atípica de fêmur ou contraindicação absoluta aos outros medicamentos.

Nota: Considera-se pacientes frágeis aqueles que apresentam pelo menos um dos seguintes critérios: idade igual ou maior que 75 anos, vive em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Considera-se paciente com alto risco de queda aquele que se enquadra em um dos seguintes critérios: paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco; paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco, que anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas; ou paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames, procedimentos ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados neste Protocolo.

Este Protocolo não preconiza o tratamento medicamentoso de pacientes com doença renal crônica (DRC) estágios 4 e 5, uma vez que os medicamentos aqui citados podem ser contraindicados para essa população. Para estes pacientes, o tratamento não medicamentoso e controle adequado da DRC devem ser considerados

OSTEOPOROSE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 22, DE 22 DE OUTUBRO DE 2025

CID 10

M80.0 – Osteoporose pós menopáusia com fratura patológica
M80.1 – Osteoporose pós ooforectomia com fratura patológica
M80.2 – Osteoporose de desuso com fratura patológica
M80.3 – Osteoporose por má absorção pós cirúrgica com fratura patológica
M80.4 – Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica
M80.5 – Osteoporose idiopática com fratura patológica
M80.8 – Outras osteoporoses com fratura patológica
M81.0 – Osteoporose pós-menopáusia
M81.1 – Osteoporose pós ooforectomia
M81.2 – Osteoporose de desuso
M81.3 – Osteoporose devido à má-absorção pós cirúrgica
M81.4 – Osteoporose induzida por drogas
M81.5 – Osteoporose idiopática
M81.6 – Osteoporose localizada
M81.8 – Outras osteoporoses
M82.0 – Osteoporose na mielomatose múltipla –
M82.1 – Osteoporose em distúrbios endócrinos
M82.8 – Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte
M85.8 – Outros transtornos especificados da densidade e da estrutura óssea

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Doentes com osteoporose devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

RISEDRONATO 35 MG COMP GRUPO 2
Dose máxima mensal;
5 comprimidos ao mês



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Cópia do laudo de densitometria óssea com o valor do T-score OU Cópia do laudo de exame radiológico da região com fratura (12 meses)
7. Cópia do exame de Clearance de Creatinina
8. Cópia do exame de dosagem de Cálcio sérico (cálcio total corrigido pela albumina ou cálcio iônico)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo indivíduos com suspeita de osteoporose ou osteoporose confirmada que apresentem pelo menos um dos critérios a seguir 26,27:

- Fraturas maiores (i.e., fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) ou fraturas de quadril, por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) e comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria;
- Exame densitométrico com T-escore menor ou igual a -2,5 no fêmur proximal (colo ou fêmur total), coluna lombar ou terço distal do rádio;
- Baixa massa óssea (T-escore menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes frágeis, com risco de queda aumentada, independentemente da idade ou em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX®, acima do limiar de intervenção.

Nota: Considera-se pacientes frágeis aqueles que apresentam pelo menos um dos seguintes critérios: idade igual ou maior que 75 anos, vive em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Considera-se paciente com alto risco de queda aquele que se enquadra em um dos seguintes critérios: paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco; paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco, que anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas; ou paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames, procedimentos ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados neste Protocolo.

Este Protocolo não preconiza o tratamento medicamentoso de pacientes com doença renal crônica (DRC) estágios 4 e 5, uma vez que os medicamentos aqui citados podem ser contraindicados para essa população. Para estes pacientes, o tratamento não medicamentoso e controle adequado da DRC devem ser considerados

OSTEOPOROSE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 22, DE 22 DE OUTUBRO DE 2025

CID 10

M80.0 – Osteoporose pós menopáusia com fratura patológica
M80.1 – Osteoporose pós ooforectomia com fratura patológica
M80.2 – Osteoporose de desuso com fratura patológica
M80.3 – Osteoporose por má absorção pós cirúrgica com fratura patológica
M80.4 – Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica
M80.5 – Osteoporose idiopática com fratura patológica
M80.8 – Outras osteoporoses com fratura patológica
M81.0 – Osteoporose pós-menopáusia
M81.1 – Osteoporose pós ooforectomia
M81.2 – Osteoporose de desuso
M81.3 – Osteoporose devido à má-absorção pós cirúrgica
M81.4 – Osteoporose induzida por drogas
M81.5 – Osteoporose idiopática
M81.6 – Osteoporose localizada
M81.8 – Outras osteoporoses
M82.0 – Osteoporose na mielomatose múltipla –
M82.1 – Osteoporose em distúrbios endócrinos
M82.8 – Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte
M85.8 – Outros transtornos especificados da densidade e da estrutura óssea

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Doentes com osteoporose devem ser atendidos em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

ROMOSOZUMABE 90 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA) 1,17 ML GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
2 seringas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, condições associadas e tratamentos prévios
7. Cópia do exame de Clearance de Creatinina
8. Cópia do laudo de densitometria óssea com o valor do T-score (12 meses)
9. Cópia do laudo de exame radiológico da região com fratura (12 meses)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo indivíduos com suspeita de osteoporose ou osteoporose confirmada que apresentarem pelo menos um dos critérios a seguir 26,27:

- Fraturas maiores (i.e., fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) ou fraturas de quadril, por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) e comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria; – Exame densitométrico com T-escor menor ou igual a -2,5 no fêmur proximal (colo ou fêmur total), coluna lombar ou terço distal do rádio; – Baixa massa óssea (T-escor menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes frágeis, com risco de queda aumentada, independentemente da idade ou em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX®, acima do limiar de intervenção.

Adicionalmente, para o uso dos seguintes medicamentos, os pacientes devem apresentar os seguintes critérios:

Para o uso de romosozumabe, as pacientes devem ser mulheres na pós-menopausa e apresentar osteoporose grave e falha terapêutica, definida por:

- Presença de duas ou mais fraturas incidentes por fragilidade em vigência de tratamento para osteoporose; ou
- Presença de uma fratura incidente após tempo mínimo de tratamento de 1 ano com agente preconizado neste protocolo e perda significativa de densidade mineral óssea (redução de mais de 5% em qualquer sítio no intervalo avaliado), considerando boa adesão ao tratamento e ausência de causas secundárias de perda de massa óssea.

Nota: Considera-se pacientes frágeis aqueles que apresentam pelo menos um dos seguintes critérios: idade igual ou maior que 75 anos, vive em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Considera-se paciente com alto risco de queda aquele que se enquadra em um dos seguintes critérios: paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco; paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco, que anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas; ou paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames, procedimentos ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

Em situações em que não há disponibilidade de densitometria óssea, a presença de fraturas osteoporóticas e o uso da ferramenta FRAX®, mesmo na ausência de dados densitométricos, poderão estratificar o risco do paciente e direcionar o tratamento, conforme critérios de inclusão deste Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados neste Protocolo.

Este Protocolo não preconiza o tratamento medicamentoso de pacientes com doença renal crônica (DRC) estágios 4 e 5, uma vez que os medicamentos aqui citados podem ser contraindicados para essa população. Para estes pacientes, o tratamento não medicamentoso e controle adequado da DRC devem ser considerados

PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2021.

CID 10

D68.8 – Outros defeitos especificados da coagulação

I82.0 – Síndrome de Budd–Chiari

I82.1 Tromboflebite migratória

I82.2 – Embolia e trombose de veia cava

I82.3 – Embolia e trombose de veia renal

I82.8 – Embolia e trombose de outras veias especificadas

O22.3 – Flebotrombose profunda na gravidez

O22.5 – Trombose venosa cerebral na gravidez Para fins deste protocolo, os códigos acima especificados são aplicáveis a casos de gestantes.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

As gestantes com risco aumentado para trombofilia devem ser encaminhadas para a Atenção Especializada para o devido tratamento do quadro, a fim de que morbidades sejam minimizadas e mortalidade materna, fetal e perinatal sejam evitadas. As gestantes que tiveram o diagnóstico de trombofilia antes do início da gestação, já utilizando ou não medicamentos, também devem ser acompanhadas em serviço especializado

A gestante que for encaminhada deve manter o acompanhamento concomitante com a equipe da Atenção Primária para garantir um cuidado adequado e integral

MEDICAMENTOS

ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,4 ML
Dose máxima mensal;
124 seringas

ENOXAPARINA SÓDICA 60 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,6 ML
Dose máxima mensal;
62 seringas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Relato médico constando as seguintes informações:
–Nome da paciente, –número de identidade, –idade gestacional, –descrição da condição clínica (informações sobre o diagnóstico da trombofilia),
7. Justificativa da necessidade de anticoagulação,
8. Nome do médico responsável e data de emissão do laudo.
9. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (3 meses)
10. Dosagem de B–hCG urinário OU dosagem de B–hGC sérico OU ultrassonografia transvaginal ou pélvica, no momento da primeira dispensação. (30 dias)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas neste Protocolo as gestantes e puérperas com trombofilia e:

- a) História pessoal de TEV;
- b) diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente;
- c) história familiar (parente de 1º grau) de trombofilia hereditária de alto risco; ou
- d) história familiar (parente de 1º grau) de trombofilia hereditária de baixo risco com TEV

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas deste Protocolo as gestantes com:

- a) Hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular;
- b) hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável; ou
- c) história de acidente vascular cerebral hemorrágico recente

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, de 14 de outubro de 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento

MEDICAMENTOS

ACITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
217 cápsulas

ACITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
93 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
7. Cópia da dosagem de Uréia (3 meses)
8. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)
Cópia do exame de bilirrubinas (30 dias)
9. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP)
10. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO)
11. Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações
12. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica
13. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
14. Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)
15. Cópia do exame de dosagem de glicemia.
16. Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos.
17. Cópia do exame de Hemograma completo

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- Score PASI igual ou inferior a 10
- Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- Score PASI superior a 10;
- Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
- DLQI superior a 10;
- Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
- 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
- Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriática, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

Contraindicações absolutas do fármaco Acitretina:

- Gestação, lactação e concepção;
- Insuficiência hepática ou renal graves;
- Hipertrigliceridemia grave (triglicerídeos acima de 800 mg/dL);
- Etilismo.

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, de 14 de outubro de 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento

MEDICAMENTOS

SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
10 seringas

USTEQUINUMABE 45/0,5 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 0,5 ML GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
4 seringas

EXAMES E DOCUMENTOS

- | | |
|---|--|
| 1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário. | 11. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (30 dias) |
| 2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) | 12. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (30 dias) |
| 3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário | 13. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (30 dias) |
| 4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) | 14. Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase) (30 dias) |
| 5. Prescrição médica devidamente preenchida | 15. Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa (3 meses) |
| 6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
Cópia do exame das sorologias para hepatite B. (12 meses) | 16. Cópia do exame de Hemograma completo (30 dias) |
| 7. Cópia do exame das sorologias para hepatite C. (12 meses) | 17. Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU) (6 meses) |
| 8. Cópia do exame das sorologias para HIV. (12 meses) | 18. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio) (12 meses) |
| 9. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 DIAS) | 19. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio) (12 meses) |
| 10. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (30 dias) | |

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- Score PASI igual ou inferior a 10
- Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- score PASI superior a 10;
- Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
- DLQI superior a 10;
- Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
- 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
- Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriásica, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

Contraindicações absolutas do fármaco Risanquizumabe, secuquinumabe e ustequinumabe:

- Tuberculose ativa;
- Outras infecções ativas.

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, de 14 de outubro de 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento

MEDICAMENTOS

RISANQUIZUMABE 150 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL C/ SISTEMA DE APLICA, GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
2 seringas

EXAMES E DOCUMENTOS

- | | |
|---|--|
| 1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário. | 12. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (30 dias) |
| 2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) | 13. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (30 dias) |
| 3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário | 14. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (30 dias) |
| 4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) | 15. Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase) (30 dias) *exceto para CID L40.0 |
| 5. Prescrição médica devidamente preenchida | 16. Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa (3 meses) |
| 6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios | 17. Cópia do exame de Hemograma completo (30 dias) |
| 7. Cópia do exame das sorologias para hepatite B. (12 meses) | 18. Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU) (6 meses) |
| 8. Cópia do exame das sorologias para hepatite C. (12 meses) | 19. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio) (12 meses) |
| 9. Cópia do exame das sorologias para HIV. (12 meses) | 20. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio) (12 meses) |
| 10. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 DIAS) | |
| 11. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (30 DIAS) | |

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- Score PASI igual ou inferior a 10
- Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- score PASI superior a 10;
- Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
- DLQI superior a 10;
- Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
- 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
- Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriásica, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

Contraindicações absolutas dos fármacos Risanquizumabe, secuquinumabe e ustequinumabe:
Tuberculose ativa;

Outras infecções ativas.

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, de 14 de outubro de 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
7. Cópia do exame das sorologias para hepatite B.(12 meses)
8. Cópia do exame das sorologias para hepatite C.(12 meses)
9. Cópia do exame das sorologias para HIV.(12 meses)
10. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)
11. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (30 dias)
12. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (30 dias)
13. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (30 dias)
14. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)(30 dias)
15. Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase)(30 dias)
16. Cópia do exame de dosagem de Proteína C-reativa(3 meses)
17. Cópia do exame de Hemograma completo (30 dias)
18. Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)(6 meses)
19. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio)(12 meses)
20. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento de MMCDbio – não obrigatório em caso de troca de MMCDbio)(12 meses)



MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE (BIOSSIMILAR A) 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
5 seringas

ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
10 seringas

ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
5 seringas

ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
5 seringas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- Score PASI igual ou inferior a 10
- Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- score PASI superior a 10;
- Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
- DLQI superior a 10;
- Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
- 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
- Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriaca, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

Contraindicações absolutas dos fármacos Adalimumabe e etanercepte:

Insuficiência cardíaca congestiva classes III e IV de NYHA;

Tuberculose ativa;

Infecções ativas (seps e infecções oportunistas).

Adalimumabe: Idade inferior a 18 anos;

Etanercepte 25mg: idade inferior a 6 ou acima de 18 anos;

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, de 14 de outubro de 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
7. Cópia da dosagem de Ureia (30 dias)
8. Cópia do exame das sorologias para hepatite B.(12 meses)
9. Cópia do exame das sorologias para hepatite C. (12 meses)
10. Cópia do exame das sorologias para HIV.(12 meses)
11. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)
12. Cópia do exame de dosagem de Ácido úrico (6 meses)
13. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (6 meses)
14. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (6 meses)
15. Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total e Frações (6 meses)
16. Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações(2 meses)
17. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (30 dias)
18. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (6 meses)
19. Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase) (6 meses)
20. Cópia do exame de dosagem de triglicérides.(2 meses)
21. Cópia do exame de Hemograma completo (6 meses)
22. Cópia do exame de magnésio (2 meses)
23. Cópia do exame de potássio (30 dias)
24. Cópia do exame de sódio (6 meses)
25. Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU) (2 meses)



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 25 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal;
496 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal;
310 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal;
155 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL
ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2
Dose máxima mensal;
4 frascos



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- Score PASI igual ou inferior a 10
- Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- escore PASI superior a 10;
- Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
- DLQI superior a 10;
- Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
- 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
- Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriásica, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

Contraindicações absolutas do fármaco Ciclosporina:
Tratamento com Fototerapia UVB e PUVA

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, de 14 de outubro de 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

CALCIPOTRIOL 50 mcg/g POM (BIS) 30 g GRUPO 2
Dose máxima mensal;
15 bisnagas

CLOBETASOL 0,5 mg/g CREM (BIS) 30 g GRUPO 2
Dose máxima mensal;
8 bisnagas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- Score PASI igual ou inferior a 10
- Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- score PASI superior a 10;
- Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
- DLQI superior a 10;
- Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
- 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
- Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriática, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas.

Contraindicações absolutas do fármaco Calcipotriol: Hipercalcemia

Contraindicações absolutas do fármaco Clobetasol creme: infecções cutâneas não tratadas, rosácea, acne vulgar, prurido sem inflamação, prurido genital e perianal, dermatite perioral, dermatoses e dermatite em crianças com menos de 1 ano de idade;

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, de 14 de outubro de 2021

CID 10

L40.0 – Psoríase vulgar
L40.1 – Psoríase pustulosa generalizada
L40.4 – Psoríase gutata
L40.8 – Outras formas de psoríase

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios
7. Cópia da dosagem de Uréia (30 dias)
8. Cópia do exame das sorologias para hepatite B. (12 meses)
9. Cópia do exame das sorologias para hepatite C. (12 meses)
10. Cópia do exame das sorologias para HIV. (12 meses)
11. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)
12. Cópia do exame de albumina (30 dias)
13. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (30 dias)
14. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (30 dias)
15. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (30 dias)
16. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (30 dias)
17. Cópia do exame de dosagem de Gama-GT (Gama Glutamil Transferase) (30 dias)
18. Cópia do exame de Hemograma completo (30 dias)
19. Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU) (6 meses)



MEDICAMENTOS

METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
5 seringas

METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A
Dose máxima mensal;
5 seringas



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- Score PASI igual ou inferior a 10
- Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- escore PASI superior a 10;
- Acometimento superior a 10% da superfície corporal;
- DLQI superior a 10;
- Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
- 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
- Psoríase que acomete outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteróides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de artrite psoriática, que dispõe de protocolo específico, do Ministério da Saúde. Além disso, serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contra-indicações absolutas.

Contra-indicações absolutas do fármaco Metotrexato:

Gestação, lactação e concepção (homens e mulheres);

Insuficiência hepática e renal graves;

Síndromes de imunodeficiência;

Discrasias sanguíneas (hipoplasia medular, leucopenia, trombocitopenia ou anemia).

PUBERDADE PRECOCE CENTRAL

PORTARIA CONJUNTA N° 13, de 27 de JULHO de 2022.

CID 10

E22.8 Outras hiperfunções da hipófise – puberdade precoce central.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com puberdade precoce central devem ser atendidos em serviços especializados em endocrinologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

MEDICAMENTOS

GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
1 seringa/mês

GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
1 seringa a cada 3 meses

LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
2 seringas/mês

LEUPRORRELINA 45 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
1 seringa a cada 6 meses

TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
2 seringas/mês

TRIPTORRELINA 22,5 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
1 seringa a cada 6 meses

CIPROTERONA 50 MG COMP GRUPO 1.B
Dose máxima mensal;
21 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas realizados por endocrinologistas pediátricos OU endocrinologistas OU pediatras;
7. Avaliação da idade óssea segundo método de Greulich-Peyle (radiografia de mãos e punhos)(12 meses)
8. Avaliação da curva de velocidade de crescimento

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem início do quadro de puberdade precoce de acordo com as definições do Protocolo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes que apresentarem, pelo menos, uma das situações contidas no Protocolo.

RAQUITISMO E OSTEOMALÁCIA

PORTARIA CONJUNTA Nº 02, DE 11 DE JANEIRO DE 2022.

CID 10

E55.0 – Raquitismo ativo
E55.9 – Deficiência não especificada de vitamina D
E64.3 Sequelas do raquitismo
E83.3 Distúrbios do metabolismo do fósforo
M83.0 Osteomalácia puerperal

M83.1 Osteomalácia senil
M83.2 Osteomalácia do adulto devido à má-absorção
M83.3 Osteomalácia do adulto devido à desnutrição
M83.8 Outra osteomalácia do adulto

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

pediatra, clínico geral, endocrinologista, nefrologista, ortopedista e geneticista)

MEDICAMENTOS

BUROSUMABE 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
27 frascos

BUROSUMABE 30 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
9 frascos

BUROSUMABE 20 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
12 frascos

CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2
Dose máxima mensal:
868 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas
7. Cópia da dosagem de Cálcio sérico (30 dias)
8. Cópia do exame de avaliação de glicose e proteínas na urina (6 meses)
9. Cópia do exame de Clearance de Creatinina (6 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (6 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (6 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de Cálcio urinário (30 dias)
13. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (3 meses)
14. Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA) (30 dias)
15. Cópia do exame de dosagem de Fósforo sérico (30 dias)
16. Cópia do exame de dosagem de Fósforo urinário (30 dias)
17. Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH) (30 dias)
18. Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica (6 meses)
19. Cópia do exame de potássio (6 meses)
20. Cópia do exame de vitamina D (30 dias)
21. Cópia do exame gasometria venosa (6 meses)
22. Cópia do exame pH e densidade urinários (6 meses)
23. Cópia do laudo Radiológico (3 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT pacientes com diagnóstico clínico, laboratorial, radiológico e, quando aplicável, genético, de raquitismo ou osteomalácia, conforme o item 3 Diagnóstico do referido PCDT.

Para que o paciente seja elegível ao tratamento com calcitriol requer-se, adicionalmente, a presença de um dos seguintes critérios:

a) Crianças e adolescentes sem resposta à reposição com vitamina D2 ou D3 e cálcio (ver o subitem 7.3.Benefícios Esperados no PCDT), devido à raquitismo ou osteomalácia:

- Dependente de vitamina D tipo I (déficit de síntese de 1,25-dihidroxitamina D);
- Dependente de vitamina D tipo II (resistência à ação da 1,25-dihidroxitamina D);
- Secundários à hipofosfatemia dependente de FGF-23 não hipercalcêmica;
- Secundários à doença hepática; ou
- Secundários a tumor produtor de FGF-23 (osteomalácia induzida por tumor);

b) Adultos com raquitismo ou osteomalácia e com dor óssea ou fraturas que não se consolidam ou com hipofosfatemia secundária a medicamentos.

Para que o paciente seja elegível ao tratamento com burosumabe, deve preencher o seguinte critério:

- Diagnóstico genético de HLX e ter entre um ano e 17 anos de idade.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação do uso do respectivo medicamento preconizado no Protocolo.

Para o tratamento com calcitriol, deverão ser excluídos pacientes com raquitismo hipofosfatêmico hipercalcúrico, uma vez que já podem apresentar concentrações séricas elevadas de calcitriol pelo mecanismo fisiopatológico da doença, e o uso de calcitriol pode agravar a hipercalcúria.

Com relação ao tratamento com burosumabe, estão excluídos os pacientes sem resposta terapêutica ou que manifestem algum evento adverso grave ao iniciar o tratamento com este medicamento.

Também são excluídos pacientes com insuficiência renal grave ou doença renal em estágio terminal, porque essas condições estão associadas a um metabolismo mineral anormal.

RETOCOLITE ULCERATIVA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 9, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.2 – Proctite ulcerativa
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa

K51.5 – Colite esquerda
K51.8 – Outras colites ulcerativas

ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2
Dose máxima mensal:
155 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, região acometida, gravidade da doença e tratamentos prévios
7. Cópia do exame de Hemograma completo (30 dias)
8. Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica (12 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

RETOCOLITE ULCERATIVA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 9, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.2 – Proctite ulcerativa
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa

K51.5 – Colite esquerda
K51.8 – Outras colites ulcerativas

ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento

MEDICAMENTOS

TOFACITINIBE 5 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
124 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, região acometida, gravidade da doença e tratamentos prévios
7. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento com infliximabe, vedolizumabe ou tofacitinibe – não obrigatório em caso de troca entre eles) (12 meses)
8. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento com infliximabe, vedolizumabe ou tofacitinibe – não obrigatório em caso de troca entre eles) (12 meses)
9. Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia; com laudo de avaliação histopatológica (12 meses)
10. Sorologia para hepatite B (6 meses)
11. Sorologia para hepatite C (6 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

Tofacitinibe não é preconizados para menores de 18 anos.

RETOCOLITE ULCERATIVA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 9, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.2 – Proctite ulcerativa
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa

K51.5 – Colite esquerda
K51.8 – Outras colites ulcerativas

ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento

MEDICAMENTOS

SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2
Dose máxima mensal:
248 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, região acometida, gravidade da doença e tratamentos prévios
7. Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia; com laudo de avaliação histopatológica (12 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

RETOCOLITE ULCERATIVA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 9, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024.

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.2 – Proctite ulcerativa
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa

K51.5 – Colite esquerda
K51.8 – Outras colites ulcerativas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento

MEDICAMENTOS

INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
10 frascos-ampolas

VEDOLIZUMAB 300 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
2 frascos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, região acometida, gravidade da doença e tratamentos prévios
7. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (6 meses)
9. Cópia do laudo de Radiografia de tórax (obrigatório para início de tratamento com infliximabe, vedolizumabe ou tofacitinibe – não obrigatório em caso de troca entre eles) (12 meses)
10. Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia; com laudo de avaliação histopatológica (12 meses)
11. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (obrigatório para início de tratamento com infliximabe, vedolizumabe ou tofacitinibe – não obrigatório em caso de troca entre eles) (12 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo

O Infliximabe não é preconizado para pacientes menores de 6 anos e o Vedolizumabe não é preconizado para menores de 18 anos.

RETOCOLITE ULCERATIVA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 9, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024.

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.2 – Proctite ulcerativa
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa

K51.5 – Colite esquerda
K51.8 – Outras colites ulcerativas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 25 MG CAP
GRUPO
Dose máxima mensal:
496 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP
GRUPO
Dose máxima mensal:
310 capsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP
GRUPO
Dose máxima mensal:
155 capsulas

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL
ORAL (FR) 50 ML GRUPO
Dose máxima mensal:
4 frascos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, região acometida, gravidade da doença e tratamentos prévios
7. Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica (30 dias)
8. Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica (12 meses)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

RETICOLITE ULGERATIVA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 9, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

CID 10

K51.0 – Enterocolite ulcerativa
K51.2 – Proctite ulcerativa
K51.3 – Retossigmoidite ulcerativa

K51.5 – Colite esquerda
K51.8 – Outras colites ulcerativas

ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos por equipe em serviço especializado, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento

MEDICAMENTOS

MESALAZINA 400 MG COMP
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
372 comprimidos

MESALAZINA 500 MG COMP
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
310 comprimidos

MESALAZINA 800 MG COMP
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
186 comprimidos

MESALAZINA 3 G ENEMA 100 ML
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
62 doses de enema

MESALAZINA 2 G GRÂNULO
USO ORALLIBERAÇÃO
PROLONGADASACHÊ GRUPO 2
Dose máxima mensal:
62 sachês

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, região acometida, gravidade da doença e tratamentos prévios
7. Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU retossigmoidoscopia contendo análise histopatológica (12 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, em uma das situações abaixo:

- Com doença intestinal ativa (independente da extensão) ou
- Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais. Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022

CID 10

D60.0 – Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida crônica
D60.1 – Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida transitória
D60.8 – Outras aplasias puras adquiridas da série vermelha
D61.0 – Anemia Aplástica Constitucional

D61.1 – Anemia aplástica induzida por drogas
D61.2 – Anemia aplástica devida a outros agentes externos
D61.3 – Anemia aplástica idiopática
D61.8 – Outras anemias aplásticas especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com síndrome de falência medular devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2

Dose máxima mensal:

496 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

Dose máxima mensal:

744 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2

Dose máxima mensal:

372 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2

Dose máxima mensal:

8 frascos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias.
7. Cópia do exame das sorologias para HIV. (6 meses)
8. Cópia do exame de cariotipagem da medula óssea
9. Cópia do exame de contagem de Reticulócitos (3 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12 (6 meses)
11. Cópia do exame de Fator Reumatóide (6 meses)
12. Cópia do exame de Hemograma completo (3 meses)
13. Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN) (6 meses)
14. Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma) (12 meses)
15. Cópia do laudo de exame histopatológico da medula óssea (12 meses)
16. Cópia do teste de dosagem de ácido fólico (6 meses)
17. Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea
18. Cópia do teste de sorologia para VHB (6 meses)
19. Cópia do teste de sorologia para VHC (6 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022

CID 10

D61.0 – Anemia Aplástica Constitucional
D61.1 – Anemia aplástica induzida por drogas
D61.2 – Anemia aplástica devida a outros agentes externos

D61.3 – Anemia aplástica idiopática
D61.8 – Outras anemias aplásticas especificadas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com síndrome de falência medular devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

MEDICAMENTOS

ELTROMBOPAGUE 25 MG COMP REV GRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
186 comprimidos

ELTROMBOPAGUE 50 MG COMP REVGRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
93 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias.
7. Cópia do exame das sorologias para HIV. (6 meses)
8. Cópia do exame de cariotipagem da medula óssea
9. Cópia do exame de contagem de Reticulócitos (3 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12 (6 meses)
11. Cópia do exame de Fator Reumatóide (6 meses)
12. Cópia do exame de Hemograma completo (3 meses)
13. Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN) (6 meses)
14. Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma) (12 meses)
15. Cópia do laudo de exame histopatológico da medula óssea (12 meses)
16. Cópia do teste de dosagem de ácido fólico (6 meses)
17. Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea
18. Cópia do teste de sorologia para VHB (6 meses)
19. Cópia do teste de sorologia para VHC (6 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022

CID 10

D61.0 – Anemia Aplástica Constitucional
D61.1 – Anemia aplástica induzida por drogas
D61.2 – Anemia aplástica devida a outros agentes externos
D61.3 – Anemia aplástica idiopática

D61.8 – Outras anemias aplásticas especificadas
D70 – Agranulocitose
Z94.8 – Outros órgãos e tecidos transplantados

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com síndrome de falência medular devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

MEDICAMENTOS

FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
64 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

- | | |
|---|---|
| 1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário. | Cópia do exame de contagem de Reticulócitos (3 meses) |
| 2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) | 9. Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12 (6 meses) |
| 3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário | 10. Cópia do exame de Fator Reumatóide (6 meses) |
| 4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) | 11. Cópia do exame de Hemograma completo (3 meses) |
| 5. Prescrição médica devidamente preenchida | 12. Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN) (6 meses) |
| 6. Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias. | 13. Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma) (12 meses) |
| 7. Cópia do exame das sorologias para HIV. (6 meses) | 14. Cópia do laudo de exame histopatológico da medula óssea (12 meses) |
| 8. Cópia do exame de cariotipagem da medula óssea | 15. Cópia do teste de dosagem de ácido fólico (6 meses) |
| | 16. Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea |
| | 17. Cópia do teste de sorologia para VHB (6 meses) |
| | 18. Cópia do teste de sorologia para VHC (6 meses) |

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022

CID 10

D60.0 – Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida crônica
D60.1 – Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida transitória
D60.8 – Outras aplasias puras adquiridas da série vermelha

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com síndrome de falência medular devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

MEDICAMENTOS

CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2
Dose máxima mensal:
186 drágeas

EXAMES E DOCUMENTOS

- | | |
|---|---|
| 1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário. | 9. Cópia do exame de contagem de Reticulócitos (3 meses) |
| 2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) | 10. Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12 (6 meses) |
| 3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário | 11. Cópia do exame de Fator Reumatóide (6 meses) |
| 4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) | 12. Cópia do exame de Hemograma completo (3 meses) |
| 5. Prescrição médica devidamente preenchida | 13. Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN) (6 meses) |
| 6. Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias. | 14. Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma) (12 meses) |
| 7. Cópia do exame das sorologias para HIV. (6 meses) | 15. Cópia do laudo de exame histopatológico da medula óssea (12 meses) |
| 8. Cópia do exame de cariotipagem da medula óssea | 16. Cópia do teste de dosagem de ácido fólico (6 meses) |
| | 17. Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea |
| | 18. Cópia do teste de sorologia para VHB (6 meses) |
| | 19. Cópia do teste de sorologia para VHC (6 meses) |

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

SÍNDROME DE FALÊNCIA MEDULAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2022

CID 10

D60.0 – Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida crônica
D60.1 – Aplasia pura de glóbulos vermelhos adquirida transitória
D60.8 – Outras aplasias puras adquiridas da série vermelha

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com síndrome de falência medular devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

MEDICAMENTOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
40 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

- | | |
|---|---|
| 1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário. | 10. Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12 (6 meses) |
| 2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) | 11. Cópia do exame de Fator Reumatóide (6 meses) |
| 3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário | 12. Cópia do exame de Hemograma completo (3 meses) |
| 4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) | 13. Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN) (6 meses) |
| 5. Prescrição médica devidamente preenchida | 14. Cópia do laudo citológico da medula óssea (mielograma/medulograma) (12 meses) |
| 6. Descrição detalhada do quadro clínico com histórico do uso de medicamentos sabidamente mielotóxicos (metotrexato, cloroquina, entre outros) nos últimos 30 dias e histórico de exposição a agentes físicos ou químicos sabidamente mielotóxicos nos últimos 30 dias. | 15. Cópia do laudo de exame histopatológico da medula óssea (12 meses) |
| 7. Cópia do exame das sorologias para HIV. (6 meses) | 16. Cópia do teste de dosagem de ácido fólico (6 meses) |
| 8. Cópia do exame de cariotipagem da medula óssea | 17. Cópia do teste de imunofenotipagem de medula óssea |
| 9. Cópia do exame de contagem de Reticulócitos (3 meses) | 18. Cópia do teste de sorologia para VHB (6 meses) |
| | 19. Cópia do teste de sorologia para VHC (6 meses) |
| | 20. Cópia do teste de sorologia para parvovírus B19 (6 meses) |

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 13 DE OUTUBRO DE 2020.

CID 10

G61.0 – Síndrome de Guillain-Barré

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Preferencialmente neurologista

MEDICAMENTOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A

Dose máxima mensal:

80 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo médico detalhado contendo descrição clínica da progressão dos sinais e sintomas e estágio atual da Escala de Incapacidade, relato de doenças existentes e uso de medicamentos, realizado, preferencialmente, especialista em neurologia
7. Cópia do exame de Líquor (12 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes que:

- Preencherem os critérios diagnósticos, incluindo as formas variantes da Síndrome de Guillain Barré, avaliados por médico, preferencialmente especialista em neurologia, com expedição de laudo detalhado; e
- Apresentarem doença moderada-grave (Escala de Incapacidade) e menos de 8 semanas de evolução.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste protocolo os pacientes com mais de 8 semanas de evolução da doença, com insuficiência renal ou que apresentarem contraindicações ou efeitos adversos não toleráveis à Ig IV.

SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO

PORTARIA CONJUNTA N° 22, de 03 de NOVEMBRO de 2022

CID 10

D46.0 – Anemia refratária sem sideroblastos
D46.1 – Anemia refratária com sideroblastos
D46.4 – Anemia refratária, não especificada
D46.7 – Outras síndromes mielodisplásicas

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes devem ser atendidos em serviços especializados em hematologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

MEDICAMENTOS

ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1 .A

Dose máxima mensal:
30 ampolas

FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO1 .A

Dose máxima mensal:
64 ampolas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas do paciente, que apresente dados da investigação por anamnese e exame físico, incluindo, por exemplo, relato de características dismórficas (sugerindo falência medular congênita), infecção, hematoma ou sangramento ativos. Informar tratamentos prévios e resposta obtida, e se outras causas de citopenia foram excluídas
7. Laudo médico com descrição do escore e estratificação de risco prognóstico de acordo com o Sistema Internacional de Escore Prognóstico (IPSS) ou Sistema Internacional de Escore Prognóstico Revisado (IPSS-R)
8. Cópia do exame de Hemograma completo (30 dias)
9. Cópia do laudo de mielograma/medulograma ou de biópsia de medula óssea (avaliação morfológica, estoques de ferro ou avaliação citogenética) (12 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos neste PCDT os pacientes adultos (idade maior ou igual a 18 anos) com diagnóstico de SMD de baixo risco (IPSS baixo ou intermediário-1 ou IPSS-R muito baixo, baixo e intermediário até 3,5 pontos).

Para o uso de alfaeopetina, serão incluídos apenas pacientes com SMD de baixo risco e anemia sintomática (Hb menor ou igual a 10 g/L).

Para uso de filgrastim, serão incluídos pacientes com síndrome mielodisplásica de baixo risco e:

(i) contagem de neutrófilos abaixo de $0,5 \times 10^9 /L$ e infecções resistentes ou infecções de repetição ou;

(ii) diagnóstico de anemia e que não apresentem resposta eritroide satisfatória após uso de alfaeopetina durante 16 semanas.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizados no Protocolo.

Para o uso de filgrastim, serão excluídos pacientes com contagem de neutrófilos acima de $10 \times 10^9 /L$.

SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS

PORTARIA CONJUNTA Nº 6, DE 2 DE JULHO DE 2019.

CID 10

E28.2 – Síndrome dos ovários policísticos
L68.0 – Hirsutismo

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Pacientes com suspeita de Síndrome de Ovários Policísticos devem ser encaminhadas para um serviço especializado em Ginecologia ou Endocrinologia para seu adequado diagnóstico e inclusão no tratamento

MEDICAMENTOS

CIPROTERONA 50 MG COMP GRUPO 1B
Dose máxima mensal:
21 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente
7. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas neste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) as pacientes que tiverem o diagnóstico de SOP, de acordo com os critérios do Consenso de Rotterdam

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas deste Protocolo as pacientes que apresentarem outras doenças que causem hiperandrogenismo ou oligo/amenorreia (tumores produtores de androgênios, hiperprolactinemia, síndrome de Cushing, tireopatias, uso de medicamentos associados com hirsutismo e hipogonadismo, ou hiperplasia adrenal congênita).

Pacientes gestantes ou aquelas que apresentem hipersensibilidade, intolerância ou contraindicação conhecida aos medicamentos também serão excluídas

SÍNDROME DE TURNER

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 01 DE AGOSTO DE 2025.

CID 10

Q96.0 – Cariótipo 45,X –
Q96.1 – Cariótipo 46,X iso –
Q96.2 – Cariótipo 46,X com cromossomo sexual anormal, salvo iso –

Q96.3 – Mosaïcismo cromossômico, 45, X/46, XX ou XY –
Q96.4 – Mosaïcismo cromossômico, 45, X/outras linhagens celulares com cromossomo sexual anormal –
Q96.8 Outras variantes da síndrome de Turner

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

O tratamento da síndrome de Turner deve ser feito mediante abordagem multidisciplinar e especializada, idealmente conduzida em centros de referência em doenças raras ou em serviços de endocrinologia ou ambulatorios de genética.

MEDICAMENTOS

SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
93 frascos

SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
31 frascos

SOMATROPINA 16 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
31 frascos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Cópia da curva de crescimento do National Center for Health Statistics (NCHS)/Center of Disease Control (CDC) para crianças acima de cinco anos por radiografia de mãos e punhos OU cópia da curva de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) para crianças entre dois e cinco anos (prazo indeterminado)
7. Cópia do exame de Cariótipo (prazo indeterminado)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas neste Protocolo as pacientes com diagnóstico de síndrome de Turner confirmado por meio de cariótipo e que apresentem um dos seguintes critérios:

- Se idade entre 2 e 5 anos: a altura deverá ser inferior ao percentil 5 da altura prevista para a idade, conforme a curva da Organização Mundial da Saúde (OMS)30;
- Se idade acima de 5 anos: a altura deverá ser inferior ao percentil 5 da altura prevista para a idade, conforme a curva do National Center for Health Statistics (NCHS)/Center of Disease Control (CDC) com idade óssea abaixo de 14 anos, estimada por radiografia de mãos e punhos

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado. Adicionalmente, para o tratamento com somatropina, serão excluídas deste Protocolo as pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições abaixo:

- Doença neoplásica maligna ativa;
- Anomalias congênitas renais e cardiovasculares graves não corrigidas, que causam instabilidade clínica ou necessidade de internação hospitalar e intervenção cirúrgica;
- Doença aguda grave, isto é, que necessite internação e tratamento parenteral ou nada por via oral (NPO) ou tratamento em unidade de terapia intensiva (UTI);
- Hipertensão intracraniana benigna;
- Retinopatia diabética proliferativa ou pré proliferativa

SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM ADULTOS

PORTARIA CONJUNTA N° 8, DE 14 DE ABRIL DE 2020.

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

CID 10

N04.0 – Síndrome nefrótica – anormalidade glomerular minor
N04.1 – Síndrome nefrótica – lesões glomerulares focais e segmentares
N04.2 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite membranosa difusa
N04.3 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa
N04.4 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa

N04.5 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite mesangiocapilar difusa
N04.6 – Síndrome nefrótica – doença de depósito denso
N04.7 – Síndrome nefrótica-glomerulonefrite difusa em crescente
N04.8 – Síndrome nefrótica – outras
N04.9 – Síndrome nefrótica – não especificada

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com Síndrome Nefrótica devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico e inclusão no tratamento.



MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 25 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
372 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
372 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
186 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL
ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2
Dose máxima mensal:
4 frascos

CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
186 drágeas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente
7. Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada (30 dias)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

PORTARIA CONJUNTA Nº 01, DE 10 DE JANEIRO DE 2018

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

CID 10

N04.0 – Síndrome nefrótica – anormalidade glomerular minor
N04.1 – Síndrome nefrótica – lesões glomerulares focais e segmentares
N04.2 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite membranosa difusa
N04.3 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa

endocapilar difusa
N04.5: Síndrome nefrótica glomerulonefrite mesangiocapilar difusa
N04.6 – Síndrome nefrótica – doença de depósito denso
N04.7 – Síndrome nefrótica-glomerulonefrite difusa em crescente
N04.8: Síndrome nefrótica – outras
N04.9-Síndrome nefrótica – não especificada * exceto ciclosporina

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes com Síndrome Nefrótica devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico e inclusão no tratamento.

MEDICAMENTOS

CICLOSPORINA 25 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
372 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
372 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
186 capsulas

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL
ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2
Dose máxima mensal:
4 frascos

CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
186 drágeas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente
7. Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada (30 dias)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com até 18 anos de idade e com diagnóstico clínico e laboratorial de Síndrome Nefrótica Idiopática. O estudo histopatológico somente será um critério de inclusão dos pacientes cuja biópsia renal está indicada conforme o Item 3-Diagnóstico estabelecido no Protocolo.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem Síndrome Nefrótica associada às causas secundárias abaixo relacionadas:

- Doenças infecciosas: hepatite C, hepatite B e HIV;
- Doenças sistêmicas: púrpura de Henoch-Schönlein, lúpus eritematoso sistêmico, diabetes melito de longa evolução (mais de 5 anos, em que a proteinúria pode ser causada pela doença de base) e sarcoidose; ou
- Tumores: leucemia e linfoma.

Também serão excluídos os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

SÍNDROME NEFRÓTICA PRIMÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

PORTARIA CONJUNTA Nº 01, DE 10 DE JANEIRO DE 2018

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

CID 10

N04.0 – Síndrome nefrótica – anormalidade glomerular minor
N04.1 – Síndrome nefrótica – lesões glomerulares focais e segmentares
N04.2 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite membranosa difusa
N04.3 – Síndrome nefrótica glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa

endocapilar difusa
N04.5: Síndrome nefrótica glomerulonefrite mesangiocapilar difusa
N04.6 – Síndrome nefrótica – doença de depósito denso
N04.7 – Síndrome nefrótica-glomerulonefrite difusa em crescente
N04.8: Síndrome nefrótica – outras
N04.9-Síndrome nefrótica – não especificada * exceto ciclosporina

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes com Síndrome Nefrótica devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico e inclusão no tratamento.

MEDICAMENTOS

TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
620 cápsulas

TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
124 cápsulas

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME);
5. Prescrição médica devidamente preenchida;
6. Descrição clínica dos sinais e sintomas, informando se o paciente possui outras doenças concomitante e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente pelo paciente;
7. Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada (30 dias)
8. Para pacientes com até 18 anos, deverá haver descrição clínica realizada por dermatologista ou de dentista ou cirurgião bucomaxilofacial confirmando o diagnóstico de hipertricose ou hiperplasia gengival

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O tacrolimo somente está indicado, neste protocolo, para os pacientes que tenham desenvolvido hipertricose ou hiperplasia gengival associada ao uso de ciclosporina. Esses efeitos deverão ser comprovados mediante laudo médico, respectivamente, de dermatologista ou de dentista ou cirurgião bucomaxilofacial.

Serão incluídos os pacientes com até 18 anos de idade e com diagnóstico clínico e laboratorial de Síndrome Nefrótica Idiopática. O estudo histopatológico somente será um critério de inclusão dos pacientes cuja biópsia renal está indicada conforme o Item 3-Diagnóstico estabelecido no Protocolo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem Síndrome Nefrótica associada às causas secundárias abaixo relacionadas:

- Doenças infecciosas: hepatite C, hepatite B e HIV;
- Doenças sistêmicas: púrpura de Henoch-Schönlein, lúpus eritematoso sistêmico, diabetes melito de longa evolução (mais de 5 anos, em que a proteinúria pode ser causada pela doença de base) e sarcoidose; ou
- Tumores: leucemia e linfoma.

Também serão excluídos os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

SOBRECARGA DE FERRO

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 38, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

T 45.4 Intoxicação por ferro e seus compostos
E 83.1 Doenças do metabolismo do ferro

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes com sobrecarga de ferro devem ser atendidos em serviços especializados em hemoterapia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

MEDICAMENTOS

DEFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
372 frascos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (30 dias)
7. Cópia do laudo de avaliação da Acuidade Visual (12 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com anemia crônica não ferropriva que requeiram transfusões sanguíneas regulares (mais de seis transfusões/ano) e apresentem uma das seguintes condições

- Ferritina sérica acima de 1.000 ng/mL; – biópsia hepática com concentração de ferro acima de 3,2 mg/g de fígado seco; ou
- Ressonância magnética por T2 com sobrecarga cardíaca ou hepática de ferro. Para uso dos quelantes utilizados por via oral devem, além desses critérios, ser observados também os seguintes
- Para deferiprona: pacientes com talassemia maior e impossibilidade de uso da desferroxamina por contraindicação, intolerância ou dificuldades de operacionalização;
- Para deferasirox: pacientes com sobrecarga crônica de ferro devido a transfusões de sangue (hemossiderose transfusional) e impossibilidade de uso da desferroxamina por contraindicação, intolerância ou dificuldades de operacionalização.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos indivíduos cuja doença de base (que motivou as transfusões sanguíneas e, conseqüentemente, a sobrecarga de ferro) esteja resolvida, não sendo mais necessária terapia transfusional. Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado. Adicionalmente, para o uso de deferiprona, serão excluídos pacientes com idade inferior a 6 anos.

Em pacientes com hemocromatose hereditária, o uso de quelantes de ferro deve ocorrer em uma das seguintes situações:

- pacientes com anemia de etiologia não ferropriva, com hemoglobina abaixo de 11 g/L; ou
- pacientes com hipotensão sintomática e intolerância a flebotomia; ou
- pacientes sem possibilidade de acesso venoso para realização de flebotomia

SOBRECARGA DE FERRO

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 38, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

T 45.4 Intoxicação por ferro e seus compostos
E 83.1 Doenças do metabolismo do ferro

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município

ESPECIALISTA

Os pacientes com sobrecarga de ferro devem ser atendidos em serviços especializados em hemoterapia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

MEDICAMENTOS

DEFERASIROX 125 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
992 comprimidos

DEFERASIROX 250 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
496 comprimidos

DEFERASIROX 500 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
248 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Cópia do exame de anti-HCV (6 meses)
7. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)
8. Cópia do exame de dosagem de Proteinúria de 24 horas ou proteinúria de amostra isolada (30 dias)
9. Cópia do exame de HBsAg (6 meses)
10. Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (30 dias)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com anemia crônica não ferropriva que requeiram transfusões sanguíneas regulares (mais de seis transfusões/ano) e apresentem uma das seguintes condições

- Ferritina sérica acima de 1.000 ng/mL; – biópsia hepática com concentração de ferro acima de 3,2 mg/g de fígado seco; ou
- Ressonância magnética por T2 com sobrecarga cardíaca ou hepática de ferro. Para uso dos quelantes utilizados por via oral devem, além desses critérios, ser observados também os seguintes
- Para deferiprona: pacientes com talassemia maior e impossibilidade de uso da desferroxamina por contraindicação, intolerância ou dificuldades de operacionalização;
- Para deferasirox: pacientes com sobrecarga crônica de ferro devido a transfusões de sangue (hemossiderose transfusional) e impossibilidade de uso da desferroxamina por contraindicação, intolerância ou dificuldades de operacionalização.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos indivíduos cuja doença de base (que motivou as transfusões sanguíneas e, conseqüentemente, a sobrecarga de ferro) esteja resolvida, não sendo mais necessária terapia transfusional. Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado. Adicionalmente, para o uso de deferiprona, serão excluídos pacientes com idade inferior a 6 anos.

Em pacientes com hemocromatose hereditária, o uso de quelantes de ferro deve ocorrer em uma das seguintes situações:

- pacientes com anemia de etiologia não ferropriva, com hemoglobina abaixo de 11 g/L; ou
- pacientes com hipotensão sintomática e intolerância a flebotomia; ou
- pacientes sem possibilidade de acesso venoso para realização de flebotomia

SOBRECARGA DE FERRO

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 38, DE 21 DE JANEIRO DE 2026.

CID 10

T 45.4 Intoxicação por ferro e seus compostos
E 83.1 Doenças do metabolismo do ferro

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas
pelo município



ESPECIALISTA

Os pacientes com sobrecarga de ferro devem ser atendidos em serviços especializados em hemoterapia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.



MEDICAMENTOS

DEFERIPRONA 500 MG COMP GRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
620 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (30 dias)
7. Cópia do exame de Hemograma completo (30 dias)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT indivíduos de ambos os sexos com diagnóstico de condições clínicas que desencadeiam sobrecarga de ferro ou em situações clínicas que requeiram transfusões sanguíneas regulares (10 a 20 procedimentos) e apresentem uma das seguintes condições:

- ferritina sérica acima de 1.000 µg/L; ou
- biópsia hepática com concentração de ferro acima de 3,2 mg/g de fígado seco; ou
- ressonância magnética por T2* com sobrecarga cardíaca ou hepática de ferro.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos indivíduos cuja doença de base (que motivou as transfusões sanguíneas e, conseqüentemente, a sobrecarga de ferro) esteja resolvida, não sendo mais necessária terapia transfusional. Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado. Adicionalmente, para o uso de deferiprona, serão excluídos pacientes com idade inferior a 6 anos.

Em pacientes com hemocromatose hereditária, o uso de quelantes de ferro deve ocorrer em uma das seguintes situações:

- pacientes com anemia de etiologia não ferropriva, com hemoglobina abaixo de 11 g/L; ou
- pacientes com hipotensão sintomática e intolerância a flebotomia; ou
- pacientes sem possibilidade de acesso venoso para realização de flebotomia

TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 41, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2026.

CID 10

D69.3 Púrpura trombocitopênica idiopática

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

.Pessoas com PTI recém-diagnosticada devem ser atendidas e acompanhadas na atenção primária à saúde e, em casos de doença persistente ou crônica (conforme Quadro 2) ou pacientes incluídos como Casos Especiais (Seção 7 deste PCDT), devem ser encaminhadas aos serviços especializados em hematologia.



MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP
GRUPO 2
Dose máxima mensal:
93 comprimidos

CICLOFOSFAMIDA 50 MG
DRÁGEA GRUPO 2
Dose máxima mensal:
93 drágeas

ELTROMBOPAG 25 MG COMP REV
GRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
93 comprimidos

ELTROMBOPAG 50 MG COMP REV
GRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
62 comprimidos

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G
INJ (FR) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
40 ampolas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo clínico realizado em serviço de hematologia dos sinais e sintomas acerca da presença de outras patologias concomitante
7. Cópia do exame de anti-HCV (6 meses)
8. Cópia do exame de anti-HIV (6 meses)
9. Cópia do exame de contagem de Plaquetas (6 meses)
10. Cópia do exame de Hemograma completo (6 meses)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem as condições listadas no Protocolo

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO I

PORTARIA nº 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016

CID 10

F31.1 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
F31.2 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F31.3 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos
F31.5 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

O acolhimento e acompanhamento contínuo de pessoas com TAB deve ser compartilhada entre as equipes de Atenção Básica, os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços estratégicos em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e outros serviços da RAPS (serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental)

MEDICAMENTOS

LAMOTRIGINA 25 MG COMP GRUPO 2
Dose máxima mensal:
372 comprimidos

LAMOTRIGINA 50 MG COMP GRUPO 2
Dose máxima mensal:
186 comprimidos

LAMOTRIGINA 100 MG COMP GRUPO 2
Dose máxima mensal:
93 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do aCartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios realizados e se paciente possui história de doença hepática
7. Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase – ALT (glutâmico pirúvica – TGP) (6 meses)
8. Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase – AST (glutâmico oxaloacética – TGO) (6 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem os critérios de diagnóstico de TAB do tipo I de acordo com estabelecido em protocolo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de TAB e impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo. Também serão excluídos pacientes com diagnóstico de TAB do tipo II e TAB sem outra especificação.

Devem ser observados as contraindicações e o risco–benefício dos diferentes medicamentos conforme protocolo.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO I

PORTARIA nº 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016

CID 10

F31.1 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
F31.2 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F31.3 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos
F31.5 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

O acolhimento e acompanhamento contínuo de pessoas com TAB deve ser compartilhada entre as equipes de Atenção Básica, os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços estratégicos em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e outros serviços da RAPS (serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental)

MEDICAMENTOS

OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
124 comprimidos

OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
62 comprimidos

QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
992 comprimidos

QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
248 comprimidos

QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
124 comprimidos

QUETIAPINA 300 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
62 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios realizados

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem os critérios de diagnóstico de TAB do tipo I de acordo com estabelecido em protocolo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de TAB e impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo. Também serão excluídos pacientes com diagnóstico de TAB do tipo II e TAB sem outra especificação.

Devem ser observados as contraindicações e o risco-benefício dos diferentes medicamentos conforme protocolo.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO I

PORTARIA nº 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016

CID 10

F31.1 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
F31.2 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F31.3 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos
F31.5 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

O acolhimento e acompanhamento contínuo de pessoas com TAB deve ser compartilhada entre as equipes de Atenção Básica, os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços estratégicos em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e outros serviços da RAPS (serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental)

MEDICAMENTOS

CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
992 comprimidos

CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
248 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios realizados e se paciente possui doença mieloproliferativa ou faz uso de agentes mielossupressores, depressão do sistema nervoso central ou estado comatoso de qualquer natureza, íleo paralítico, doenças hepáticas ou cardíacas graves, epilepsia não controlada ou história de agranulocitose/granulocitopenia ou miocardite com clozapina
7. Cópia do exame de contagem de Leucócitos totais (Hemograma)(30 dias)
8. Cópia do exame de contagem de neutrófilos totais (Hemograma)(30 dias)
9. Cópia do exame de contagem de Plaquetas (30 dias)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem os critérios de diagnóstico de TAB do tipo I de acordo com estabelecido em protocolo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de TAB e impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo. Também serão excluídos pacientes com diagnóstico de TAB do tipo II e TAB sem outra especificação.

Devem ser observados as contraindicações e o risco-benefício dos diferentes medicamentos conforme protocolo.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO I

PORTARIA nº 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016

CID 10

F31.1 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
F31.2 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F31.3 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos
F31.5 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

O acolhimento e acompanhamento contínuo de pessoas com TAB deve ser compartilhada entre as equipes de Atenção Básica, os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços estratégicos em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e outros serviços da RAPS (serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental)

MEDICAMENTOS

RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
248 comprimidos

RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
124 comprimidos

RISPERIDONA 3 MG COMP GRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
62 comprimidos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios realizados e se paciente possui história de síndrome neuroléptica maligna e discinesia tardia

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que apresentarem os critérios de diagnóstico de TAB do tipo I de acordo com estabelecido em protocolo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de TAB e impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo. Também serão excluídos pacientes com diagnóstico de TAB do tipo II e TAB sem outra especificação.

Devem ser observados as contraindicações e o risco-benefício dos diferentes medicamentos conforme protocolo.

TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

PORTARIA CONJUNTA Nº 07, DE 14 DE MAIO DE 2021

CID 10

F25.0 – Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco
F25.1 – Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo
F25.2 – Transtorno esquizoafetivo do tipo misto

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

O atendimento dos pacientes com transtorno esquizoafetivo deve seguir os critérios, normas e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Psicossocial (RAPS)



MEDICAMENTOS

CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A

Dose máxima mensal:

992 comprimidos

CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A

Dose máxima mensal:

248 comprimidos



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos
7. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas. Para pacientes com indicação de tratamento por refratariedade a outros tratamentos, informar os tratamentos prévios e tempo de tratamento, além da evolução da escala BPRS
8. Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)
9. Registro de três medidas de pressão arterial e de pulso em datas diferentes
10. Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações (3 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico (3 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico (3 meses)
13. Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos (3 meses)
14. Glicemia de jejum (3 meses)
15. Hemograma completo com contagem de plaquetas leucócitos, neutrófilos (3 meses)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que preencherem os critérios para o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo descritos no Protocolo



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento medicamentoso os pacientes com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contra-indicação ao respectivo fármaco preconizado neste Protocolo, psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento ou de acompanhamento contínuo.

TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

PORTARIA CONJUNTA Nº 07, DE 14 DE MAIO DE 2021

CID 10

F25.0 – Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco
F25.1 – Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo
F25.2 – Transtorno esquizoafetivo do tipo misto

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

O atendimento dos pacientes com transtorno esquizoafetivo deve seguir os critérios, normas e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Psicossocial (RAPS)

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos
7. Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)
8. Registro de três medidas de pressão arterial e de pulso em datas diferentes
9. Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações (3 meses)
10. Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico (3 meses)
11. Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico (3 meses)
12. Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos (3 meses)
13. Glicemia de jejum (3 meses)
14. Hemograma completo com contagem de plaquetas (3 meses)

MEDICAMENTOS

OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1,A
Dose máxima mensal:
186 comprimidos

OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
93 comprimidos

QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
992 comprimidos

QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
248 comprimidos

QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
124 comprimidos

QUETIAPINA 300 MG COMP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
62 comprimidos

RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
186 comprimidos

RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
93 comprimidos

RISPERIDONA 3 MG COMP GRUPO 1.B
Dose máxima mensal:
62 comprimidos

ZIPRASIDONA 40 MG CAP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
124 cápsulas

ZIPRASIDONA 80 MG CAP GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
62 cápsulas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que preencherem os critérios para o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo descritos no Protocolo

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento medicamentoso os pacientes com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contra-indicação ao respectivo fármaco preconizado neste Protocolo, psicose alérgica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento ou de acompanhamento contínuo

UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 11 DE SETEMBRO DE 2019.

CID 10

H30.1 – Inflamação coriorretiniana disseminada
H30.2 – Ciclite posterior
H30.8 – Outras inflamações coriorretinianas

H20.1 – Iridociclite crônica
H15.0 – Esclerite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Recomenda-se que o tratamento da uveíte seja realizado em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de seguimento adequados, e que contemplem equipes multiprofissionais para acompanhamento dos pacientes e de suas famílias

MEDICAMENTOS

AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2

Dose máxima mensal:

248 comprimidos

CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2

Dose máxima mensal:

496 cápsulas

CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2

Dose máxima mensal:

434 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2

Dose máxima mensal:

216 cápsulas

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2

Dose máxima mensal:

4 frascos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, informações sobre acuidade visual e tratamento prévios (farmacológicos e não farmacológicos) e relato de doenças existentes
7. Cópia de laudo de Biomicroscopia de segmento anterior (12 meses)
8. Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (12 meses)
9. Radiografia de tórax (12 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, de evolução crônica e grave, com risco potencial de perda funcional.

Para uso de adalimumabe, além de paciente adulto e diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, deve haver:

- Tratamento com imunossupressor prévio, não corticoide, descontinuado por falta de efetividade, intolerância ou toxicidade;
- Contraindicação aos imunossupressores não corticoides e não biológicos; ou
- Doença de Behçet com uveíte posterior bilateral ativa com alto risco de cegueira ou associada com doença sistêmica em atividade.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem as seguintes condições:

- Suspeita clínica ou confirmação de infecção intraocular;
- Contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados;
- Suspeita ou confirmação de infecção sistêmica em atividade ou com risco de reativação, sem profilaxia adequada, mediante o uso de imunossupressores;
- Contraindicação, hipersensibilidade ou intolerância a algum dos medicamentos.

UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 11 DE SETEMBRO DE 2019.

CID 10

H30.1 – Inflamação coriorretiniana disseminada
H30.2 – Ciclite posterior
H30.8 – Outras inflamações coriorretinianas

H20.1 – Iridociclite crônica
H15.0 – Esclerite

LOCAL DE DISPENSAÇÃO

Farmácias do CEAF indicadas pelo município



ESPECIALISTA

Recomenda-se que o tratamento da uveíte seja realizado em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de seguimento adequados, e que contemplem equipes multiprofissionais para acompanhamento dos pacientes e de suas famílias



MEDICAMENTOS

ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
4 seringas



EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, informações sobre acuidade visual e tratamento prévios (farmacológicos e não farmacológicos) e relato de doenças existentes
7. Cópia de laudo de Biomicroscopia de segmento anterior (12 meses)
Cópia de prova tuberculínica ou IGRA (12 meses)
8. Radiografia de tórax (12 meses)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, de evolução crônica e grave, com risco potencial de perda funcional.

Para uso de adalimumabe, além de paciente adulto e diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, deve haver:

- Tratamento com imunossupressor prévio, não corticoide, descontinuado por falta de efetividade, intolerância ou toxicidade;
- Contraindicação aos imunossupressores não corticoides e não biológicos; ou
- Doença de Behçet com uveíte posterior bilateral ativa com alto risco de cegueira ou associada com doença sistêmica em atividade.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem as seguintes condições:

- Suspeita clínica ou confirmação de infecção intraocular;
- Contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados;
- Suspeita ou confirmação de infecção sistêmica em atividade ou com risco de reativação, sem profilaxia adequada, mediante o uso de imunossupressores;
- Contraindicação, hipersensibilidade ou intolerância a algum dos medicamentos.

CID 10

M31.3- Granulomatose de Wegener –
M31.7- Poliangeíte Microscópica

Farmácias do CEAF indicadas pelo município

ESPECIALISTA

Doentes de vasculite ANCA–associada devem ser atendidos em serviços especializados e médicos com experiência em cuidar pacientes com a doença para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento

MEDICAMENTOS

RITUXIMABE 500 MG SOL INJ (FR–AMP) 50 ML GRUPO 1.A
Dose máxima mensal:
8 frascos

EXAMES E DOCUMENTOS

1. Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.
2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
3. Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário
4. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
5. Prescrição médica devidamente preenchida
6. Laudo médico com descrição da apresentação clínica e órgãos acometidos, e pontuação na escala BVAS v.3 (Birmingham Vasculitis Activity Score).
7. Cópia do exame de dosagem de Imunoglobulina G sérica – IgG (3 meses)
8. Cópia do exame de prova tuberculínica (PT) ou IGRA (12 meses)
9. Cópia do exame de sorologia para HIV (6 meses)
10. Cópia do hemograma completo. (3 meses)
11. Laudo histopatológico do órgão acometido (prazo indeterminado)
12. Radiografia de tórax (12 meses)
13. Sorologia para hepatite B (6 meses)
14. Sorologia para hepatite C (6 meses)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos nesse PCDT todos os pacientes com diagnóstico clínico e histopatológico de vasculite ANCA–associada, notadamente GPA, MPA e vasculite renal limitada.

Adicionalmente, para o uso de rituximabe, o paciente deverá possuir 18 anos ou mais de idade e apresentar um dos seguintes critérios:

- diagnóstico recente de GPA ou MPA, em idade fértil e indicação para receber a terapia de indução de remissão;

OU

- diagnóstico de recidiva (refratariedade ao tratamento com ciclofosfamida) de GPA ou MPA, ativa e grave (doença em estágio avançado, em que o paciente manifeste sintomas intensos e com elevado potencial de causar danos substanciais aos órgãos).

Nota: Pacientes com diagnóstico de granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEPa) não estão incluídos no Protocolo, uma vez que a fisiopatologia e o tratamento desta doença são distintos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento preconizado neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento.



CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

