



**NOTA TÉCNICA NÚMERO 179**

Solicitante:

Juiz Dr. Emilio de Medeiros Viana da 15<sup>a</sup>  
Vara da Fazenda Pública da Comarca de  
Fortaleza

Medicamento	X
Material	
Procedimento	
Cobertura	

Número do processo:

0174731-03.2018.8.06.0001

Data: 21/11/2018

**NOTA TÉCNICA NÚMERO 179**

**SUMÁRIO**

<b>Tópico</b>	<b>Página</b>
<b>1. Tema/Considerações Iniciais</b> -----	<b>01-04</b>
<b>2. Respostas aos questionamentos do Magistrado</b> -----	<b>04 -18</b>
<b>3. Referências</b> -----	<b>18-20</b>

**1) Tema**

Trata-se do paciente F.G.Ferreira, 71 anos, casado, residente em Fortaleza-CE e segundo relatório portador de Artrite Psoriática (CID 10 M07.3: OUTRAS ARTROPATIAS PSORIÁTICAS) sendo solicitado o uso parenteral de Secuquinumabe 150mg por semana, nas semanas 0,1,2,3,4 e nas semanas seguintes a cada 04 semanas por tempo indeterminado.



A artrite psoriática (AP) é uma artrite inflamatória crônica associada à psoríase. Os pacientes têm dores nas articulações, rigidez e inchaço, além de psoríase (manchas de pele vermelha espessa e inflamada, geralmente cobertas por escamas prateadas). A AP é uma desordem altamente heterogênea que afeta vários tecidos diferentes, incluindo as articulações periféricas, pele (psoríase), articulações axiais (espondilite) como no caso do paciente em questão, entesite (inflamação onde tendões ou ligamentos se inserem no osso) e dactilite (inchaço de um dedo inteiro ou dedo como uma salsicha).

Além disso, a distribuição da artrite periférica pode ser variável - os pacientes podem ter poliartrite simétrica, oligoartrite assimétrica, artrite que afeta apenas as articulações distais, espondiloartrite e artrite mutilante. Por fim, anormalidades nas unhas, como unhas friáveis, descoloridas ou quebradiças, também podem ocorrer em aprox. 80-90% das pessoas.

Embora ainda não se saiba exatamente o que causa a artrite psoriática, sabe-se que, como a psoríase, a artrite psoriática é uma doença auto-imune. Quando uma pessoa tem uma doença auto-imune, o corpo confunde algo dentro dela como um objeto estranho. No caso da artrite psoriática, o corpo confunde as articulações e os tendões como estranhos.

Como a psoríase, a artrite psoriática também envolve questões genéticas, do meio ambiente e do sistema imunológico. Não há biomarcadores ou testes únicos para o diagnóstico de APs. O diagnóstico é feito através da história e do exame físico, bem como da imagem das articulações em algumas circunstâncias. Os critérios da Classificação de Artrite Psoriásica (CASPAR) podem ajudar a estabelecer o diagnóstico correto.

Na maioria dos pacientes, os sintomas cutâneos da psoríase desenvolvem-se primeiro, seguidos da artrite; no entanto, em 15% dos casos, a artrite é notada primeiro. A artrite psoriática geralmente aparece cerca de 5 a 12 anos após o início da psoríase. É igualmente comum em homens e mulheres. A maioria das pessoas desenvolve entre 30 e 50 anos de idade, mas a artrite psoriática pode começar em qualquer idade.



Aproximadamente 40% dos pacientes com AP têm familiares com psoríase ou AP. A incidência de AP é de ~ 6 por 100.000 por ano, com uma prevalência de ~ 1-2 por 1.000 na população geral. A incidência anual estimada de AP a partir de um estudo prospectivo de pacientes com psoríase é de 2,7%.

O tratamento da artrite psoriática pode melhorar o inchaço, a dor, a rigidez e outros sintomas, evitar que a artrite piore e danifique as articulações e ainda melhorar a qualidade de vida.

Hoje, existem muitas opções de tratamento para a artrite psoriática e um plano de tratamento geralmente inclui vários dos seguintes:

- Terapia (física, ocupacional, massagem)
- Educação do paciente
- Exercício e repouso
- Dispositivos para proteger as articulações
- Medicamentos
- Cirurgia

Tanto o tratamento não farmacológico como o farmacológico podem ajudar a tratar os sintomas e levar à remissão da doença. Perda de peso (~ 40-50% dos pacientes são obesos) pode melhorar a capacidade de resposta dos tratamentos farmacológicos e exercícios / fisioterapia podem ajudar a tratar os sintomas. Uma ampla variedade de tratamentos farmacológicos está agora disponível para a PsA. A artrite muito leve pode ser tratada com medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e, às vezes, injeções intra-articulares de glicocorticoides são úteis. A maioria dos pacientes com APs é tratada com terapias imunomoduladoras, que incluem:

- Agentes orais de pequenas moléculas: metotrexato; leflunomida, sulfasalazina; ciclosporina; apremilast
- Inibidores do fator de necrose tumoral (TNFI): infliximabe; adalimumabe; entercept; golimumabe; certolizumabe



- Interleucina-12/23 (IL12 / 232): ustekinumabe
- Interleucina 17 (IL17): **secuquinumabe**; ixekizumabe

O secuquinumabe (Cosentyx®) é um anticorpo monoclonal que se liga a proteína IL-17 A que está presente em níveis aumentados em indivíduos com psoríase. Recomenda-se a injeção subcutânea de 150mg para a artrite psoriásica, uma vez por semana, durante 03 semanas seguidas, sendo que a partir da semana 4, a medicação deve ser dada uma vez ao mês de acordo com prescrição médica.

Segundo relatório médico o paciente é “portador de artrite psoriática com envolvimento do esqueleto axial e apresenta dores importantes em coluna e articulações das mãos e punhos causando importante prejuízo na qualidade de vida”. O paciente fez uso previamente de adalimumabe (Humira®) porém desenvolveu insuficiência cardíaca secundária à insuficiência coronariana. O adalimumabe não foi formalmente estudado em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) havendo relatos de piora da ICC, novos episódios e eventos adversos sérios relacionados a ICC sendo recomendado cautela e contraindicado seu uso.

## 2) Respostas às questões solicitadas pelo Magistrado

### A) Há protocolos clínicos e terapêuticos no âmbito do Ministério da Saúde, para o tratamento da enfermidade que acomete a parte autora? Justificar a conclusão à luz da chamada “medicina de evidência”.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriática de 2017 do Ministério da Saúde inclui como tratamento medicamentoso da AP: anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) ibuprofeno e naproxeno, glicocorticoides (prednisona e metilprednisolona) e medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) - fármacos capazes de inibir a pro-



gressão da doença. Os MMCD são divididos em sintéticos (sulfassalazina - SSZ, metotrexato - MTX, leflunomida e ciclosporina) e biológicos (adalimumabe, etanercepte, infliximabe e golimumabe). A presença de pelo menos um dos fatores de pior prognóstico, como cinco ou mais articulações acometidas (dolorosas ou edemaciadas), dano radiográfico, elevação de provas inflamatórias e manifestações extra-articulares, em particular dactilite, é indicativa do início precoce do tratamento medicamentoso.

O Protocolo recomenda em relação à **AP axial (caso do paciente em questão)**:

- a) Ao diagnóstico, se o BASDAI for inferior a 4, deve-se considerar tratamento medicamentoso sintomático com AINE e implementar medidas não medicamentosas. Se o BASDAI for igual ou superior a 4, deve-se utilizar um AINE preconizado neste Protocolo, conforme esquema de administração;
- b) Se houver falha (persistência de BASDAI igual ou superior a 4), a despeito do uso de AINE por um mês, deve-se substituí-lo por outro AINE;
- c) Se houver falha (persistência de BASDAI igual ou superior a 4) com dois AINE diferentes em doses adequadas por três meses no total, deve-se considerar o uso de MMCD biológico, conforme esquema de administração;
- d) Nos casos de hipersensibilidade, intolerância ou falha terapêutica do MMCD biológico, deve-se considerar substituição por outro MMCD biológico. Se houver novamente falha do segundo MMCD biológico em dose adequada por



três meses, deve-se considerar a substituição por um terceiro.

A escala BASDAI (*Bath Ankylosing Disease Activity Index*) é utilizada para avaliação da resposta terapêutica, servindo como medida de monitorização da atividade da doença e adotada no Protocolo do MS. Não há registro no relatório médico sobre esse dado.

O Protocolo (PCDT) do MS disponibiliza os seguintes fármacos:

- Ibuprofeno: comprimidos revestidos de 200, 300 e 600 mg.
- Naproxeno: comprimidos de 250 e 500 mg.
- Prednisona: comprimidos de 5 e 20 mg.
- Ciclosporina: cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg; solução oral 100 mg/mL – frasco de 50 mL.
- Leflunomida: comprimidos de 20 mg.
- Sulfassalazina: comprimidos de 500 mg.
- Metotrexato: comprimidos de 2,5 mg; frasco de 50 mg/2 mL.
- Metilprednisolona: frasco de 40 mg/2 mL.
- Adalimumabe: seringa preenchida de 40 mg.
- Etanercepte: frasco-ampola de 25 mg e 50 mg; seringa preenchida de 50 mg.
- Infliximabe: frasco-ampola de 100 mg/10 mL.
- Golimumabe: solução injetável com 50 mg/0,5 mL com caneta aplicadora.

Em publicação da CONITEC de 2018, ***Secuquinumabe para o tratamento de artrite psoriásica em pacientes adultos com resposta inadequada a medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos ou biológicos da classe anti-TNF*** na análise das evidências científicas foram incluídos



três ensaios clínicos e quatro revisões sistemáticas de comparação direta de secuquinumabe contra placebo e indireta com relação aos demais biológicos disponíveis no SUS. Comparações indiretas demonstraram eficácia equivalente entre secuquinumabe e os medicamentos anti-TNF disponíveis no SUS, porém estes estudos apresentaram baixa qualidade metodológica. Dados dos ensaios clínicos randomizados FUTURE 1 e FUTURE 2 demonstraram que secuquinumabe 150 mg é eficaz em 24 semanas, comparado a placebo, para os desfechos de AP periféricos (ACR20, ACR50, ACR70, DAS28 e entesite), de pele (PASI75, PASI 90), e para redução da progressão radiográfica. Para pacientes com falha ao anti-TNF, apenas secuquinumabe 300 mg foi mais eficaz que placebo (FUTURE II). Para pacientes com psoríase e artrite psoriásica concomitante, secuquinumabe 300 mg foi mais eficaz que placebo e que etanercepte (ERASURE e FUTURE).

Com relação aos resultados de segurança, as taxas de eventos adversos, eventos adversos sérios e descontinuação por eventos adversos foram semelhantes entre os grupos secuquinumabe e placebo até 16 semanas de acompanhamento, porém a ocorrência de infecções ou infestações foi maior entre pacientes que receberam secuquinumabe. Ao final de 104 semanas, 84,5% dos pacientes que utilizaram secuquinumabe relataram pelo menos um evento adverso, sendo a ocorrência de infecções ou infestações os mais comuns.



Os membros da CONITEC presentes na 62ª reunião ordinária da plenária, realizada no dia 07/12/2017, deliberaram por unanimidade recomendar a incorporação de secuquinumabe para o tratamento da artrite psoriásica ativa moderada a grave. Foi assinado o Registro de Deliberação nº 317/2017.

**Em relatório de recomendação da CONITEC número 336 de Janeiro de 2018** há a decisão de incorporar o secuquinumabe para o tratamento de artrite psoriásica em pacientes adultos com resposta inadequada a medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos ou biológicos da classe anti-TNF no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, dada pela Portaria nº 3, publicada no DOU nº 18, do dia 25 de janeiro de 2018, seção 1, pág. 123.

**B) Quais as diretrizes nacional e internacional quanto ao uso do medicamento/tratamento requerido pela parte autora?**

Adalimumabe, etanercepte, golimumabe e infliximabe tiveram eficácia na AP tanto para atividade cutânea quanto articular, bem como na prevenção de dano radiográfico. Não houve diferenças significativas com relação a dados de segurança entre eles. Dados indicam que a troca entre esses medicamentos é efetiva após a falha do primeiro, mas está associada a menores taxas de resposta ao tratamento. Com base nas diretrizes da **EULAR** (Liga Européia Contra o Reumatismo), recomenda-se que seja oferecida a opção de um segundo MMCD (medicamentos modificadores do curso da





doença) biológico aos pacientes com AP por falha do primeiro utilizado por pelo menos três meses, bem como por hipersensibilidade. A resposta ao segundo MMCD biológico também deve ser avaliada em três meses, e o medicamento deve ser suspenso em caso de falha terapêutica. Pode ser considerado o uso de um terceiro, embora as evidências em favor dessa indicação sejam escassas. Os ensaios clínicos controlados com doentes de AP demonstraram melhora na atividade da doença, na capacidade funcional e na qualidade de vida com o uso em monoterapia dos MMCD biológicos ou associados a outros MMCD sintéticos, como MTX e ciclosporina. Estudos mostraram que os diferentes MMCD biológicos apresentam equivalência terapêutica em pacientes com AP.

Infliximabe e etanercepte foram capazes de inibir a progressão radiográfica, além de serem eficazes no tratamento de entesites e dactilites, e reduzirem significativamente a psoríase cutânea. O adalimumabe também inibe a progressão radiográfica, diminui a atividade da psoríase cutânea e é eficaz no tratamento de dactilite, porém não foi superior ao placebo no tratamento de entesites. O golimumabe mostrou-se eficaz no tratamento de entesites, melhora dos escores de atividade articular, melhora da psoríase cutânea e menor progressão radiográfica em acompanhamento de 5 anos.

A **EULAR (European League Against Rheumatism)** e o **Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA)** recomendam terapia com MMCD (me-



dicamentos modificadores do curso da doença) biológicos em pacientes com resposta inadequada a pelo menos um MMCD, ou em caso de falha de AINE naqueles com predomínio de doença axial, entesite ou dactilite. Seu uso em combinação com MTX não apresentou superioridade clínica, embora, em alguns estudos, tenha sido notada melhora cutânea com essa associação. Além disso, o uso concomitante de MTX pode reduzir o risco de reações infusionais com infliximabe.

Em publicação de 2013 da **Associação Médica Brasileira (AMB)** de autoria da **Sociedade Brasileira de Reumatologia**, Artrite Psoriásica: Manejo e Tratamento:

O tratamento com drogas anti-TNF (infliximabe, etanercepte, adalimumabe, golimumabe) está indicado em pacientes adultos, com AP ativa moderada a grave (ao menos 3 articulações edemaciadas e com dor), estabelecida há mais de 6 meses, e com lesões cutâneas psoriásicas de placas crônicas ou história de psoríase; resposta inadequada ou intolerância a anti-inflamatórios não hormonais ou a drogas modificadoras do curso da doença por 3 meses; com ou sem associação ao metotrexato.

Recomenda ainda:

Não há diferença na eficácia no tratamento de pacientes com AP com os diferentes anti-TNF (infliximabe, etanercepte, adalimumabe e golimumabe), principalmente nas medidas de resposta ACR20, PsARC e HAQ.

Não há diferença significativa no perfil de segurança das drogas anti-TNF na AP, apesar da difícil quantificação dos eventos adversos.



Há redução da progressão radiológica, principalmente medida pelo escore Sharp, em seguimento de até 2 anos com o uso dos anti-TNF, na AP.

A troca de anti-TNF nos pacientes com eventos adversos ou resposta inadequada é uma opção que geralmente cursa com resposta terapêutica na AP.

As recomendações da **Liga Européia Contra o Reumatismo (EULAR)** abordam csDMARDs (*conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs*) como uma terapia inicial após falha dos AINEs (*non-steroidal anti-inflammatory drugs*) e terapia local para doença ativa, seguida, se necessário, de um bDMARD (*biological disease-modifying antirheumatic drugs*) ou um DMARD sintético alvo (tsDMARD). O primeiro bDMARD geralmente seria um inibidor de fator de necrose tumoral (TNF). bDMARDs visando a interleucina (IL) 12/23 (ustecinumab) ou vias da IL-17 (**secucinumab**) podem ser usados em pacientes para os quais os inibidores de TNF são inadequados e um tsDMARD como um inibidor da fosfodiesterase 4 (apremilast) se os bDMARDs são inapropriados. Se a primeira estratégia do uso do bDMARD falhar, outros bDMARD ou tsDMARD podem ser usados. Na opinião do **American College of Rheumatology**, a espondiloartrite psoriásica não é suficientemente diferente da espondiloartrite axial. As diretrizes de tratamento do *American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network (ACR-SAA-SPARTAN)* foram publicadas em feverei-



ro de 2016 onde há recomendações de tratamento para a APA axial. No entanto, os inibidores de IL12 / IL-23 ou IL-17 não foram estudados nas diretrizes ACR-SAA-SPARTAN de tratamento da SpA axial.

As Diretrizes para o tratamento da Artrite Psoriásica do *American College of Rheumatology / National Psoriasis Foundation* está sendo atualizada e aguardada a sua publicação final antecipada em 2018.

**C) O protocolo nacional para o tratamento da moléstia da parte autora está em consonância com a diretriz/protocolo internacional? Sendo negativa a resposta, informar o motivo.**

De acordo com relatório de recomendação da CONITEC (2018):

Secuquinumabe é recomendado para o tratamento de pacientes de com AP que não responderam a tratamentos convencionais por todas as agências internacionais consultadas (CADTH – Canadá, NICE – Inglaterra, SMC – Escócia e PBAC – Austrália). Adicionalmente, as recomendações da agência do Canadá explicitam que o custo anual do tratamento com secuquinumabe deve ser igual ou inferior ao tratamento com o MMCD biológico de menor custo, e a agência da Inglaterra recomenda seu uso apenas para pessoas que não responderam previamente a anti-TNF ou apresentam contraindicação para o uso destes.

**D) Considerando a resposta dada ao quesito anterior, na opinião do órgão consultado, levando em conta a relação**



**custo-benefício seria recomendável a alteração da diretriz praticada como forma de atender adequadamente demandas de igual natureza, ou de promover a realização eficiente da correlata despesa pública?**

Foge ao escopo deste trabalho alterações de diretrizes nacionais de sociedades médicas especializadas assim como de recomendações da CONITEC visto que o presente relatório visa procurar esclarecer ao magistrado um caso específico de acordo com o processo em questão. Não se pode generalizar as recomendações sem a devida cautela e embasamento que um grupo maior de especialistas como os de Comissões Científicas de Sociedades Médicas como a Sociedade Brasileira de Reumatologia e da CONITEC podem prover.

**E) O medicamento requerido pela parte autora possui aprovação pela ANVISA?**

O medicamento secucinumab (Cosentyx®) é aprovado pela ANVISA para tratar psoríase em placas, artrite psoriásica e espondilite anquilosante. Embora não conste na RENAME os membros da CONITEC presentes na 62ª reunião ordinária da plenária, realizada no dia 07/12/2017, deliberaram por unanimidade recomendar a incorporação de secuquinumabe para o tratamento da artrite psoriásica ativa moderada a grave. Foi assinado o Registro de Deliberação nº 317/2017. A CONITEC decidiu incorporar o secuquinumabe para o tratamento de artrite psoriásica em pacientes adultos com resposta inadequada a medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos ou biológicos da classe anti-TNF no



âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, dada pela Portaria nº 3, publicada no DOU nº 18, do dia 25 de janeiro de 2018, seção 1, pág. 123. De acordo com Ofício-Circular nº 21/2018/CGCEAF/DAF/SCTIE/MS de 08 de novembro de 2018 o secuquinumabe consta da lista de medicamentos padronizados do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) de aquisição centralizada pelo MS e sua distribuição será realizada ainda no primeiro semestre de 2109 conforme o período de entrega estabelecido no § 2º do Art. 104 da referida Portaria.

- F) Conforme o quadro de saúde apresentado pela parte autora, sendo positiva a resposta ao quesito “a”, indaga-se, no caso de estar referida parte submetida ao citado protocolo, se esta está a sofrer algum prejuízo no resguardo a seu direito à saúde? Se a resposta for afirmativa, esclarecer e justificar.**

Sim.

Tendo em vista as recomendações e diretrizes clínicas sobre a Artrite Psoriática (AP) ao lidar com pacientes com AP, manifestações extra-articulares, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e outras comorbidades devem ser levadas em conta. O paciente em questão além de idoso apresenta comorbidades como insuficiência cardíaca(IC) e sintomatologia importante além de uso prévio de terapia Anti-TNFA sendo contraindicado pela IC. A AP por ser uma doença heterogênea e potencialmente grave, pode exigir tratamento multidisciplinar onde reumatologistas são os especialistas



que devem primariamente cuidar das manifestações musculoesqueléticas desses pacientes como no caso em questão acompanhado por reumatologista do HUWC-UFC; na presença de envolvimento clinicamente significativo da pele, um dermatologista pode colaborar no diagnóstico e manejo. O tratamento de pacientes com AP deve visar o melhor atendimento e deve ser baseado em uma decisão compartilhada entre o paciente e o reumatologista, considerando eficácia, segurança e custos. O principal objetivo do tratamento de pacientes com AP é maximizar a qualidade de vida relacionada à saúde, controle dos sintomas, prevenção dos danos estruturais, normalização da função e participação social; a reversão da inflamação é um componente importante para atingir esses objetivos.



**Custo do medicamento (Secuquinumabe-Cosentyx® Novartis)**

	Tabela de preços da medicação (preço por)				
	PF	PMC ICMS 0%	PMG	Custo médio estimado do tratamento mensal	Custo global médio estimado do tratamento (anual)
	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
<b>Medicamento COSENTYX@ 1 seringa</b>	2.520,25	3.380,83	4.207,63	20.934,00	62.802,00
	<b>PF:</b> Preço de fábrica <b>PMC:</b> preço máximo ao consumidor <b>PMG:</b> preço máximo ao governo				

**G) Considerando as respostas aos quesitos anteriores, pode-se afirmar que o tratamento/medicamento requerido na inicial é imprescindível à garantia da saúde ou da dignidade da parte requerente?**

Sim

As drogas anti-reumáticas modificadoras da doença biológica (também chamadas bDMARDs ou biológicos) como o secuquinumabe visam mudar o curso da doença, reduzindo a inflamação. Essas drogas podem prevenir crises e agravamento de doenças assim como podem ajudar a melhorar a função e parar a progressão do dano articular. O seu uso tem muitas evidências científicas e recomendações:





Se os inibidores do TNF não forem apropriados como no caso em questão, bDMARDs (*Biologic disease modifying anti-rheumatic drugs*) visando diferentes células ou moléculas podem ser considerados para artrite periférica. No caso do paciente ter artrite periférica e ser incapaz de tomar inibidores de TNF por alguma razão, um bDMARD que ataca uma célula ou molécula diferente pode ser considerado. Alguns medicamentos como o secuquinumabe parecem funcionar tão bem quanto os inibidores do TNF. Os agentes biológicos (bDMARDs) devem ser considerados para pessoas com tendões e ligamentos inflamados, dedos do pé ou dedos tipo salsicha assim como pacientes com doença axial. Caso não respondam aos bDMARDs deve-se mudar de tratamento, ou seja se a doença não melhorar com um DMARD (*Disease modifying anti-rheumatic drugs*), deve-se mudar para outro tipo. Isso pode significar mudar para outra marca de inibidor de TNF, ou para um tipo diferente de bDMARD que funciona em uma via diferente, ou em alguns casos, para um tsDMARD (*Targeted synthetic disease modifying anti-rheumatic drugs*)



### 3) Referências

Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update *Annals of the Rheumatic Diseases* 2016;75:499-510.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

American College of Rheumatology (ACR) and National Psoriasis Foundation (NPF) Psoriatic Arthritis Guideline Project Plan – November 2016

Carneiro S, Azevedo VF, Bonfiglioli R, Ranza R, Gonçalves CR, Keiserman M, Meirelles ES, Pinheiro MM, Ximenes AC, Bernardo WM, Sampaio-Barros PD. Artrite Psoriásica: Manejo e Tratamento. *Sociedade Brasileira de Reumatologia*. 10 de dezembro de 2013

Rothstein BE, McQuade B, Greb JE, Goldminz AM, Gottlieb AB. Apremilast and Secukinumab Combined Therapy in a Patient With Recalcitrant Plaque Psoriasis. *J Drugs Dermatol*. 2016;15(5):648-649.



Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriásica. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. PORTARIA CONJUNTA Nº 6, DE 17 DE JULHO DE 2017.

Secuquinumabe para o tratamento de artrite psoriásica em pacientes adultos com resposta inadequada a medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos ou biológicos da classe anti-TNF. Relatório de Recomendação CONITEC. No 336. Janeiro/2018.

WARD et al. American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY. DOI 10.1002/ART.39298VC 2015, AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY.

Programação dos medicamentos do 1º Trimestre de 2019 – Medicamentos Grupo 1A e Oncológicos. Ofício-Circular nº 21/2018/CGCEAF/DAF/SCTIE/MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE COORDENAÇÃO-GERAL DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CGCEAF. Brasília, 08 de novembro de 2018.