



ESTADO DE GOIÁS
INSTITUTO DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES PUBLICOS DO ESTADO DE GOIAS
DIRETORIA DE ASSISTENCIA AO SERVIDOR

Portaria Normativa nº 2/2018 - DAS- 06148

Normatiza o uso do medicamento SECUQUINUMABE no âmbito do IPASGO SAÚDE.

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR no uso de suas atribuições legais,
Considerando as evidências científicas sobre os benefícios do medicamento “Secuquinumabe” no tratamento de Psoríase em placas, Artrite Psoriásica e Espondilite Anquilosante;

Considerando a análise realizada pela equipe de auditores em Farmácia da Coordenação de Cadastro de Materiais e Medicamentos do IPASGO;

Considerando que o medicamento é aplicado via subcutânea;

Considerando ainda, a necessidade de cumprimento às normas estabelecidas pelo Sistema de Gestão da Qualidade – S.G.Q. – e demais atos normativos vigentes

RESOLVE:

Art. 1º Introduzir no Rol de medicamentos cobertos pelo IPASGO SAÚDE o medicamento “**Secuquinumabe**” (anticorpo IgG1 humano- inibidor da interleucina), com seu respectivo código e valor:

Código	Nome / Descrição	Unid	Valor
6471-8	SECUQUINUMABE 150MG/ML 1ML SI SC SE	SE	R\$ 3.114,34

Art. 2º O medicamento “*Secuquinumabe*” é indicado para uso ADULTO em:

- **Psoríase em placas:** tratamento de psoríase em placas moderada a grave em pacientes adultos que são candidatos a terapia sistêmica ou fototerapia.
- **Artrite psoriásica:** artrite psoriásica ativa em pacientes adultos, quando a resposta à terapia prévia com medicamentos antirreumáticos modificadores do curso da doença (MMCDs) for inadequada.
- **Espondilite anquilosante:** espondilite anquilosante ativa em pacientes adultos, que não tenham respondido adequadamente à terapia convencional.

§ 1º A posologia recomendada para pacientes adultos é de:

- **Psoríase em placas:** 300 mg por via subcutânea, com administração inicial nas semanas 0, 1, 2 e 3, seguida por administração de manutenção mensal com início na semana 4. Cada dose de 300 mg é administrada na forma de duas injeções subcutâneas de 150 mg.
- **Artrite psoriásica:** 150 mg, via subcutânea, com administração inicial nas semanas 0, 1, 2 e 3, seguida por administração de manutenção mensal com início na semana 4. (Para os pacientes com resposta inadequada a anti-TNF ou pacientes com psoríase em placas moderada a grave concomitante, a dose recomendada é de 300 mg, administrada na forma de duas injeções subcutâneas de 150 mg).
- **Espondilite anquilosante:** 150 mg, via subcutânea, com administração inicial nas semanas 0, 1, 2 e 3, seguida por administração de manutenção mensal com início na semana 4.

§ 2º Os critérios de preenchimento para cobertura obrigatória nos casos de espondilite anquilosante e artrite psoriásica estão estabelecidos na Portaria Normativa nº 03-2017/DAS, os quais

deverão ser aplicados também nesta Portaria Normativa.

§ 3º Para psoríase, o índice mais utilizado para avaliar a gravidade da doença é o PASI (Psoriasis Area and Severity Index/ Índice de Área e Gravidade de Psoríase). Ele combina a avaliação da gravidade das lesões e da área afetada em único escore no intervalo de 0 (sem doença visível) a 72 (doença máxima). O índice PASI 75 significa 75% de melhora dos sintomas na pontuação PASI em comparação à avaliação basal, se apresentado como um limite clinicamente relevante para a mensuração da eficácia terapêutica.

Art. 3º A aplicação do medicamento deverá ser objeto de solicitação prévia pelo prestador e autorização pela auditoria médica do Ipasgo e/ou pelos Coordenadores / Supervisor / Gerente de Auditoria Médica.

§ 1º O referido medicamento somente poderá ser solicitado por médico especialista em reumatologia e/ou dermatologia.

§ 2º O prestador deverá preencher o Formulário de “Solicitação de Atendimento” e a solicitação deverá ser cadastrada pelo prestador no sistema eletrônico do Ipasgo utilizando o seguinte código de procedimento:

Código	Descrição
--------	-----------

00.07.00-33 Aplicação de medicamento de alto custo sem taxa

§ 3º A solicitação deverá conter os dados mínimos pertinentes que justifiquem a sua utilização conforme artigo 2º desta portaria. Deverão ser descritos o histórico e diagnóstico clínico do paciente, relatando com precisão o quadro clínico atual e os “indícios” da atividade da doença, assim como o peso do paciente.

§ 4º O prestador deverá preencher o Formulário de Solicitação de Medicamento de Alto Custo, disponível no sistema prestadores e deverá incluir no sistema orçamento de materiais e medicamentos com o código e a quantidade de cada um.

§ 5º Deverão ser anexados os exames complementares comprobatórios da doença e sua atividade.

Art. 4º Tendo sido comprovada a existência de indicação conforme o Art 2º, será expedida guia tipo GTA, e o usuário se responsabilizará pela co-participação de 30% (trinta por cento) do valor final da guia.

Art.5º Os usuários do grupo familiar poderão utilizar o benefício do Programa de Apoio Social - PAS, dentro de suas normas, desde que estejam devidamente inscritos.

Art.6º A aplicação do medicamento só poderá ser realizada por Prestadores tipo Pessoa Jurídica, que possuam Padrão de Cobertura Operacional (PCO) para sua realização, conforme cadastramento específico junto à Gerência de Credenciamento do Instituto.

Art. 7º Estas determinações entram em vigência a partir da data da sua publicação.

CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE.

Diretoria de Assistência ao Servidor do INSTITUTO DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES PUBLICOS DO ESTADO DE GOIAS, aos 06 dias do mês de março de 2018.

MUCIO BONIFACIO GUIMARAES
Diretor (a)

ROMEUSUSSUMU KUABARA
Presidente

DIRETORIA DE ASSISTENCIA AO SERVIDOR
AVENIDA PRIMEIRA RADIAL Qd.F - Bairro SETOR PEDRO LUDOVICO - CEP 74820-300 - GOIANIA
- GO - N ° 586 ; BLOCO 3, 1º ANDAR (62)3238-2400



