

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE FARMÁCIA

DEPARTAMENTO DE PRODUÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS

DISCIPLINAS DE TCC I E TCC II

**Perfil dos Usuários Portadores de Artrite Reumatoide
Cadastrados na Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto
Alegre/Rio Grande do Sul**

Laura Braga de Pinho

Porto Alegre, junho de 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
DEPARTAMENTO DE PRODUÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS
DISCIPLINAS DE TCC I E TCC II

**Perfil dos Usuários Portadores de Artrite Reumatoide
Cadastrados na Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto
Alegre/Rio Grande do Sul**

Laura Braga de Pinho

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Denise Bueno

Co-Orientadora: Paola Lucca Pizutti

Local de Realização: Farmácia de Medicamentos Especiais

Porto Alegre, junho de 2012.

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer à minha família, especialmente meus pais, Carlos Alberto e Célia, e minha tia, Heloísa, pelo apoio durante todos esses anos de graduação.

À minha orientadora, Dra. Denise Bueno, pelo comprometimento, conhecimento e pelos conselhos imprescindíveis.

À minha co-orientadora, Paola Lucca Pizutti, pelos conselhos, apoio e por tudo que me ensinou no período que trabalhamos juntas.

Ao Daniel e colegas da FME pelas palavras de apoio e disposição de ajudar e ensinar.

À Fabiane por tudo que me ensinou, pelos conselhos e por ter despertado em mim a paixão pela profissão.

Ao meu namorado, pela dedicação e compreensão.

E aos meus colegas, pelo companheirismo e amizade.

Sumário

Lista de Siglas	5
Apresentação	6
Página de Identificação	7
Resumo	8
Abstract.....	9
Introdução	10
Metodologia	14
Resultados e Discussão	16
Considerações Finais	29
Referências	30
Apêndice	33
Anexos	35

Lista de Siglas

- AR – Artrite Reumatoide
- CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
- MMCD – Medicamentos Modificadores do Curso da Doença
- RS – Rio Grande do Sul
- FME – Farmácia de Medicamentos Especiais
- MS – Ministério da Saúde
- CNS – Cartão Nacional de Saúde
- CID-10 – Código Internacional da Doença
- LME – Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica
- SUS – Sistema Único de Saúde
- AME – Administração de Medicamentos Especiais
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- SES – Secretaria Estadual de Saúde

Apresentação

Este trabalho apresenta-se sob forma de artigo original, com o intuito de ser submetido à publicação na *Revista de APS da Universidade Federal de Juiz de Fora*. As normas técnicas de instrução aos autores encontram-se disponíveis ao fim da apresentação para facilitar a avaliação pela Banca Examinadora (ANEXO 1).

Perfil dos Usuários Portadores de Artrite Reumatoide Cadastrados na Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto Alegre/Rio Grande do Sul

Profile of Rheumatoid Arthritis Patients with Records at the Pharmacy of Specialized Medicine in Porto Alegre/Rio Grande do Sul

Laura Braga de Pinho, Paola Lucca Pizutti, Denise Bueno

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Farmácia - Departamento de Produção e Controle de Medicamentos

Avenida Ipiranga 2752, CEP 90.610-000, Porto Alegre, Rio Grande do Sul – Brasil

Endereço para correspondência:
Denise Bueno, Prof^a. Dr^a.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Farmácia
Avenida Ipiranga, 2752
Porto Alegre, RS – Brasil
CEP: 90.610-000
Telefone: (51) 3316-5305
Fax: (51) 3316-5437
e-mail: denise.bueno@ufrgs.br

Resumo

Artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune, de etiologia desconhecida, caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que leva à deformidade e destruição das articulações devido à erosão da cartilagem e osso. No Brasil, estima-se incidência em 0,46% da população. Terapia farmacológica é o principal tratamento para todos os pacientes com exceção daqueles com remissão clínica. O tratamento para essa doença é fornecido através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), a dispensação de medicamentos do CEAF é realizada na Farmácia de Medicamentos Especiais (FME). O objetivo do estudo foi o de traçar o perfil dos usuários portadores de artrite reumatoide com cadastro na Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O delineamento deste estudo foi transversal, descritivo, com análise de banco de dados eletrônico, através do sistema de Administração de Medicamentos Especiais (AME) e consulta aos processos físicos. Aproximadamente 11% dos usuários cadastrados na FME portadores de artrite reumatoide são homens e 89%, mulheres. A faixa etária de maior incidência é a de 45 a 64 anos e há maior frequência do CID M05.8 – Outras Artrites Reumatoides Soropositivas (52,84%). O principal problema encontrado nos processos administrativos é a falta de documentação exigida pelo CEAF e pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da doença. Entre os tratamentos deferidos, 13,65% são fornecidos via processo judicial. Para a inclusão de um novo medicamento o tempo médio de espera por avaliação técnica foi de 25,9 dias, sendo o período mínimo um dia e o máximo, 149 dias. Para a reavaliação, o tempo médio de espera foi de 58,7 dias, sendo o menor período igual a quatro dias e o maior período, 145 dias. Verificou-se que 50% das receitas analisadas foram prescritas no sistema público de saúde e 50% no sistema privado e há predominância de prescrições oriundas de hospitais. Observou-se que 32,02% da posologia cadastrada no sistema AME para retirada mensal na farmácia não estava em conformidade com a prescrição encontrada no processo. Analisar dificuldades encontradas no encaminhamento destes processos pode contribuir para que os usuários de saúde tenham acesso efetivo a seus tratamentos de forma a aprimorar a qualidade do serviço, melhorar a qualidade de vida e diminuir os custos de tratamento.

Palavras-chave: artrite reumatoide; componente especializado; assistência farmacêutica;

Abstract

Rheumatoid Arthritis (RA) is an autoimmune disease, with unknown etiology, characterized by periferic poliartthritis, simetric, that leads to deformity and articulations destruction due to cartilage and bone erosion. In Brazil, the estimated prevalence is 0,46% in population. Pharmacological therapy is the main treatment for all the patients except those with clinical remission. Treatment for the disease is given by the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (SCPA). In Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), the medicines from SCPA are distributed in the Pharmacy of Specialized Medicine (PSM). The objective of this study was to profiling users suffering from RA with records at the Pharmacy of Specialized Medicine in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. The design of the study was transversal, descriptive, with electronic bank analysis, through Specialized Medicine Administration (SMA) system and physical charts. Approximately 11% of the users with records at PSM carrying RA are men and 89%, women. The age group of greatest incidence is 45 to 64 years old and there are a prevalence of ICD M05.8 - Other rheumatoid arthritis with rheumatoid factor (52,84%). The major problem found in the processes is the lack of documentation required by SCPA and the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines (CPTG) of the disease. Among the treatments granted, 13.65% were provided by lawsuit. To include a new medicine the average time was 25,9 days, the minimum was one day and the maximum, 149 days. To revaluation the average time was 58,7 days, the minimum was four days and the maximum was 145 days. It was found that 50% of prescription came from the public system and 50% from private system and that most of the prescriptions came from hospitals. Analyze difficulties encountered in the management of these processes can contribute to health users have access to their treatments effectively in order to improve the quality of service, improve the quality of life and reduce treatment costs.

Key words: rheumatoid arthritis, specialized component; pharmaceutical assistance.

Introdução

Artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune, de etiologia desconhecida, caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que leva a deformidade e destruição das articulações devido à erosão da cartilagem e osso¹. Tem distribuição universal, acometendo todas as raças, sendo duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens¹. Tem prevalência em torno de 0,4% a 1,9% da população mundial adulta. No Brasil, estima-se uma prevalência de 0,46%². Por acometer adultos em fase produtiva é uma doença de importância socioeconômica, visto que 50% dos pacientes são considerados incapazes para o trabalho após 10 anos de doença².

Os principais objetivos do tratamento de um paciente com AR são: reduzir a dor, o edema articular e os sintomas constitucionais, como a fadiga, melhorar a função articular, interromper a progressão do dano ósseo-cartilaginoso, prevenir incapacidades e reduzir a morbimortalidade³. Terapia farmacológica é o principal tratamento para todos os pacientes com exceção daqueles com remissão clínica⁴. Uma vez que a maior parte das lesões erosivas se estabelece nos dois primeiros anos da doença, o reconhecimento e tratamento adequado nesta fase podem evitar ou retardar a progressão da AR³.

O tratamento para AR é fornecido através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). O CEAF foi regulamentado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 e substituiu, em março de 2010, o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional^{5,6}. O componente excepcional foi substituído por necessidade de ampliação de cobertura dos medicamentos já constantes na lista, ampliação da lista de medicamentos padronizados e ainda ampliar as linhas de cuidado, atendendo maior número de doenças, ou seja, o CEAF foi criado com objetivo de aumentar o acesso aos medicamentos⁵. O CEAF tem como objetivo a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial e oferece as linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), elaborados, publicados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde⁷.

Os PCDT têm o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento recomendado, com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e também de possíveis efeitos adversos. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os PCDT, também objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz⁸. Portanto, no âmbito do CEAF, os usuários portadores de doenças descritas nos PCDT têm o tratamento

disponível se a documentação solicitada estiver de acordo com os critérios presentes no respectivo protocolo.

As terapias medicamentosas incluem uso de anti-inflamatórios não hormonais, corticoides, medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) sintéticos e biológicos e imunossupressores⁹. O Ministério da Saúde disponibiliza para tratamento da AR os seguintes MMCD: agentes antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina), sulfassalazina, metotrexato e leflunomida. Ainda podem ser fornecidos agentes anticitocinas, são eles: adalimumabe, etanercepte e infliximabe⁴. O PCDT de artrite reumatoide preconiza que a estratégia de tratamento seja o escalonamento e combinação de múltiplos medicamentos de diferentes classes. E, antes de se considerar o uso de agentes anticitocinas em pacientes com doença ativa apesar do uso do metotrexato, o uso de terapias adjuntas como corticosteroides de aplicação intra-articular deve ser avaliado.

Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), a dispensação de medicamentos do CEAF é realizada na Farmácia de Medicamentos Especiais (FME) através de abertura de processo administrativo para requisição do tratamento. Os documentos necessários para abertura do processo são aqueles preconizados pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009⁶:

- a) *Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);*
- b) *Cópia do documento de identidade;*
- c) *Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;*
- d) *Prescrição médica devidamente preenchida;*
- e) *Documentos exigidos nos PCDT publicados na versão final pelo MS, conforme a doença e o medicamento; e*
- f) *Cópia do comprovante de residência.*

Os documentos entregues pelo usuário, ou seu responsável legal, são encaminhados para o perito previamente designado para avaliação técnica seguindo as diretrizes do PCDT e as regras do CEAF. Uma vez verificada concordância entre o tratamento requerido pelo médico assistente e o recomendado pelo PCDT e a conformidade dos documentos entregues, o tratamento é dado como deferido e o usuário pode retirar o medicamento na FME. No entanto, se os documentos não estiverem de acordo com as diretrizes terapêuticas o processo pode ser definido como incompleto, quando existem documentos pendentes de entrega para avaliação, ou indeferido, quando o CID-10 não é contemplado ou esquema terapêutico não é o preconizado, por exemplo. Nessas duas situações, o usuário pode entregar novamente os

documentos exigidos para deferimento do processo. O tratamento não pode ser dispensado até regularização do processo.

Durante o tratamento são realizadas reavaliações periódicas, também chamadas de renovação, semestralmente ou a critério médico, que consistem na entrega de LME adequadamente preenchido, prescrição médica atualizada e devidamente preenchida, exames necessários para o monitoramento do tratamento descritos pelo PCDT conforme a doença e medicamento e novo termo de consentimento informado para avaliação do perito. O requerimento, nessa etapa, pode ser dado como deferido, incompleto ou indeferido, assim como ocorre na abertura. O fluxo dos documentos pode ser observado na figura 1.

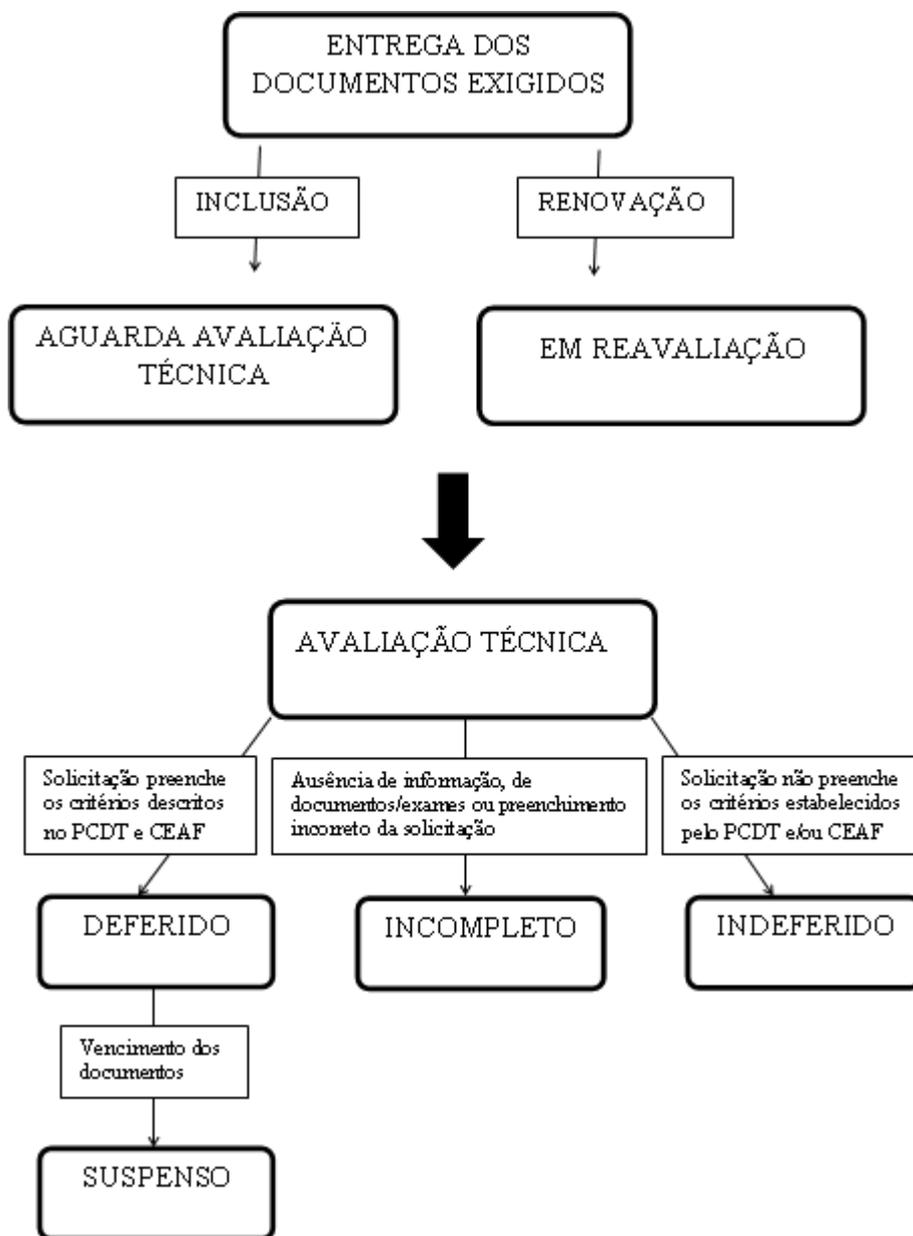


Figura 1 – Fluxograma do procedimento para requerimento de tratamento do CEAF.

De acordo com as diretrizes do SUS e com o que preconiza o PCDT de AR, o paciente deve ser beneficiado com a reavaliação periódica do tratamento, pois desta forma o perito técnico, junto ao médico assistente pode monitorar a sua evolução clínica. Entretanto, nas situações de incompleto e indeferido, o usuário tem o tratamento interrompido e possivelmente comprometido. Visto que o tratamento deve ser contínuo e precoce, tal acontecimento prejudica a qualidade de vida do usuário e por isso é necessário identificar quais são os problemas prevalentes nos processos administrativos de pacientes portadores de AR. Além disso, a interrupção do tratamento pela via administrativa pode gerar demanda judicial para o Estado.

Os processos judiciais normalmente têm concessão de tutela antecipada¹⁰. Por isso o medicamento deve ser entregue imediatamente ao paciente, geralmente em um prazo de até cinco dias úteis, gerando uma demanda não prevista no planejamento do serviço, o que gera maior custo para a gestão na aquisição do mesmo¹⁰.

A Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto Alegre/RS também atende os usuários que possuem processo pela via judicial. Esses usuários ficam dispensados da reavaliação periódica, sendo necessária apenas a entrega de receita mensalmente quando o medicamento é de controle especial, conforme a Portaria SVS/MS nº 344/98. A distinção entre os usuários com processo administrativo e judicial é feita através do sistema AME, em que todos os dados referentes ao tratamento e ao paciente são armazenados.

Todas as informações referentes à situação de processos, cadastro e dados de usuários e histórico de dispensação de todos os usuários são armazenadas no sistema AME (Administração de Medicamentos Especiais). O sistema AME também permite administrar o processo de aquisição, estoque e distribuição de medicamentos pelos diversos setores da Secretaria de Saúde em todo o Estado do Rio Grande do Sul¹¹. É um banco de dados que centraliza todas as informações de pacientes, tratamentos, dispensações, médicos, CID-10, as quais podem ser consultadas por qualquer outro Órgão da SES do RS através da internet. O sistema possibilita a emissão de relatórios com dados referentes aos usuários, seu respectivo tratamento e histórico.

Este estudo objetivou traçar o perfil dos usuários portadores de artrite reumatoide com cadastro na Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Metodologia

Foram analisados os processos de usuários portadores de artrite reumatoide cadastrados na Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

O delineamento deste estudo foi transversal, descritivo, com análise de prontuários de pacientes mediante consulta de relatórios *online*, através do sistema de Administração de Medicamentos Especiais (AME) e utilizando os CID-10 aceitos pelo PCDT de Artrite Reumatoide.

Primeiramente foi emitida a Relação de Pacientes em Tratamento (RAME011). A partir dessa relação, os dados como sexo, idade, CID-10, endereço, tratamento, situação do tratamento e prescritor foram coletados do banco de dados eletrônico do sistema AME. Os processos físicos que se encontravam no arquivo da Farmácia de Medicamentos Especiais foram consultados com o objetivo de coletar dados sobre a prescrição.

O Histórico do paciente (RAME042) foi consultado quando houve necessidade de esclarecer o motivo da situação do tratamento. Para a coleta de dados sobre o período de avaliação dos tratamentos foi utilizado o mesmo banco de dados do sistema AME, incluindo apenas solicitações realizadas a partir de 2010 e o período da última renovação avaliada. Foram excluídos requerimentos de medicamentos realizados anteriormente a 2010, pois esse dado não constava no sistema AME, assim como períodos de renovação que não haviam sido avaliadas pelo técnico.

O critério de inclusão do presente estudo foi o de usuários com cadastro na Farmácia de Medicamentos Especiais do Estado do RS para tratamento de artrite reumatoide e que residiam no município de Porto Alegre. Foram excluídos do estudo usuários com situação de tratamento bloqueado ou encerrado, já que isso significa que este não utiliza mais o serviço da farmácia. Também foi considerado critério de exclusão usuários com CID-10 não incluídos no PCDT de Artrite Reumatoide do Ministério da Saúde ou a não identificação do CID-10.

Os dados foram coletados através da análise de processos de usuários portadores de artrite reumatoide que possuem cadastro no sistema de Administração de Medicamentos Especiais (AME) que residem em Porto Alegre, bem como de relatórios gerados pelo mesmo sistema. Os dados coletados em prontuários e em cadastros eletrônicos não identificam os usuários individualmente, pois foi criado um banco de dados visando contemplar o objetivo do estudo. A coleta dos dados foi realizada pelo pesquisador envolvido neste projeto, sob supervisão do farmacêutico local responsável por estes processos. Os dados foram apontados no instrumento de coleta elaborado para este fim (APÊNDICE 1).

A coleta de dados foi realizada entre março e maio de 2012.

Os processos físicos foram analisados no Setor Administrativo da Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto Alegre/RS em local destinado para este fim. A coleta e análise foram feitas sob a supervisão do farmacêutico responsável. A interpretação dos resultados foi analisada a partir das informações obtidas do banco de dados elaborado pelo próprio pesquisador. A análise dos dados foi realizada por categorização de semelhança obedecendo aos objetivos do trabalho. Não foram identificados os pacientes, pois a análise de dados visa o conjunto de dados e não a individualização dos mesmos.

Este projeto foi submetido para aprovação pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública (ESP-SES/RS), responsável por projetos realizados na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e tem o registro nº706/12 (ANEXO 2).

Resultados e Discussão

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde¹².

Conforme a última revisão do PCDT de AR, aprovada pela Portaria SCTIE nº 66 de 6 de novembro de 2006, a doença pode ser classificada por um dos seguintes CID-10: M05.0 (Síndrome de Felty); M05.1 (Doença reumatoide do pulmão); M05.2 (Vasculite reumatoide); M05.3 (Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos ou sistemas); M05.8 (Outras artrites reumatoides soropositiva); M06.0 (Artrite reumatoide soronegativa); M06.8 (Outras artrites reumatoides) e M08.0 (Artrite reumatoide juvenil)⁴.

Este estudo iniciou com a emissão de uma Relação de pacientes em tratamento (RAME011) com os CID-10 citados no quadro 1 (p. 16) e excluindo os usuários com tratamento encerrado ou bloqueado.

O total obtido de usuários cadastrados foi de 779. Uma usuária faleceu durante o estudo, quatro usuários tiveram o tratamento bloqueado, um processo não foi encontrado e foi constatado, em análise do processo físico, que um usuário não possuía CID-10 conforme o PCDT, totalizando um universo de 772 usuários.

Quadro 1 – Relação de CID-10 considerados para a pesquisa de usuários cadastrados portadores de AR na FME.

CID-10	Descrição
m05.0	Síndrome de Felty
m05.1	Doença Reumatoide do Pulmão
m05.2	Vasculite Reumatoide
m05.3	Artrite Reumatoide com comprometimento de outros órgãos ou sistemas
m05.8	Outras Artrites Reumatoides Soropositivas
m06.0	Artrite Reumatoide Soronegativa
m06.8	Outras Artrites Reumatoides
m08.0	Artrite Reumatoide Juvenil

Entre os 772 usuários cadastrados na Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto Alegre, 83 indivíduos eram do sexo masculino, enquanto 689, do sexo feminino, ou seja, aproximadamente 11% dos usuários cadastrados na FME portadores de artrite reumatoide são homens e 89%, mulheres. A prevalência da doença em mulheres é citada na literatura e esse dado é similar ao encontrado em estudos realizados em São Paulo e no Paraná. Em São Paulo o sexo feminino representava 86% dos casos, enquanto no Paraná esse número era um pouco menor, 72%^{13,14}. Em Brasília, em estudo realizado com pacientes com AR inicial, 86,15% dos indivíduos eram do sexo feminino³.

As faixas etárias encontradas neste estudo podem ser observadas na figura 2. A faixa etária de maior incidência é a de 45 a 64 anos com aproximadamente 57% dos usuários e a de menor frequência a de 0 a 19 anos. Esse dado está em conformidade com o encontrado na literatura, onde se verifica que a maior incidência da doença ocorre entre 35 e 65 anos, que coincide com a idade mais produtiva dos indivíduos¹³. Porém é importante salientar que os dados encontrados referem-se aos pacientes que já recebem tratamento, portanto o diagnóstico da doença pode ter ocorrido em um período anterior. Idosos representam 26% dos usuários cadastrados para tratamento de AR na FME. Os idosos são um grupo de usuários que são habitualmente associados à polifarmácia, devido à presença de enfermidades crônicas que aparecem ao longo da sua trajetória¹⁵.

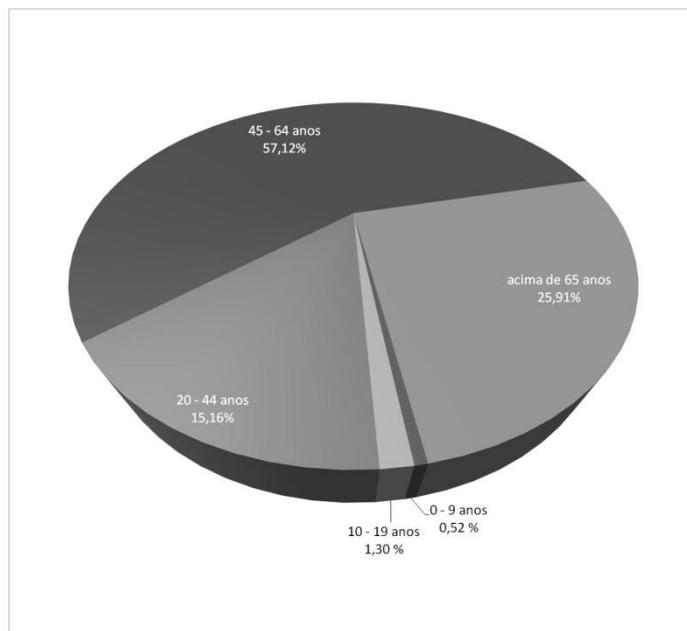


Figura 2 – Gráfico representando as faixas etárias dos usuários portadores de artrite reumatóide cadastrados na Farmácia de Medicamentos Especiais do Rio Grande do Sul.

O grupo etário também foi relacionado com os dados obtidos da análise de gênero e os dados podem ser observados na figura 3. A doença é mais predominante no grupo masculino nas faixas etárias mais jovens, porém com o envelhecimento a porcentagem de portadores de AR do sexo feminino e do sexo masculino fica praticamente igual, sendo que 25,30% dos homens e 25,98% das mulheres se encontram no grupo de idosos (acima de 65 anos). A faixa etária de maior frequência se mantém a mesma, 45 a 64 anos, tanto para o grupo masculino quanto para o feminino, reforçando o achado na análise do dado isolado.

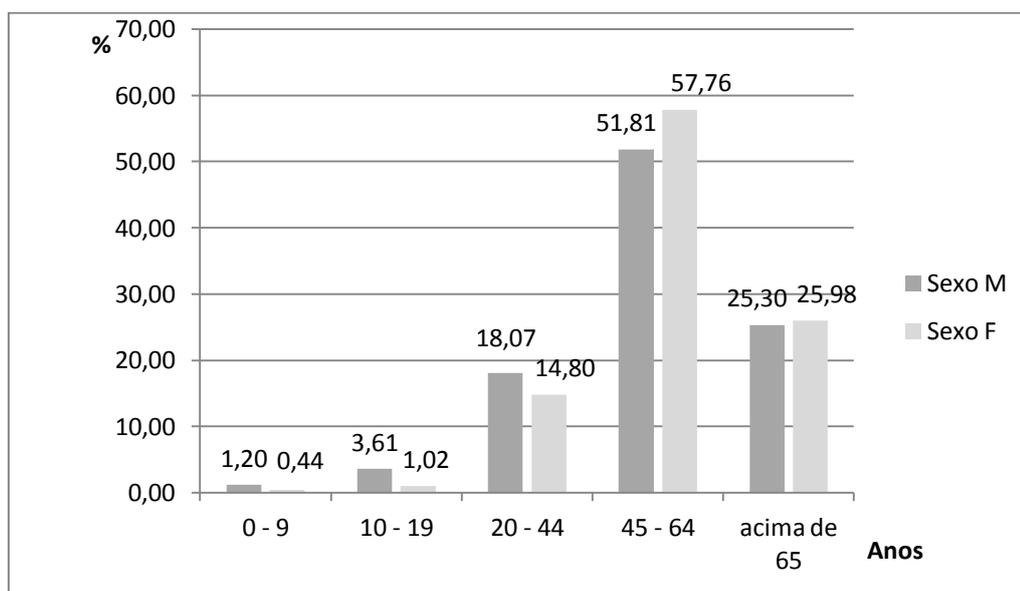


Figura 3 – Gráfico comparativo obtido da análise das faixas etárias de acordo com o sexo do usuário.

Os resultados encontrados na análise da classificação da doença artrite reumatoide podem ser observados na Tabela 1, onde é possível verificar que há maior frequência de Outras Artrites Reumatoides Soropositivas (m05.8), o que representa 52,84% da população em estudo. Enquanto isso, a menos frequente é a Doença Reumatoide do Pulmão (m05.1).

Um estudo realizado no Paraná¹⁴ revelou que a maior parte dos pacientes (55%) também apresentavam Outras Artrites Reumatoides Soropositivas. Alguns usuários possuem mais de uma classificação de artrite reumatoide, possuindo mais de um código CID-10 cadastrado, pois os medicamentos do tratamento são abordados individualmente, podendo o usuário ter um código para cada um dos medicamentos utilizados. Além disso, alguns usuários têm CID-10 secundário, como Lúpus eritematoso disseminado e enterocolite ulcerativa.

Tabela 1 – Relação de CID-10 encontrados no estudo.

CID	Descrição	Qtd	%
m05.0	Síndrome de Felty	84	10,16
m05.1	Doença Reumatóide do Pulmão	4	0,48
m05.2	Vasculite Reumatóide	6	0,73
m05.3	Artrite Reumatóide com comprometimento de outros órgãos ou sistemas	56	6,77
m05.8	Outras Artrites Reumatóides Soro-positivas	437	52,84
m06.0	Artrite Reumatóide Soro-negativa	177	21,40
m06.8	Outras Artrites Reumatóides	41	4,96
m08.0	Artrite Reumatóide Juvenil	22	2,66

A situação dos tratamentos requeridos foi analisada e os resultados podem ser observados na tabela 2 (p. 19). Observou-se neste estudo que alguns processos estavam deferidos provisoriamente. No sistema AME não existe a previsão de deferimento provisório. O deferimento provisório ocorre na prática para permitir que o usuário receba o tratamento por um tempo menor do que o previsto no sistema. De 513 tratamentos deferidos, aproximadamente 26% são provisórios.

Tabela 2 – Situação do tratamento dos usuários portadores de artrite reumatoide cadastrados na Farmácia de Medicamentos Especiais.

Situação	Ocorrência	%
Aguarda Avaliação Técnica	68	6,02
Deferido	513	45,40
Em Reavaliação	210	18,58
Incompleto	129	11,42
Indeferido	82	7,26
Suspenso	128	11,33

A análise da situação do tratamento também objetivou identificar os principais problemas encontrados nos processos administrativos. O tratamento que foi dado como incompleto após avaliação com maior frequência foi a leflunomida 20mg, representando 37 dos 129 tratamentos incompletos. O medicamento com maior frequência de indeferimento foi a azatioprina 50 mg, representando 15 dos 82 tratamentos indeferidos. Isso ocorre porque a azatioprina 50mg não é fornecida para os CID-10 previstos no PCDT de Artrite Reumatoide, sendo o tratamento indeferido automaticamente pelo sistema AME.

Quanto ao cadastro de pacientes a principal observação encontrada foi a falta ou o preenchimento inadequado do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), que deve ser entregue no momento da primeira solicitação do medicamento e em todas as reavaliações. O segundo maior problema encontrado nos cadastros foi a falta do termo de consentimento informado para uso dos medicamentos assinado pelo médico assistente e pelo usuário.

A Portaria SCTIE nº 66/2006 preconiza para inclusão no protocolo de tratamento de artrite reumatoide que o paciente apresente pelo menos quatro dos seguintes critérios: a) rigidez matinal: rigidez articular/periarticular durando pelo menos uma hora antes da máxima melhora; b) artrite em 3 ou mais áreas: artrite em 3 ou mais articulações com edema de partes moles ou derrame articular; c) artrite de articulações de mãos e punhos; d) artrite simétrica (bilateral); e) nódulos reumatoides em proeminências ósseas, superfície extensora ou região justarticular; f) fator reumatoide sérico; g) alterações radiológicas (erosões localizadas ou osteopenia justarticular) em raio-X de mãos e punhos e/ou radiografia de mãos e punhos e fator reumatoide caso não apresente quatro dos critérios citados. A ausência de descrição detalhada de sinais e sintomas da doença de acordo com o descrito no PCDT é o principal

motivo de processos avaliados como incompletos.

Os problemas encontrados relacionados à ausência ou mal preenchimento de documentos e exames descritos no PCDT de AR e/ou na Portaria 2.981 podem ser observados na figura 4 (p. 20).

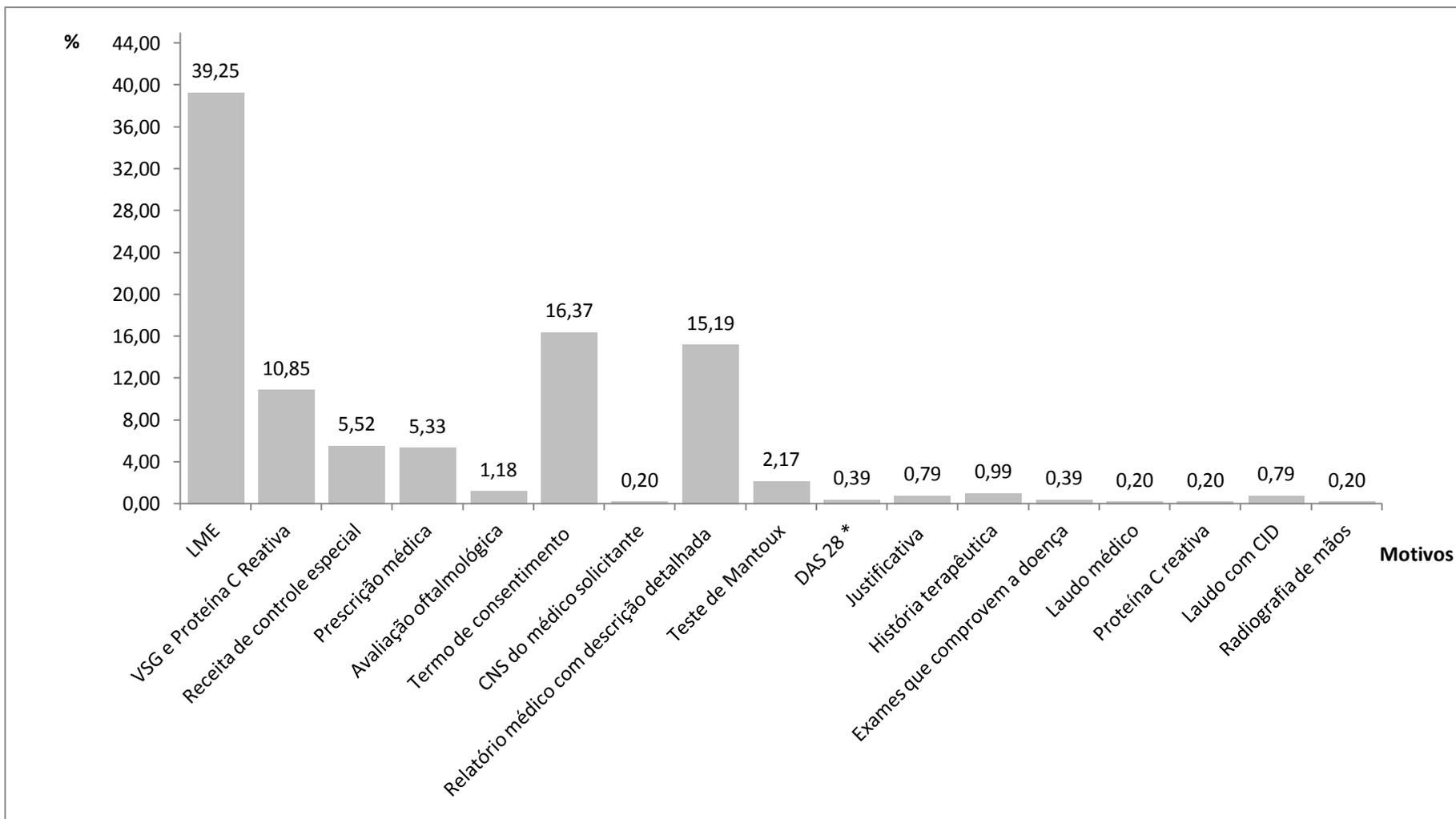


Figura 4 – Gráfico de percentual da frequência dos documentos que foram considerados faltantes ou em inconformidade com o PCDT e/ou com a Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009.

A principal causa de indeferimento não é a falta de documentos no processo, mas sim devido ao medicamento não fazer parte do elenco disponibilizado pelo SUS. Outros motivos relacionados a exigências e critérios do PCDT e do CEAF contribuíram para a interrupção ou indeferimento do tratamento (Figura 5).

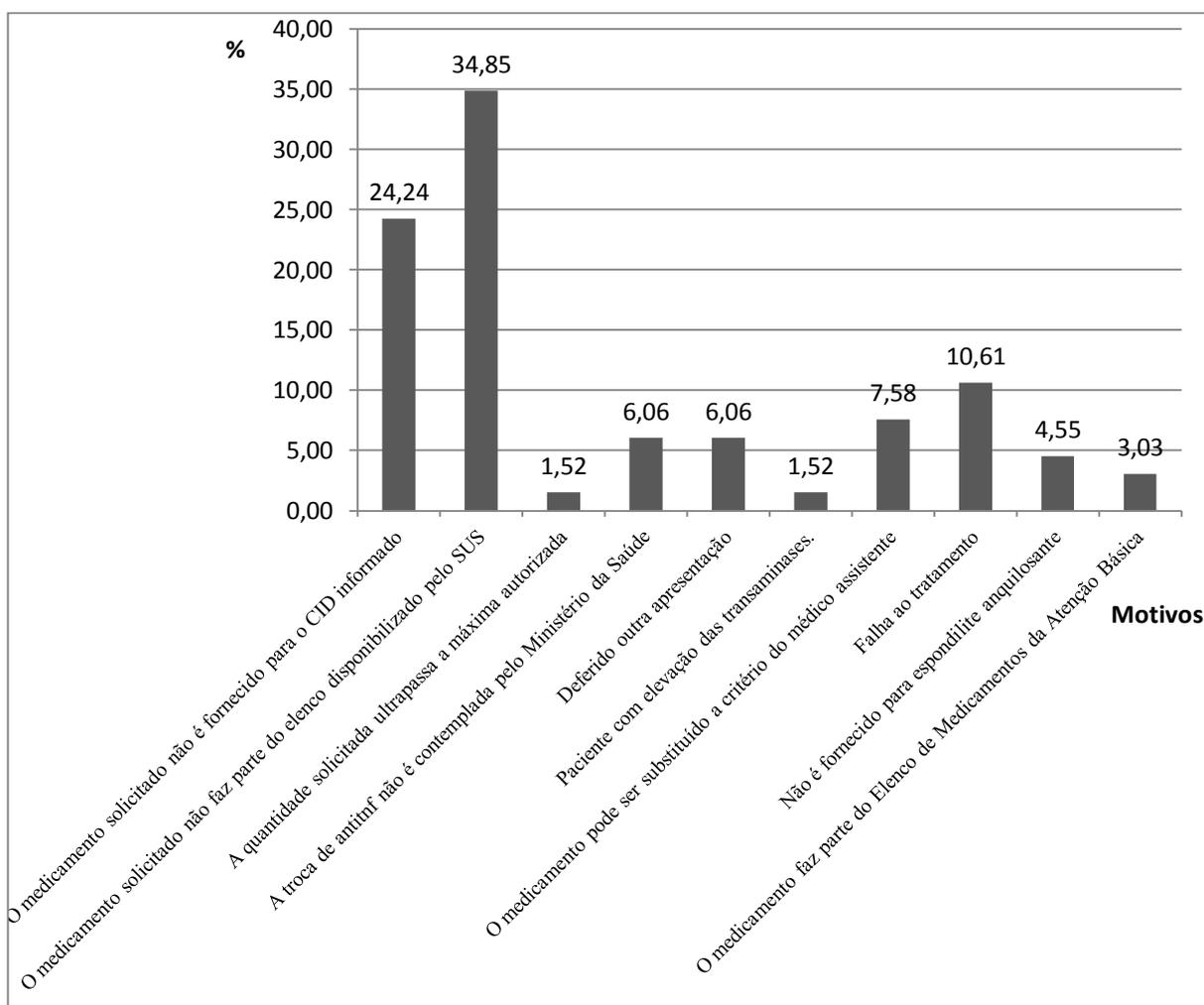


Figura 5 – Gráfico com o percentual de outras ocorrências não relacionadas a documentos que causaram interrupção ou o indeferimento do tratamento.

De 1130 tratamentos analisados, 573 ocorrências de problemas foram identificadas sendo que 88,48% são relacionadas à falta ou mal preenchimento de documentos, enquanto 11,52% são relacionados a inconformidades de acordo com os critérios estabelecidos pelo PCDT e pelo CEAF, inclusive requerimentos de medicamentos não pertencentes ao CEAF.

Estes dados sinalizam que o principal motivo da ocorrência dos problemas é a falta de

informação, pois todos os documentos necessários estão descritos na Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 e no PCDT da doença. Além disso, estão disponíveis no portal *online* da SES do RS o LME e o Termo de Consentimento Informado, os principais documentos com problemas encontrados.

De 513 tratamentos deferidos, 13,65% são fornecidos por processo judicial, ou seja, 70 tratamentos são dispensados por demanda judicial, dos quais 32 apresentam medicamentos integrantes da lista de medicamentos fornecidos pelo CEAF para AR. Isso significa que 45,71% dos tratamentos judiciais poderiam ser fornecidos administrativamente.

A prevenção à judicialização com fornecimento quando possível de medicamentos pela via administrativa se faz necessário para resolução dos problemas relacionados a esta demanda, diminuindo custos tanto para o Estado quanto para o usuário.

Na tabela 3 (p. 24) pode ser observada a lista de medicamentos que em algum momento foram requeridos à Secretaria Estadual de Saúde pelo usuário e a frequência com que isso ocorreu, independente da situação do tratamento, e a via, judicial ou administrativa. A Portaria SCTIE nº 66/2006⁴ preconiza o escalonamento do tratamento:

- a) Uso de um Medicamento Modificador do Curso da Doença – antimalárico, sulfassalazina ou metotrexato;
- b) Uso de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides se necessário enquanto aguarda o efeito máximo dos Medicamentos Modificadores do Curso da Doença;
- c) Aumento de dose do Medicamento Modificador do Curso da Doença;
- d) Troca de Medicamento Modificador do Curso da Doença – usar metotrexato se este não havia sido utilizado anteriormente;
- e) Uso de corticoide intra-articular se sintomas forem pauci-articulares;
- f) Associação de corticoide;
- g) Associação de Medicamentos Modificadores do Curso da Doença;
- h) Uso de agentes anticitocinas.

Apesar de o metotrexato, antimaláricos e sulfassalazina serem preconizados pelo PCDT de AR como primeira escolha para o tratamento, o medicamento mais prescrito é a leflunomida 20mg, tanto administrativamente quanto judicialmente representando 40,48% dos requerimentos. O metotrexato 2,5mg na apresentação de comprimido segue a leflunomida administrativamente, enquanto o segundo medicamento mais prescrito judicialmente é o rituximab na apresentação de 500mg. A sulfassalazina é o MMCD com menor número de frequência, seguido pelo metotrexato 25mg/ml injetável. A anticitocina mais fornecida é o adalimumabe 40mg, apesar de o PCDT ressaltar que não há diferença de eficácia entre

agentes anticitocinas parece haver preferência por adalimumabe e etanercepte em detrimento do infliximabe. Provavelmente isto esteja relacionado aos efeitos adversos relacionados aos medicamentos em questão e a via de aplicação. Adalimumabe e etanercepte possuem via de administração subcutânea, podendo ser feita aplicação domiciliar pelo próprio paciente, enquanto infliximabe é administrado endovenosamente, ou seja, é necessário que a aplicação seja feita em ambiente hospitalar¹⁶. É importante salientar que em caso de falha terapêutica o PCDT não prevê a utilização de outro agente anticitocina com expectativa de sucesso de tratamento. Por isso a substituição não é autorizada e essa é uma escolha que deve ser bem estudada e discutida entre o médico assistente e o usuário.

Tabela 3 – Frequência de medicamentos no tratamento de usuários portadores de artrite reumatoide.

Medicamento	Dispensação	Requerimentos
Hidroxicloroquina 400mg	Administrativa	112
	Judicial	6
Sulfassalazina 500mg	Administrativa	55
	Judicial	2
Metotrexato 2,5mg	Administrativa	177
	Judicial	1
Metotrexato 25mg/ml	Administrativa	65
	Judicial	1
Leflunomida 20mg	Administrativa	447
	Judicial	11
Adalimumabe 40mg	Administrativa	79
	Judicial	7
Etanercepte 25mg	Administrativa	6
	Judicial	3
Etanercepte 50mg	Administrativa	54
	Judicial	0
Infliximabe 100mg	Administrativa	14
	Judicial	1
Rituximab 500mg	Administrativa	1
	Judicial	9
Rituximab 100mg	Administrativa	0
	Judicial	0
Tocilizumabe 20mg/ml	Administrativa	3
	Judicial	9
Tocilizumabe 80mg/ml	Administrativa	1
	Judicial	6
Abatacepte 250 mg	Administrativa	0
	Judicial	6
Leflunomida 100mg	Administrativa	3
	Judicial	1
Cloroquina 250mg	Administrativa	4
	Judicial	0
Ciclosporina 50mg	Administrativa	2
	Judicial	0
Azatioprina 50mg	Administrativa	15
	Judicial	1
Tramadol 50mg Sol Oral	Administrativa	2
	Judicial	0
Cloroquina 150mg	Administrativa	2
	Judicial	0

Deflazacort 6mg	Administrativa	1
	Judicial	1
Metotrexato 2,5mg/2Ml	Administrativa	1
	Judicial	0
Ácido Fólico 5mg	Administrativa	1
	Judicial	1
Carbonato de cálcio 500 mg + Colecalciferol 200UI	Administrativa	1
	Judicial	0
Sertralina 50mg	Administrativa	3
	Judicial	0
Diclofenaco sódico 50 mg	Administrativa	0
	Judicial	1
Carbonato de cálcio 1250mg	Administrativa	0
	Judicial	1
Vit A 4400UI + Vit D3 2200 UI	Administrativa	0
	Judicial	1
Cetoprofeno 160mg	Administrativa	1
	Judicial	0
Vit A + Vit D3 gotas	Administrativa	1
	Judicial	0
Calcitriol 0,25mcg	Administrativa	1
	Judicial	0
Itraconazol 100mg	Administrativa	1
	Judicial	0
Metotrexato 500mg/20ml	Administrativa	1
	Judicial	0
Fluoxetina 20mg	Administrativa	2
	Judicial	0
Etoricoxib 90mg	Administrativa	1
	Judicial	0
Risedronato 150mg	Administrativa	1
	Judicial	0
Glicosamina 1,5 + Condroitina 1,2g	Administrativa	0
	Judicial	1
Alfaepoetina 4000 UI	Administrativa	1
	Judicial	0
Tramadol 50mg Sol Oral	Administrativa	1
	Judicial	0

O tempo entre a entrega dos documentos requeridos de acordo com o PCDT de AR e a avaliação do perito também foi analisado. Para a inclusão de um novo medicamento o tempo médio de avaliação foi de 25,9 dias, sendo o período mínimo um dia e o máximo, 149 dias. Para a reavaliação, ou seja, avaliação de documentos entregues referentes a um medicamento já em uso para monitoramento ou aumento da dose, o tempo médio de avaliação foi de 58,7 dias, sendo o menor período igual a 4 dias e o maior período, 145 dias. A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, entre outras providências, dispõe também sobre os princípios do Sistema Único de Saúde:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;*
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;*

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
VIII - participação da comunidade;
IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
*XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.*¹⁷

Ao analisar o período de avaliação dos processos foi possível perceber que existe uma diferença significativa entre o tempo mínimo e máximo que diferentes usuários esperaram, tanto na inclusão quanto na renovação do tratamento, sendo a diferença média de 144,5 dias. Os usuários deveriam ser tratados de maneira igualitária, preservando a equidade da assistência à saúde, conforme as diretrizes do SUS, sem privilégios de qualquer espécie independente do motivo disso acontecer.

O tempo máximo de avaliação da inclusão e também da renovação foi aproximadamente cinco meses, podendo ser maior se algum documento não preenchesse os critérios do PCDT ou do CEAF. Se isto ocorrer deverá ser providenciado pelo usuário e submetido novamente à avaliação técnica. A causa de tamanha diferença entre os diferentes usuários não foi estudada e, por isso, o problema que resulta nessa situação não foi ainda identificado, mas existe a hipótese de ser um problema envolvendo a organização ou rastreamento das etapas do processo.

Foram analisados 272 processos físicos a fim de verificar a origem das receitas e se o cadastro no AME conferia com a prescrição. Foram consideradas como instituições privadas aquelas cadastradas como privadas e filantrópicas. Verificou-se que 50% das receitas analisadas foram prescritas no sistema público de saúde e 50% no sistema privado. A maior parte das prescrições (80%) eram oriundas de hospitais, provavelmente por se tratar de atendimento especializado, em que o paciente deve ser encaminhado para um especialista se a unidade básica de saúde não contar com um.

Da amostra analisada, 32,02% da posologia cadastrada no sistema AME para retirada mensal na farmácia não estava em conformidade com a prescrição encontrada no processo. Esse problema parece estar relacionado com medicamentos de uso semanal, onde ocorre o

cadastramento da quantidade suficiente para quatro semanas de tratamento, porém com retorno em 30 dias.

Os dados obtidos neste estudo em relação à idade e sexo estão conforme outros estudos realizados São Paulo¹³, Paraná¹⁴ e Brasília³. O CID-10 mais prevalente foi o de Outras Artrites Reumatóides Soropositivas. Foi identificado que a demanda judicial para o tratamento da AR existe e a judicialização de tratamentos que poderiam ser fornecidos administrativamente representa 45,71% das ações judiciais, porém o motivo que levou os usuários a recorrerem a essa via não foi estudado.

Considerações Finais

A diferença entre períodos de avaliações de diferentes usuários é preocupante e a causa desse problema deve ser identificada e resolvida para garantir equidade de tratamento. Na análise dos dados deste estudo foi possível constatar que os processos são dados como incompletos ou provisoriamente deferidos principalmente por falta de documentação exigida pelo CEAF e pelo PCDT de AR, expondo que o principal problema ainda é a falta de informação sobre as exigências para dispensação de medicamentos especializados.

É necessário aprofundar estudos na temática sobre os motivos que levam os usuários a recorrerem ao Poder Judiciário para deferimento de seu tratamento, o qual poderia estar sendo fornecido pelo Estado. Dados referentes a outros CID-10 cadastrados para AR podem ser avaliados em novos estudos, não somente os considerados no PCDT da doença, o que provavelmente tende a aumentar o número de processos judiciais identificados e possivelmente não atendidos pelo protocolo.

Referências

1. Bértolo Manoel Barros, Brenol Claiton Viegas, Schainberg Cláudia Goldenstein, Neubarth Fernando, Lima Francisco Aires Correa de, Laurindo Ieda Maria et al . Atualização do consenso brasileiro no diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. Rev. Bras. Reumatol. [periódico na Internet]. 2007 Jun [citado 2012 Jan 07] ; 47(3): 151-159. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042007000300003&lng=pt.
2. Fernandes Vander, Assis Tassia Moraes de, Queiroz Carolina Carla, Figueiredo Patrícia Pires Rey de, Oliveira Rafaela Untar de, Silva Nilzio Antonio da. Uso de terapias biológicas no tratamento da artrite reumatoide: comparação entre as principais recomendações mundiais e a brasileira. Rev. Bras. Reumatol. [periódico na Internet]. 2011 Jun [citado 2012 Jan 07] ; 51(3): 225-230. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000300003&lng=pt.
3. Mota Licia Maria Henrique da, Laurindo Ieda Maria Magalhães, Santos Neto Leopoldo Luiz dos. Princípios gerais do tratamento da artrite reumatoide inicial. Rev. Assoc. Med. Bras. [periódico na Internet]. 2010 [citado 2012 Abr 12] ; 56(3): 360-362. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300024&lng=pt.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria SCTIE nº 66 de 06 de novembro de 2006. [citado 2012 Jan 07] ; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_artrite_reumatoide_2006.pdf
5. Ministério da Saúde. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/ MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. [citado 2012 Abr 26] ; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_gm_2981_3439_ceaf.pdf
7. Vieira Fabiola Sulpino, Zucchi Paola. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2011 Out [citado 2012 Jan 10] ; 45(5): 906-913. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500012&lng=pt.
8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional. Brasília: MS, 2004. [citado 2012 Jan 07] ; Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documenta3.pdf>
9. Mota Licia Maria Henrique da, Cruz Boris Afonso, Brenol Claiton Viegas, Pereira Ivanio Alves, Rezende-Fronza Lucila Stange, Bertolo Manoel Barros et al . Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. Rev. Bras. Reumatol. [periódico na Internet]. 2012 Abr [citado 2012 Jun 02] ; 52(2): 152-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042012000200002&lng=pt. [http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000200002.](http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000200002)

10. Pepe Vera Lúcia Edais, Figueiredo Tatiana de Aragão, Simas Luciana, Osorio-de-Castro Claudia Garcia Serpa, Ventura Míriam. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2010 Ago [citado 2012 Maio 24] ; 15(5): 2405-2414. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=pt.
11. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. [citado 2012 Jan 12] ; Disponível em <http://www.mp.rs.gov.br/medicamentos/pgn/id1240.htm>
12. Di Nubila Heloisa Brunow Ventura, Buchalla Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. bras. epidemiol.* [periódico na Internet]. 2008 Jun [citado 2012 Jun 08] ; 11(2): 324-335. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=pt.
13. Louzada-Junior Paulo, Souza Branca Dias Batista, Toledo Roberto Acayaba, Ciconelli Rozana Mesquita. Análise descritiva das características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatóide no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Reumatol.* [periódico na Internet]. 2007 Abr [citado 2012 Maio 26] ; 47(2): 84-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042007000200002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042007000200002>
14. Wiens Astrid, Grochocki Mônica Cavichiolo, Pontarolli Deise Regina Sprada, Venson Rafael, Correr Cassyano Januário, Pontarolo Roberto. Perfil dos usuários de anticitocinas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde no estado do Paraná para o tratamento da artrite reumatoide. *Rev. Bras. Reumatol.* [periódico na Internet]. 2012 Abr [citado 2012 Jun 02] ; 52(2): 208-213. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042012000200005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000200005>.
15. Bagatini Fabíola, Blatt Carine Raquel, Maliska Gabriela, Trespash Gunter Voges, Pereira Ivânio Alves, Zimmermann Adriana Fontes et al . Potenciais interações medicamentosas em pacientes com artrite reumatoide. *Rev. Bras. Reumatol.* [periódico na Internet]. 2011 Fev [citado 2012 Jun 02] ; 51(1): 29-39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000100003&lng=pt.
16. Venson, Rafael, Wiens, Astrid, Correr, Cassyano Januário, Otuki, Michel Fleith, Grochocki, Monica Cavichiolo, Pontarolli, Deise Regina Sprada, & Pontarolo, Roberto. (2011). Avaliação econômica das anticitocinas adalimumabe, etanercepte e infliximabe no tratamento da artrite reumatoide no Estado do Paraná. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva.* [periódico na Internet] 2011 Jan [citado 2012 Maio 26] 21(2), 359-376. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200002&lng=pt&tlng=pt.
17. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. [citado 2012 jun 02] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Apêndice 1

1. Dados Cadastrais

1.1 Nome: _____

1.2 N° Processo: _____

1.3 Data nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos

1.4 Sexo: F M

1.5 Endereço/CEP: _____

2. Dados do Tratamento

2.1 Preferência de dispensação:

Administrativo

Judicial

2.2 CID:

M05.0 (Síndrome de Felty)

M05.1 (Doença reumatóide do pulmão)

M05.2 (Vasculite reumatóide)

M05.3 (Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos ou sistemas)

M05.8 (Outras artrites reumatóides soro-positivas)

M06.0 (Artrite reumatóide soro-negativa)

M06.8 (Outras artrites reumatóides)

M08.0 (Artrite reumatóide juvenil)

Outros: _____

2.3 Medicamentos utilizados:

Medicamento	Situação	Motivo	Quantidade dispensada	Posologia prescrição
<input type="checkbox"/> Hidroxicloroquina				
<input type="checkbox"/> Sulfassalazina				
<input type="checkbox"/> Metotrexato 2,5mg				
<input type="checkbox"/> Metotrexato 25mg/ml				
<input type="checkbox"/> Leflunomida				
<input type="checkbox"/> Adalimumabe				
<input type="checkbox"/> Etanercepte 25 mg				
<input type="checkbox"/> Etanercepte 50 mg				
<input type="checkbox"/> Infliximabe				

Observações:

3. Prescrição

3.1 Origem da última prescrição:

Setor Público

Hospital: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

Setor Privado

3.2 Prescritor:

Especialista

Clínico Geral

Outro: _____

Anexo1

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

A Revista de APS – Atenção Primária à Saúde – (impressa e on line) é uma publicação científica trimestral do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Rede de Educação Popular em Saúde, e tem por finalidades: sensibilizar profissionais e autoridades da área de saúde em APS; estimular e divulgar temas e pesquisas em APS; possibilitar o intercâmbio entre academia, serviço e movimentos sociais organizados; promover a divulgação da abordagem interdisciplinar e servir como veículo de educação continuada e permanente no campo da Saúde Coletiva, tendo como eixo temático a APS.

1. A revista está estruturada com as seguintes seções: **Artigos Originais; Artigos de Revisão; Artigos de Atualização; Relato de Casos e Experiências; Entrevista; Tribuna; Atualização Bibliográfica; Serviços; Notícias.**

A seção “**Artigos Originais**” é composta por artigos resultantes de pesquisa científica, apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas ou quantitativas em áreas de interesse da APS. “*Artigos originais*” são trabalhos que desenvolvem críticas e criação sobre a ciência, tecnologia e arte das ciências da saúde, que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. (Devem ter até 25 páginas com o texto na seguinte estrutura: introdução; material ou casuística e métodos, resultados, discussão e conclusão).

A seção “**Artigos de Revisão**” é composta por artigos nas áreas de “*Gerência, Clínica, Educação em Saúde*”. Os “*artigos de revisão*” são trabalhos que apresentam sínteses atualizadas do conhecimento disponível sobre matérias das ciências da saúde buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagens dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. Têm por objetivo resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. (Devem ter até 20 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Artigos de Atualização**” é composta por artigos que relatam informações atuais ou novas técnicas das áreas cobertas pela publicação. (Devem ter até 15 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Relato de Casos e Experiência**” é composta por artigos que relatam casos ou experiências, explorando um método ou problema através do exemplo. Os relatos de casos apresentam as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e podem ser realizados em humanos ou animais, ressaltando sua importância na atuação prática e mostram caminhos, condutas e comportamentos para sua solução. (Devem ter até 8 páginas com a seguinte estrutura: introdução, desenvolvimento, conclusão).

As demais seções são de responsabilidade dos Editores para definição do tema e convidados: **Entrevista** - envolvendo atores da APS; **Tribuna** – debate sobre tema polêmico na APS, com opinião de especialistas (2 páginas); **Atualização bibliográfica** – composta de lançamentos de publicações, resenhas (1 página) e resumos de dissertações ou teses (2

páginas), de interesse na APS; **Serviços** informa sobre eventos e endereços úteis; **Notícias** – informa sobre eventos ocorridos, portarias ministeriais, relatórios de grupos de trabalho, leis de interesse na APS.

2. A submissão dos trabalhos é realizada online no endereço: <http://www.aps.ufjf.br>. O (s) autor (es) deve (m) se cadastrar usando E - mail válido, respondendo de forma ágil às mensagens eletrônicas recebidas, podendo aí acompanhar o processo de avaliação. Os artigos devem ser elaborados utilizando o programa “Word for Windows”, versão 6.0 ou superior em formato doc ou rtf, letra “Times New Roman” tamanho 12, espaço entre linhas um e meio, com o limite de páginas descrito entre parênteses em cada seção acima citada. Devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento (anexado em documento suplementar em www.aps.ufjf.br) contendo nome dos autores e endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e serem endereçados à revista. Neste ofício, deverá ser explicitada a submissão exclusiva do manuscrito à Revista de APS, bem como declaração formal da contribuição de cada autor (segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito). Ao trabalho que envolver pesquisa com seres humanos será exigido que esta tenha obtido parecer favorável de um Comitê de ética em pesquisa em seres humanos, devendo o artigo conter a referência a esse consentimento, estando citado qual CEP o concedeu, e cabendo a responsabilidade pela veracidade desta informação exclusivamente ao (s) autor (es) do artigo.

3. Os trabalhos devem obedecer à seguinte sequência de apresentação:

- a) título em português e inglês; deve ser conciso e explicativo, representando o conteúdo do trabalho. Não deve conter abreviaturas
- b) a identificação dos autores, filiação institucional e contato devem ser digitadas no SEER, cadastro dos autores. O manuscrito deve ser submetido no SEER sem autoria.
- c) resumo do trabalho em português em que fiquem claros a síntese dos propósitos, os métodos empregados e as principais conclusões do trabalho;
- d) palavras-chave – mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentadas em português de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – URL: <http://decs.bvs.br/>
- e) abstract – versão do resumo em inglês;
- f) key words – palavras-chave em inglês, de acordo com DeCS;
- g) artigo propriamente dito, de acordo com a estrutura recomendada para cada tipo de artigo, citados no item 1;
- h) figuras (gráficos, desenhos, tabelas) devem ser enviadas no corpo do texto, no local exato de inserção na definição dos autores; serão aceitas fotografias em preto e branco. Todas as figuras deverão ser apresentadas em preto e branco ou escalas de cinza;
- i) referências: Em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos” conhecido como Estilo de Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE disponível em: <http://www.icmje.org> e <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed> (inglês) e <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (português)..

1. Não são aceitas notas de rodapé. O conteúdo das mesmas deve ser inserido no corpo do artigo;
2. Citações no texto: as citações de autores e textos no corpo do manuscrito serão **numéricas**, de acordo com ordem de citação, utilizando o estilo “Vancouver” ou “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos”.

Ex:

Citando autor: Vasconcelos¹:

Citando texto: “*A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população.*”^{1:243} (indica-se o nº da referência : e a página)

Todas as referências citadas no texto, incluindo as de quadros, tabelas e gráficos deverão fazer parte das referências, apresentadas em ordem numérica no final do artigo.

Regras para entrada de autores ver em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed&part=A32352>

A seguir são apresentados alguns exemplos de referências:

Artigo de Periódicos

Com até seis autores:

Motta MG. Programa Médico de Família de Niterói: avaliação da assistência pré-natal na Região Oceânica. Rev APS. 2005 jul./dez; 8(2):118-22. .

Najar AL, Peres FF. A divisão social da cidade e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem. Ciên Saúde Coletiva. 2007 maio/jun;12(3):675-82.

Aquino NMR, Sun SY, Oliveira EM, Martins MG, Silva JF, Mattar R. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres. Rev Saúde Pública. 2009 dez; 43(6):954-60.

Com mais de seis autores

Hallal AH, Amortegui JD, Jeroukhimov IM, Casillas J, Schulman CI, Manning RJ, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography accurately detects common bile duct stones in resolving gallstone pancreatitis. J Am Coll Surg. 2005 Jun; 200(6):869-75..

Livro

Autoria própria

Birman J. Pensamento freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994. 204p.

Oguisso T, Schmidt MJ, organizadores. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

Sem autoria

Análise do desempenho hospitalar: III Trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC; 1987. 295p.

Capítulo de Livro

Vasconcelos EM. Atividades coletivas dentro do Centro de Saúde. In: Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3a. ed. São Paulo: Hucitec; 1997. cap.9, p.65-9.

Dissertação e Tese

Caldas CP. Memória dos velhos trabalhadores [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993. 245f.

Teixeira MTB. Sobrevida de pacientes com câncer de estômago em Campinas, SP [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000. 114f.

Trabalhos de Congressos, Seminários, Simpósios, etc.

Mauad NM, Campos EM. Avaliação da implantação das ações de assistência integral à saúde da mulher no PIES/UFJF. In: 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2000, Salvador. **Resumos**. Salvador: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2000. p.328, ref.1101.

Publicações governamentais:

Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Universidade Federal de Minas Gerais. Normas gerais de pós-graduação. Belo Horizonte: UFMG; 1997. 44p.

Documentos Jurídicos

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 maio 2006. N. 84, Sec. 1, p.17888.

Minas Gerais. (Brasil). Decreto n. 17.248 de 4 de julho de 1975. Minas Gerais, Belo Horizonte, 1975. jul. 5, p. 5.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006. [Citado em: 20 maio 2007b] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/portarias.html>.

Artigo de Jornal

Sá F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras mas campanha de informação a turistas começa domingo. *Jornal do Brasil* (JB Ed.) 1999 abr. 15, Primeiro Caderno, Cidade, p.25. (col.1)

Gaul G. When geography influences treatment options. *Washington Post* (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).

Referência de documentos de acesso em meio eletrônico

Base de Dados

Online Archive of American Folk Medicine [Internet]. Los Angeles: Regents of the University of California. 1996 - [cited 2007 Feb 1]. Available from: <http://www.folkmed.ucla.edu/>.

B. Homepage Institucional

The American Academy of Pain Medicine: The Physician's Voice in Pain Medicine [Internet]. Glenview (IL): The Academy; c2007 [cited 2007 Feb 22]. Available from: <http://www.painmed.org/>.

1. Artigos de periodicos online

Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, Rasmus D, Gerds N, Ross A, Katz L, Herwaldt LA. Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2006 Jan [cited 2007 Jan 5];27(1):34-7. Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf>

4. Os artigos são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

5. A revista aceita trabalhos em português, espanhol e inglês.

6. Há necessidade que os autores explicitem eventuais conflitos de interesse que possam interferir nos resultados (em documento suplementar)

7. Em trabalhos que envolvam financiamentos, estes devem ser citados no final do artigo antes das referências.

8. Avaliação por pares: os artigos recebidos são protocolados pelo SEER (Sistema eletrônico de editoração de revistas) ficando na fila de submissões como não designados. A diretora executiva faz a triagem, se insere como editora e faz a solicitação de avaliação a dois avaliadores entre os editores associados e Conselho Editorial, em conformidade com as áreas de atuação e especialização dos membros e o assunto tratado no artigo, dessa forma o artigo

entra no SEER em avaliação. Todos os artigos são submetidos à avaliação de dois consultores, de instituição diferente do(s) autor (es) em um processo duplo cego, que os analisam em relação aos seguintes aspectos: adequação do título ao conteúdo; estrutura da publicação; clareza e pertinência dos objetivos; metodologia; clareza das informações; citações e referências adequadas às normas técnicas adotadas pela revista e pertinência a linha editorial da revista. Os avaliadores emitem seus pareceres no sistema, aceitando, recusando ou recomendando correções e/ou adequações necessárias. Nesses casos, os artigos serão devolvidos ao(s) autor(es) para os ajustes e reenvio; e aos consultores para nova avaliação. Em caso de recomendação de reformulação do artigo, o autor deverá fazer as modificações e enviar, junto com o artigo reformulado, uma carta ao parecerista informando, ponto por ponto, as modificações feitas (essa deverá ser anexada em documento suplementar no SEER). O resultado da avaliação é comunicado ao(s) autor(es) e os artigos aprovados ficam disponíveis para publicação em ordem de protocolo. Não serão admitidos acréscimos ou modificações após a aprovação.

9. A **submissão dos trabalhos é on line no endereço: <http://www.aps.ufjf.br>**. O (os) autor (es) deve (m) se cadastrar usando E - mail válido, respondendo de forma ágil às mensagens eletrônicas recebidas, podendo também acompanhar o processo de avaliação. Após o cadastramento deverá anexar o manuscrito seguindo as instruções contidas nesse mesmo endereço.

REVISTA DE APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ISSN: 1516-7704 (impressa)

Qualis B5 na CAPES

Indexada:

- ⇒ LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - <http://portal.revistas.bvs.br/main.php?home=true>
- ⇒ EBSCO Publishing - www.ebscohost.com
- ⇒ Cinahl Information System <http://www.cinahl.com/library/library.htm>
- ⇒ RAEM - Rede de Apoio à Educação Médica da Associação Brasileira de Educação Médica, Base de Dados EDUC. <http://educ.bvs.br/>
- ⇒ BDNF – Banco de Dados de Enfermagem <http://enfermagem.bvs.br/html/pt/home.html>
- ⇒ CUIDEN - <http://www.index-f.com/bibliometria/listado-rehic.php?pagina=7&criterio=>
- ⇒ LATINDEX - <http://www.latindex.unam.mx/larga.php?opcion=1&folio=9414>

Cadastrada na ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

REVISTA DE APS - ISSN: 1809-8363 (on line)
Disponível em:

⇒ BVS- MS: <http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/periodicos/outros.html#>

⇒ Site NATES/UFJF: www.nates.ufjf.br

Indexada:

⇒ LATINDEX http://www.latindex.org/pais.php?clave_pais=9&opcion=1

Endereço postal:
NATES/UFJF / Revista de APS - Atenção Primária à Saúde
Campus da UFJF - Bairro Martelos - Cep: 36.036-900
Juiz de Fora - M.G.

Telefone: (32) 32293830

FAX: (32) 32293832

E-mail: revista.aps@ufjf.edu.br

Site: <http://www.aps.ufjf.br>.

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão com todos os itens listados a seguir. Serão devolvidas aos autores as submissões que não estiverem de acordo com as normas.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)
3. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.
4. O texto está em espaço 1,5; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
6. A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação por Pares Cega.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

Anexo 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa:				
Perfil dos Usuários Portadores de Artrite Reumatóide Cadastrados na Farmácia de Medicamentos Especiais do Rio Grande do Sul em Relação à Situação de Tratamento				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Farmácia		3. Código: 4		4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) 4 03 - FARMÁCIA
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):		7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções) artrite reumatóide, medicamentos excepcionais, assistência farmacêutica				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro : 700 Total: 700		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (x)		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Paola Lucca Pizutti				
12. Identidade: 5075771922		13. CPF: 00624681033		19. Endereço (Rua, n.º): Borges de Medeiros, 546
14. Nacionalidade: Brasileira		15. Profissão: Farmacêutica		20. CEP: 90020-00
16. Maior Titulação: Graduação		17. Cargo: Farmacêutica		21. Cidade: Porto Alegre
18. Instituição a que pertence: Secretaria Estadual da Saúde do RS		23. Fone: (51) 81755501		22. U.F.: RS
24. Fax:		25. Email: paola-pizutti@saude.rs.gov.br		
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 23/01/2012				
<i>Paola Pizutti</i> Assinatura				
INSTITUIÇÃO PROPONENTE				
26. Nome: Secretaria Estadual de Saúde RS		29. Endereço (Rua, n.º): Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º andar		
27. Unidade/Órgão: Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto Alegre		30. CEP: 90020-022		31. Cidade: Porto Alegre
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (x)		33. Fone: (51) 3901-1004		32. U.F.: RS
34. Fax: (51) 3225-8179		35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (x) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: Maria Carmen Remião Mikoleiczak Data: 23/01/2012 Cargo: Coordenadora				
<i>Maria Carmen Remião Mikoleiczak</i> Assinatura				
PATROCINADOR				
36. Nome:		39. Endereço:		
37. Responsável:		40. CEP:		41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:		42. UF:
44. Fax:		48. Não Aprovado ()		
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP				
45. Data de Entrada: 25/01/2012		46. Registro no CEP: 706/12		47. Conclusão: Aprovado (x) Data: 14/03/2012
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:		48. Não Aprovado () Data: / /		
Encaminhamento a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: / /		53. Coordenador/Nome: Assinatura		Anexar o parecer consubstanciado
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP				
54. Nº Expediente :		56. Data Recebimento :		57. Registro na CONEP:
55. Processo :		58. Observações:		

**COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA**

PARECER DE APROVAÇÃO

Data da aprovação: 14/03/2012

Protocolo CEPS-ESP n.º 706/12

Projeto: “ Perfil dos Usuários Portadores de Artrite Reumatóide Cadastrados na Farmácia de Medicamentos Especiais do Rio Grande do Sul em Relação à Situação de Tratamento ”

Pesquisador: Paola Lucca Pizutti

Orientador: Denise Bueno

Este projeto está de acordo com as normas éticas e metodológicas do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e conforme a Resolução CNS n.º 196/96.



**Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública/SES/RS**

Av. Ipiranga, 6311, sala 13 - Bairro Partenon-CEP 90.610-001-
POA-RS

Telefones: (51) 3901.1532 Fax: 3901.1509 E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br