



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

TALITA OLIVEIRA DOS SANTOS

**PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE ATENDIDOS NA FARMÁCIA
AMBULATORIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
(HUWC): CARACTERÍSTICAS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS**

FORTALEZA

2017

TALITA OLIVEIRA DOS SANTOS

PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE ATENDIDOS NA FARMÁCIA
AMBULATORIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO (HUWC):
CARACTERÍSTICAS E MEDICAMENTOS

Monografia apresentada ao Curso de Farmácia
do Departamento de Farmácia da Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharela em Farmácia

Orientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado
Arrais

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S239p

Santos, Talita Oliveira dos.

Pacientes com artrite reumatoide atendidos na farmácia ambulatorial do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC): características e medicamentos utilizados / Talita Oliveira dos Santos. – 2017. 39 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Farmácia, Fortaleza, 2017.
Orientação: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais.

1. Artrite Reumatoide. 2. Medicamentos. 3. Pacientes. I. Título.

CDD 615

TALITA OLIVEIRA DOS SANTOS

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE ATENDIDOS
NA FARMÁCIA AMBULATORIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO

Monografia apresentada ao Curso de Farmácia
do Departamento de Farmácia da Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharela em Farmácia

Orientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado
Arrais

Aprovada em ____ de _____ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Mirian Parente Monteiro
Universidade Federal do Ceará – UFC

Valeska Queiroz de Castro
Hospital Universitário Walter Cantídio-HUWC

A Deus,
À minha mãe, Regina.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que além de me permitir ingressar nesse curso, me deu forças, possibilitando a conclusão do mesmo, apesar das adversidades.

Ao professor Paulo Sérgio Dourado Arrais, pela paciência, dedicação e disponibilidade em me orientar.

À professora Mirian Parente Monteiro e à Valeska Queiroz de Castro, que de bom grado, aceitaram participar da banca.

À Eudiana Vale Francelino, por ter me acolhido e instruído quando eu ainda era inexperiente.

À minha mãe, Regina, que sempre me apoiou e me ensinou que o conhecimento é o maior bem que se pode deixar, não medindo esforços para me educar.

Aos meus colegas de faculdade, em especial, Luana Lopes, Thiago Guedes, Paula Maria, pelo compartilhamento de conhecimento e de momentos de dificuldades e desespero, momentos nos quais é mais difícil encontrar um amigo.

RESUMO

A Artrite Reumatoide é uma doença inflamatória que compromete as extremidades das articulações, incluindo dedos, joelhos, cotovelos, ombros e tornozelos. Do mesmo modo que outras doenças autoimunes, fatores ambientais e genéticos colaboram para a quebra de tolerância dos auto antígenos. A prevalência de AR é de 0,5% a 1% da população, sendo a maioria dos casos em pacientes adultos do sexo feminino entre a terceira e quinta décadas de vida. Esse trabalho teve como objetivo caracterizar os pacientes com Artrite Reumatoide atendidos na farmácia ambulatorial do HUWC. Foram analisados dados de 889 pacientes. A maioria dos pacientes estava na faixa etária de 40 a 69 anos (77,17%), sendo a maioria do sexo feminino (91,73%). Ao todo, os 889 pacientes consumiram um total de 1385 medicamentos. A maioria fez uso de dois medicamentos, 451 (50,73%). Os medicamentos dispensados representavam 17 apresentações farmacêuticas. Das 17 apresentações farmacêuticas, seis eram de uso oral (6,35%), seis de aplicação subcutânea (6,35%) e cinco intravenosa (5,30%). Os medicamentos mais utilizados foram leflunomida (35,31%) e metotrexato (33,79%). A partir do desenvolvimento do presente estudo, foi possível observar que a maioria dos pacientes com AR eram do sexo feminino, com idade entre 40 e 59 anos, que faziam uso de 2 medicamentos dispensados pela CEAF, sendo a maioria dos medicamentos dispensados os Medicamentos Modificadores da Doença (MMCD) sintéticos. Apesar de os anti-TNF não serem os medicamentos mais dispensados, eles apresentaram a segunda colocação.

Palavras-chave: Artrite Reumatoide, Perfil, Medicamentos, Pacientes

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is an inflammatory disease that compromises the extremities of joints, including fingers, knees, elbows, shoulders and ankles. Like other autoimmune diseases, environmental and genetic factors contribute to the breakdown of the tolerance of autoantigens. The prevalence of RA is 0.5% to 1% of the population, being the majority of cases in adult female patients between the third and fifth decades of life. This study aimed to characterize patients with rheumatoid arthritis treated at the HUWC outpatient pharmacy. Data from 889 patients were analyzed. The majority of the patients were in the age range of 40 to 69 years (77.17%), the majority being female (91.73%). In all, 889 patients consumed a total of 1385 medications. Most used two drugs, 451 (50.73%). The drugs dispensed represented 17 pharmaceutical presentations. Of the 17 pharmaceutical presentations, six were oral (6.35%), six subcutaneous (6.35%) and five intravenous (5.30%). The most used drugs were leflunomide (35.31%) and methotrexate (33.79%). From the development of the present study, it was possible to observe that the majority of the patients with RA were female, aged between 40 and 59 years, who used 2 medicines dispensed by CEAF, most of the medicines being dispensed the Medicamentos Modificadores of Synthetic Diseases (MMCD). Although the anti-TNF drugs were not the most dispensed drugs, they were in second place.

Key words: Rheumatoid Arthritis, Profile, Drugs, Patients

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - AINES e Glicocorticóides presentes do PCDT da AR.....	21
Quadro 2 - Imunossuppressores presentes do PCDT da AR.....	21
Quadro 3 - Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Sintéticos do PCDT da AR..	21
Quadro 4 - Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Biológicos do PCDT da AR.	22
Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes com artrite reumatoide segundo a faixa etária, 2017...	26
Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes com Artrite reumatoide segundo o sexo, 2017.....	27
Quadro 5 – Associações de medicamentos utilizados pelos pacientes.....	29
Quadro 6- Distribuição dos medicamentos de acordo com a concentração e forma farmacêutica.....	32
Gráfico 3 - Distribuição dos 17 medicamentos dispensados pela Farmácia Ambulatorial do (HUWC) de acordo com a via de administração.....	33
Tabela 1. Distribuição dos medicamentos de acordo com a quantidade utilizada e a classificação.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS

ACR	American College of Rheumatology
AINES	Anti-inflamatórios não-esteroidais
AR	Artrite Reumatoide
BI	<i>Business Intelligence</i>
Cbaf	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CCP	Cyclic Citrullinated Peptide
CD4⁺	<i>Cluster of Differentiation 4</i>
CD8⁺	<i>Cluster of Differentiation 8</i>
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
Ceaf	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
Cesaf	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
EULAR	European League Against Rheumatism
FR	Fator Reumatoide
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HLA-DR4	<i>Human Leukocyte Antigens DR-4</i>
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IFD	Interfalangianas Distais
IFP	Interfalangianas Proximais
IFT	Intrafalangianas
IL-1	Interleucina 1
IL-6	Interleucina 6
IV	Intra-venosa
MCF	Metacarpofalangianas
MMCD	Medicamentos Modificadores do Curso da Doença
MS	Ministério da Saúde
MTF	Metatarsofalangianas
NIDRR	<i>National Institute on Disability and Rehabilitation Research</i>

OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RENAME	Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais
RG	Registro Geral
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SC	Subcutânea
SUS	Sistema Único de Saúde
TER	Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
TNF-α	<i>Tumor Necrosis Factor Alpha</i>
VO	Via Oral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1	Artrite Reumatoide	16
3.2	Prevalência	16
3.3	Sintomas e Diagnóstico.....	17
3.4	Tratamento.....	19
4	MÉTODOS.....	24
4.1	Tipo de Estudo.....	24
4.2	Local de Estudo.....	24
4.3	População de Estudo.....	24
4.4	Critérios de Inclusão e Exclusão.....	25
4.5	Coleta de Dados.....	25
4.6	Análise de Dados.....	25
4.7	Aspectos Éticos.....	25
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
6	CONCLUSÃO.....	35
	REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória que compromete as extremidades das articulações, incluindo dedos, joelhos, cotovelos, ombros e tornozelos. Ela é caracterizada pela inflamação da sinovia, que é uma membrana que reveste as cavidades articulares, com a destruição da cartilagem articular e do osso e com a manifestação de um quadro que indica resposta inflamatória local. (ABBAS, 2012)

Do mesmo modo que outras doenças autoimunes, fatores ambientais e genéticos colaboram para a quebra de tolerância dos auto antígenos. Entretanto, o entendimento da patogenia ainda não está claro, mas sabe-se que a susceptibilidade à AR está relacionada ao haplótipo HLA-DR4 (ABBAS,2012). Calcula-se que haja 60% de contribuição genética para o desenvolvimento da AR (GOELDNER,2011).

A prevalência de AR é de 0,5% a 1% da população, sendo a maioria dos casos em pacientes adultos do sexo feminino entre a terceira e quinta décadas de vida (MOTA, 2012). Sua prevalência varia de acordo com as características étnicas da população, detectando-se em 0,1% em camponeses africanos até 5% em populações indígenas. Ao sul da Europa, a taxa de incidência é de 16,5 casos/10⁵ habitantes, enquanto que ao norte, a prevalência é de 29 casos/10⁵ (GOELDNER,2011). Calcula-se que a prevalência de artrite autorreferida ou diagnosticada pelo médico nos Estados Unidos, aumente de 28,8% para 32,2% entre os anos de 2005 e 2050 em adultos com 20 anos ou mais (CDC,2005; NIDRR,1998). Um inquérito em saúde, de base populacional, realizado na Austrália revelou que 23% dos adultos relatavam ter artrite. Já no Brasil, um inquérito em saúde realizado em 1998, revelou que a artrite ou o reumatismo foi a terceira condição de saúde mais relatada pela população, ficando atrás apenas da dor nas costas e da hipertensão arterial sistêmica. Esse inquérito foi realizado novamente entre os anos de 2003 e 2008, onde manteve sua classificação (GOMES; PERES, 2012).

O diagnóstico é realizado através de avaliação clínica e de exames complementares. Os sintomas apresentados na AR são deformidades ou rupturas dos tendões, desvio ulnar dos dedos, deformidades em “pescoço de cisne”, deformidades em “botoeira”, “mãos em dorso de camelo”, “dedos em martelo”, “dedos em crista de galo”, acometimento da coluna cervical, vasculite, nódulos reumatoides, derrame pleural, entre outras (Ministério da Saúde, 2015). Os exames complementares para a avaliação do paciente são através da titulação dos auto

anticorpos, como o fator reumatoide (FR) e os anti-peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP), que possuem uma alta sensibilidade e especificidade para AR (BRASIL, 2015).

O tratamento da AR deve ser iniciado o mais breve possível após o diagnóstico da doença, prevenindo assim danos estruturais, com a melhora da capacidade funcional.

O SUS, também conhecido como Sistema Único de Saúde, foi criado através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Ele garante gratuidade ao acesso à saúde, bem como atendimento médico e tratamento prestados por entidades públicas federais, estaduais e municipais (BRASIL,1990). Os princípios do SUS estão de acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, que declara que: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado.” (BRASIL,1988)

De acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o tratamento da artrite reumatoide pode ser não-medicamentoso ou medicamentoso (BRASIL,2015). Conforme a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), os PCDT são documentos que determinam os parâmetros que devem ser seguidos para diagnóstico, como exames a serem realizados e tratamento de doenças, bem como medicamentos utilizados e posologia. Esses protocolos devem ser baseados em evidências médicas, sendo analisado sempre o custo-benefício (BRASIL,2016).

O tratamento não-medicamentoso inclui educação do paciente e da família, fisioterapia, prática de atividade física, apoio psicológico e cirurgia. (Ministério da Saúde, 2015). Estudos recentes confirmam esse dado, como Ferreira *et al.*(2008), Silva *et al.*(2013) e Almeida *et al.*(2014).

O tratamento medicamentoso de AR inclui várias classes de medicamentos, como anti-inflamatórios não esteroides (AINE), glicocorticoides, medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) - sintéticos e biológicos - e imunossupressores (BRASIL,2015).

Nos diferentes estudos com pacientes com AR, o sexo feminino aparece como o mais acometido pela doença. É o que demonstra o estudo de Medeiros *et al.* (2015), onde 97,3% das pessoas atendidas no serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), eram mulheres; o estudo de Roma *et al.*(2014), realizado em um hospital-escola de Marília, São Paulo, com 90,2%; o de Deus *et al.*(2015), com pacientes de Belo Horizonte, Minas Gerais, com 87,32%; o estudo de Oliveira Junior *et al.*(2015), realizado com pacientes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Dourados, com 88,9%; o de Costa *et al.*(2014), realizado com pacientes que estavam na base de dados PMAC, em Minas Gerais,

com 80,9%; e o de Gomes *et al.*(2012), com pacientes residentes em Florianópolis, com 55,8%.

Quanto a idade, houve divergência nos dados obtidos por diferentes estudos. De acordo com Gomes *et al.*(2012), a faixa etária com maior acometimento de AR é entre 20 e 29 anos (31,4%), já de acordo com Costa *et al.* (2014) e Almeida *et al.*(2014), com pacientes residentes do Piauí, a prevalência é entre 40 e 59 anos (51,2%) e (67,35%), respectivamente.

Segundo Deus *et al.* (2015), os medicamento mais utilizado para a AR são os anti-TNF (47,89%), seguido dos corticosteroides (46,47%) e do metotrexato (45,07%), respectivamente. Já outro estudo encontrou que a maioria dos pacientes fazia uso de metotrexato (39,8%), seguido de prednisona (30,6%) e do anti-malárico (30,6%), o anti-TNF (3,06%) foi o medicamento menos utilizado (ALMEIDA,2014). Segundo Oliveira *et al.*(2016), os medicamentos mais utilizado foram o metotrexato (95,5%), seguido da leflunomida (71,2%) e da cloroquina(59,1%), os anti-TNF foram utilizados por 31,8% dos pacientes.

A baixa quantidade de estudos sobre AR no Ceará dificulta o conhecimento das características dos pacientes com artrite reumatoide prejudicando o tratamento e diagnóstico dos mesmos. Com o conhecimento das características dessa população, pode-se fazer planejamentos futuros com consequências tanto para os pacientes, como para os profissionais de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar os pacientes com Artrite Reumatoide atendidos na farmácia ambulatorial do HUWC quanto aos aspectos demográficos e utilização dos medicamentos para tratamento da artrite reumatoide.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características dos pacientes com artrite reumatoide, segundo aspectos demográficos.
- Identificar os medicamentos utilizados para tratar a artrite reumatoide.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Artrite Reumatoide

A artrite reumatoide (AR) é uma desordem crônica, sistêmica e inflamatória de etiologia desconhecida, manifestada principalmente por inflamação nas articulações. Vários fatores fazem parte do processo inflamatório (CASTILLO- HERNANDEZ, 2017).

A fisiopatologia da AR ocorre através do recrutamento de várias células do sistema imune para o local acometido, pois os linfócitos produzem citocinas como fator de necrose tumoral (TNF- α), IL- 6 e IL-1 que tem a função de recrutar essas outras células do sistema imune. A produção dessas citocinas é exercida majoritariamente por macrófagos, monócitos e células T, mas também podem ser produzidas por células não imunes como adipócitos, células musculares e células tubulares renais. Quando demasiada, pode resultar em destruição das articulações e deformidades (CASTILLO - HERNANDEZ,2017).

A doença é caracterizada pela inflamação da sinóvia correlacionada à destruição da cartilagem articular e osso, mostrando um quadro que indica uma resposta imunológica local (ABBAS,2012). Células CD4⁺ e CD8⁺, linfócitos B ativados, plasmócitos, macrófagos e outras células inflamatórias são encontrados na sinóvia inflamada e, em casos graves, podem existir folículos linfoides bem formados com centros germinativos (ABBAS,2012).

A AR, como as outras doenças autoimunes, é um desordem complexa influenciada por fatores genéticos e ambientais que contribuem para a falha da tolerância imunológica para auto antígenos. Fatores ambientais como tabagismo e algumas infecções induzem a citrulinização de proteínas próprias, estimulando a criação de novos epítomos antigênicos. Em indivíduos geneticamente susceptíveis, a tolerância a esses epítomos falha, resultando em uma resposta de células T e os anticorpos atacam as articulações (ABBAS,2012).

3.2 Prevalência

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decidiu começar uma campanha global declarando que os primeiros 10 anos do século 21, seriam a “Década do osso e da articulação”. O propósito é de aumentar a qualidade de vida relatada de pessoas com doenças e lesões ósseas e articulares através do aumento da conscientização e do conhecimento da importância dessa condição e do financiamento para pesquisas (OMS,2003).

De acordo com Goeldner *et al.*(2011), a prevalência da AR na população mundial é calculada em 1%. Ainda segundo Goeldner *et al.* (2011), as características étnicas da população são responsáveis pela variação na prevalência, sendo detectado de 0,1% em

camponeses africanos até 5% em populações indígenas Tlingit, Yakima, Pima e Chippewa. No Sul da Europa, a taxa de incidência anual da AR é de 16,5 casos/10⁵ habitantes; já no Norte, a incidência sobe para 29 casos/10⁵ habitantes. Na América do Norte, ocorrem 38 casos/10⁵ habitantes. No Brasil, de acordo com resultado obtido por Marques *et al.*(1993), a prevalência varia de 0,2% a 1%, com predomínio em mulheres e maior incidência na faixa etária de 30-50 anos (MOTA,2012).

A estimativa é que a prevalência de artrite autorreferida ou diagnosticada pelo médico nos Estados Unidos aumente de 28,8% para 32,2% do ano de 2005 para 2050 em adultos de 20 anos ou mais de idade, representando, em termos absolutos, um aumento de 60 para 96 milhões de pessoas acometidas (CDC,2005; NIDRR,1998). Em 2002, 4,8% dos adultos norte-americanos com idade entre 18 e 64 anos apresentaram limitação na atividade laboral relacionada à artrite, tornando-se a terceira causa mais comum de afastamento das atividades de trabalho, ficando atrás somente das doenças da coluna e das doenças do coração (CDC,2005). Uma investigação em saúde, de base populacional, realizado no Estado de Victoria, Austrália, revelou que 23% dos adultos mencionavam ter artrite. Apesar da incapacidade por artrite ou reumatismo ser mais possível no idoso, um estudo feito no Reino Unido avaliou essa condição em 82 de cada mil indivíduos a partir dos 16 anos de idade. (GOMES,2012).

No Brasil, inquéritos epidemiológicos de saúde, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), também apontam dados sobre a artrite. A PNAD de 1998 indicou que a artrite ou reumatismo foi a terceira condição de saúde autorreferida mais comum na população geral, sendo mais prevalente entre as mulheres (10,4%) do que entre os homens (5,8%), ficando somente atrás da doença da coluna ou das costas e hipertensão arterial sistêmica, respectivamente (PINHEIRO,2002). Já nos anos de 2003 e 2008, os resultados da PNAD revelaram que a prevalência de artrite ou reumatismo foi de 6,1% e 5,7% na população de adultos com 18 anos ou mais, respectivamente, mantendo a terceira posição das doenças crônicas autorreferidas (GOMES.2012).

3.3 Sintomas e Diagnóstico

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da AR, o diagnóstico é realizado baseado em dados clínicos e exames complementares. O diagnóstico não é feito apenas com exames individuais, é necessário um conjunto de exames. Ainda conforme o PCDT sem tratamento apropriado há possibilidade de progressão da doença, com presença de

deformações decorrentes da lassidão ou ruptura dos tendões e das erosões articulares. Dentre os achados tardios, podem-se identificar desvio ulnar dos dedos ou “dedos em ventania”, deformidades em “pescoço de cisne” (hiperextensão das articulações IFP e flexão das interfalângianas distais - IFD), deformidades em “botoeira” (flexão das IFP e hiperextensão das IFD), “mãos em dorso de camelo” (aumento de volume do punho e das articulações MCF com atrofia interóssea dorsal), joelhos valgos (desvio medial), tornozelos valgos (eversão da articulação subtalar), hálux valgo (desvio lateral do hálux), “dedos em martelo” (hiperextensão das articulações metatarsofalângianas - MTF e extensão das IFD), “dedos em crista de galo” (deslocamento dorsal das falanges proximais com exposição da cabeça dos metatarsianos) e pés planos (arco longitudinal achatado) (BRASIL,2015).

As manifestações não-articulares (nódulos reumatóides, vasculite, derrame pleural, episclerite e escleromalácia perfurante, entre outras) são relacionados com um mau prognóstico. Além da perda da capacidade funcional, pode acontecer aumento da mortalidade, o que demonstra a gravidade da doença (TURESSON,2002). Na avaliação adicional dos pacientes com AR, a titulação de autoanticorpos, como FR (sensibilidade de 75% e especificidade de 85%) e anti-CCP (sensibilidade de 75% e especificidade de 95%) tem importância diagnóstica e prognóstica. Em estudo observacional brasileiro, não houve variação na prevalência de FR e anti-CCP durante 3 anos de acompanhamento de pacientes com AR. Recomenda-se a solicitação de anti-CCP apenas para casos em que o FR seja negativo ou quando haja dúvida diagnóstica (BRASIL,2015).

Pacientes do sexo feminino, tabagistas, de baixo nível socioeconômico, com início precoce da doença, FR ou anti-CCP em títulos elevados, provas inflamatórias (velocidade de hemossedimentação ou proteína C reativa) constantemente elevadas, grande número de articulações com edemas, manifestações não-articulares, alta atividade inflamatória da doença, presença anterior de erosões na evolução da doença e aparecimento do epítipo compartilhado, são os pacientes com piores prognósticos (BRASIL,2015).

A titulação de FR é um exame diagnóstico importante, entretanto, possui sensibilidade e especificidade limitadas na AR inicial. Já a titulação de anticorpos contra peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP) é um exame com sensibilidade similar à do FR, mas com especificidade maior, especialmente nos casos iniciais de AR, devendo ser utilizado apenas se o FR for negativo ou em caso de dúvida diagnóstica. A análise por meio de marcadores de atividade inflamatória (velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa) deve ser solicitada na suspeita clínica de AR. Para avaliação diagnóstica e prognóstica deve ser

executada uma radiografia comum. Caso a radiografia não apresente erosões, pode ser solicitado ressonância magnética e ultrassonografia (BRASIL,2015).

3.4 Tratamento

Os PCDT têm como objetivo esclarecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, a relação entre o tratamento das doenças com as doses adequadas e os procedimentos para o monitoramento clínico relacionando a efetividade do tratamento e os possíveis efeitos adversos. Os PCDT também têm como objetivo a criação de meios para garantir a prescrição segura e eficaz. No domínio do CEAF, os medicamentos devem ser dispensados para pacientes que encaixem nos critérios estabelecidos no respectivo Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (Portal da Saúde,2014).

São incluídos no Protocolo da AR, os pacientes que preencherem os critérios ACR (American College of Rheumatology) de 1987 ou os critérios ACR/EULAR (European League Against Rheumatism) de 2010 para classificação de AR. De acordo com os critérios ACR, são necessários quatro de sete critérios para classificar um paciente como tendo artrite reumatoide, sendo que os critérios de 1 a 4 devem estar presentes em pacientes com história de pelo menos 6 semanas de evolução (BRASIL,2015).

Os critérios são (BRASIL,2015):

- a) rigidez matinal (nas articulações, com pelo menos 1 hora de duração);
- b) artrite de 3 ou mais das seguintes áreas: articulações intrafalangianas (IFT) proximais, articulações metacarpofalangianas (MCF), punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e articulações metatarsofalangianas (MTF);
- c) artrite de mãos (punhos, articulações MCF ou IFT proximais);
- d) artrite simétrica (mesma área em ambos os lados do corpo);
- e) nódulo reumatoide (presença de 1 ou mais nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas ou superfícies extensoras ou regiões periarticulares);
- f) FR (presente em qualquer título);
- g) alterações radiográficas (erosões ou descalcificação periarticular em radiografias posteroanteriores de mãos e punhos).

De acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o tratamento da artrite reumatoide pode ser não-medicamentoso ou medicamentoso (BRASIL,2015).

O tratamento de AR deve ser iniciado o mais rápido possível, já uma terapia medicamentosa intensiva realizada previamente previne danos estruturais (erosões), melhorando a capacidade funcional. O período inicial da doença, principalmente os doze primeiros meses (AR inicial), configura uma janela de oportunidade terapêutica, isto é, um momento em que a intervenção farmacológica efetiva pode mudar o curso da doença. Intervenções educacionais podem ser úteis na implementação de protocolos clínicos para essa doença (BRASIL,2015).

O tratamento não-medicamentoso inclui educação do paciente e da família, fisioterapia, prática de atividade física, apoio psicológico e cirurgia (BRASIL,2015). As evidências de tratamento não medicamentoso são poucas, mas acredita-se que tenha papel importante na melhora clínica e funcional dos pacientes. Exercícios contra resistência são seguros e eficazes na AR, melhorando a força muscular e o tempo de deslocamento. Exercícios aeróbicos recuperam de forma discreta a qualidade de vida, a capacidade funcional e a dor em pacientes com AR estável. Fisioterapia pode propiciar benefício. Intervenções psicológicas são eficientes no tratamento a curto prazo de AR, especialmente quando aumenta a atividade física e reduz a ansiedade e a depressão. De acordo com resultados obtidos por Ferreira *et al.*(2008), a hidroterapia é uma forte aliada no tratamento da AR, obtendo melhora na capacidade funcional, na saúde em geral e na saúde mental. Outro estudo também declarou a possibilidade de melhora com a prática de atividade física, entretanto esse estudo revelou que apenas 43,05% dos pacientes eram ativos (SILVA,2013). Segundo outro artigo, outro tratamento não medicamentoso possível seria a terapia ocupacional, podendo prevenir limitações físicas, melhorar o estado emocional e inserir o paciente no ambiente social. (ALMEIDA,2014). Tratamentos cirúrgicos de outras articulações ainda carecem de evidências comprovadas (BRASIL,2015).

O tratamento medicamentoso inclui diversas classes de medicamentos como anti-inflamatórios não-esteroides (AINES), glicocorticoides, medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) e imunossuppressores (BRASIL,2015). Apesar de na maioria das vezes o tratamento medicamentoso ser eficaz, em muitos momentos deve-se avaliar o risco-benefício para o paciente, já que o uso de medicamentos imunobiológicos (anti TNF- α) aumenta a possibilidade de aparecimento de tuberculose, dado comprovado por Yonekura *et al.*(2017). O aparecimento de tuberculose também apareceu como resultado de outra pesquisa (MACHADO,2013). Conforme outro artigo, os anti TNF- α tem sido usados a quase duas décadas para AR, sendo que a maioria dos pacientes faz tratamento mínimo por cinco anos, entretanto, seu uso por mais de uma década apresenta riscos ao paciente (MOTA,2015).

Outro medicamento com alta incidência de reação adversa é a cloroquina que pode causar retinotoxicidade, bem como se depositar na córnea. Apesar de a primeira reação ser bem menos frequente (2,9%- 18,0%) que a segunda, ela é mais grave e pode ser irreversível, podendo levar à cegueira (SILVA,2009).

A seguir são apresentados os medicamentos empregados no tratamento da AR, segundo sua classificação, conforme PCDT.

Quadro 1: AINES e Glicocorticoides presentes do PCDT da AR:

Medicamento	Disponibilidade no SUS	Componente
Ibuprofeno	Disponível	Básico
Metilprednisolona	Disponível	Especializado
Naproxeno	Disponível	Especializado
Prednisolona	Disponível	Básico e Estratégico
Prednisona	Disponível	Básico e Estratégico

Fonte:Autor

Quadro 2: Imunossupressores presentes do PCDT da AR

Medicamento	Disponibilidade no SUS	Componente
Azatioprina	Disponível	Especializado
Ciclofosfamida	Disponível	Especializado
Ciclosporina	Disponível	Especializado

Fonte:Autor

Quadro 3: Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Sintéticos do PCDT da AR

Medicamento	Disponibilidade no SUS	Componente
Cloroquina	Disponível	Estratégico e Especializado
Hidroxicloroquina	Disponível	Especializado
Leflunomida	Disponível	Especializado
Metotrexato	Disponível	Especializado
Sulfassalazina	Disponível	Especializado

Fonte: Autor

Quadro 4: Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Biológicos do PCDT da AR

Medicamento	Disponibilidade no SUS	Componente	Anti-TNF α
Abatacepte	Disponível	Especializado	Não
Adalimumabe	Disponível	Especializado	Sim
Certolizumabe pegol	Disponível	Especializado	Sim
Etanercepte	Disponível	Especializado	Sim
Golimumabe	Disponível	Especializado	Sim
Infliximabe	Disponível	Especializado	Sim
Rituximabe	Disponível	Especializado	Não
Tocilizumabe	Disponível	Especializado	Não

Fonte: Autor

De acordo com a lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, artigo 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL,1990). Desta forma, todos os indivíduos devem ter acesso gratuito à saúde, bem como aos medicamentos.

Conforme à Portaria nº 1554 de 30 de julho de 2013 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no SUS, artigo 3º, os medicamentos podem fazer parte de três grupos. No primeiro grupo estão os medicamentos em que o Ministério da Saúde é responsável pelo financiamento, no segundo, os de responsabilidade financeira das Secretarias de Estado e do Distrito Federal, e, no terceiro grupo, as de Secretária de Saúde do Distrito Federal e Municípios (BRASIL,2013).

De acordo com a RENAME, na qual os medicamentos disponibilizados pelo SUS estão descritos, pode-se dividi-la em cinco anexos. No primeiro anexo estão os medicamentos do Componente Básico da Atenção Farmacêutica (Cbaf) que são voltados aos principais agravos e programas de saúde da Atenção Básica. O financiamento deste componente é de responsabilidade dos três entes federados (município, estado e federação). No segundo anexo

estão os medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) que são direcionados à controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico, muitas vezes relacionado a situações de vulnerabilidade social e pobreza. O financiamento é responsabilidade do Ministério da Saúde. No terceiro anexo estão presentes os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) que buscam garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade. No quarto anexo estão a Relação Nacional de Insumos, que é composta de produtos para a saúde de acordo com o MS. O último anexo é a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar (BRASIL, 2017).

No Ceaf, o acesso aos medicamentos ocorre de acordo com critérios definidos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) publicados pelo Ministério da Saúde. Os PCDTs definem as linhas de cuidado para cada condição clínica, indicando a melhor abordagem terapêutica em cada situação, com base nas melhores evidências disponíveis (BRASIL,2017).

Apesar de a AR ser tratada na maior parte ambulatorialmente, estudos demonstram que o custo hospitalar do tratamento é a parte mais significativa dos gastos com a doença, que variam entre 55% e 68% do custo total, embora apenas 10% dos pacientes sejam internados por ano. Alguns estudos nacionais que relacionaram gastos com tratamento ambulatorial, como atendimento de emergência e medicamentoso da AR, afirmaram que o tratamento medicamentoso corresponde a 68,72% do valor total gasto (GOMES,2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com pacientes com artrite reumatoide registrados e atendidos pela Farmácia Ambulatorial do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) em fevereiro de 2017.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada na Farmácia Ambulatorial do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), em Fortaleza, Ceará. A Farmácia Ambulatorial desenvolve assistência farmacêutica junto aos pacientes atendidos nos ambulatórios desta instituição, cadastrados nos programas de alta complexidade e programas estratégicos do Governo Federal. Atende em média por mês, 798 pacientes com artrite reumatoide, cujos medicamentos são dispensados através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) na Farmácia Ambulatorial.

Para os medicamentos serem dispensados, primeiramente, deve ocorrer a solicitação do medicamento. O paciente deve-se dirigir à farmácia portando cópia do CNS, cópia do RG, cópia do comprovante de residência, o laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos preenchido pelo médico solicitante juntamente com a prescrição médica, exames exigidos pelo PCDT da AR, Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) e relatório feito pelo médico sobre a condição do paciente, juntamente com exames laboratoriais. Depois de feita a solicitação, os documentos são analisados conforme o PCDT. No caso de confirmação da dispensação, o paciente poderá receber o medicamento todos os meses, sendo necessário um pedido de renovação a cada três meses (BRASIL,2013)

4.3. População de estudo

Pacientes com artrite reumatoide atendidos pela Farmácia Ambulatorial do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

A população considerada para esse estudo envolve todos os pacientes com artrite reumatoide registrados que fazem tratamento no HUWC e receberam medicamentos na farmácia ambulatorial do hospital em fevereiro de 2017.

4.5. Coleta de Dados

As variáveis pesquisadas foram as demográficas (sexo e idade); uso de medicamentos para a artrite reumatoide e suas associações.

A fonte de informação foi o Sistema Hórus, que é utilizado para a gestão de medicamentos e insumos dos componentes da Assistência Farmacêutica e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS).

Os dados foram extraídos do Sistema Hórus pelo BI (Business Intelligence), um sistema que capta informações de várias fontes de dados e as transforma em um banco de dados. O banco de dados utilizado para guardar essas informações foi o Microsoft Excel® 2013.

4.6. Análise dos Resultados

A análise dos resultados foi realizada no software Microsoft Excel® 2013, em computador pessoal, através de tabelas e gráficos, contendo informações obtidas do banco de dados fornecido pela Farmácia Ambulatorial do HUWC.

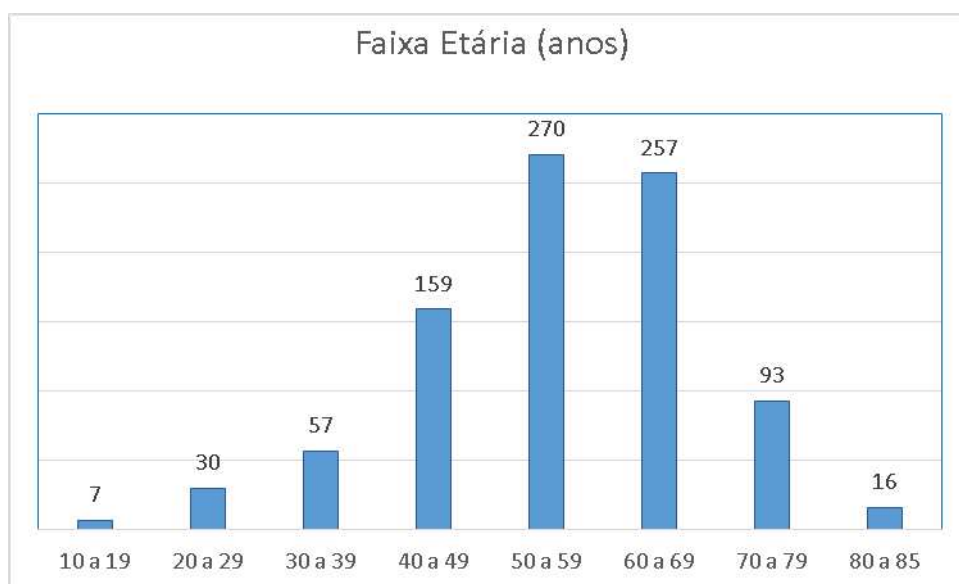
4.7. Aspectos Éticos

O estudo é parte do projeto “Estruturação e Operacionalização dos Serviços Farmacêuticos direcionados aos Pacientes com Artrite Reumatoide em Hospital de Ensino” submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio - CEP/HUWC, com nº 1.834.713

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado, 889 pacientes estavam registrados e recebendo atendimento pela Farmácia ambulatorial do HUWC. De acordo com o **(Gráfico 1)**, a maioria dos pacientes se encontrava na faixa etária de 40 a 69 anos (77,17 %), com destaque para a faixa etária de 50-59 anos (30,4%). Apesar de ocorrer um desacordo entre dados obtidos por diferentes estudos, a maioria deles obteve os mesmos dados do presente trabalho. Apenas o estudo realizado por Gomes *et al.*(2012), realizado entre setembro de 2009 e janeiro de 2010, com adultos entre 20 e 59, em Florianópolis, obteve pacientes em sua maioria, com idade entre 20 e 29 anos (31,4%). Já de acordo com Costa *et al.*(2014) em estudo realizado entre 2003 e 2006 com usuários da base de dados PMAD, que faziam uso de um mais medicamentos MMCD sintéticos para a AR, e que possuíam alguma doença reumatoide, por exemplo, bursite reumatoide, doença reumatoide do pulmão e vasculite reumatoide, a prevalência foi entre 40 e 59 anos (51,2%). Para Almeida *et al.*(2014), a prevalência também foi entre 40 e 59 anos (67,3%), em estudo realizado com pacientes de um mesmo médico, atendidos em um hospital universitário, uma clínica particular e uma clínica ambulatorial pública, diagnosticados com AR entre agosto de 2010 e março de 2013 no Piauí.

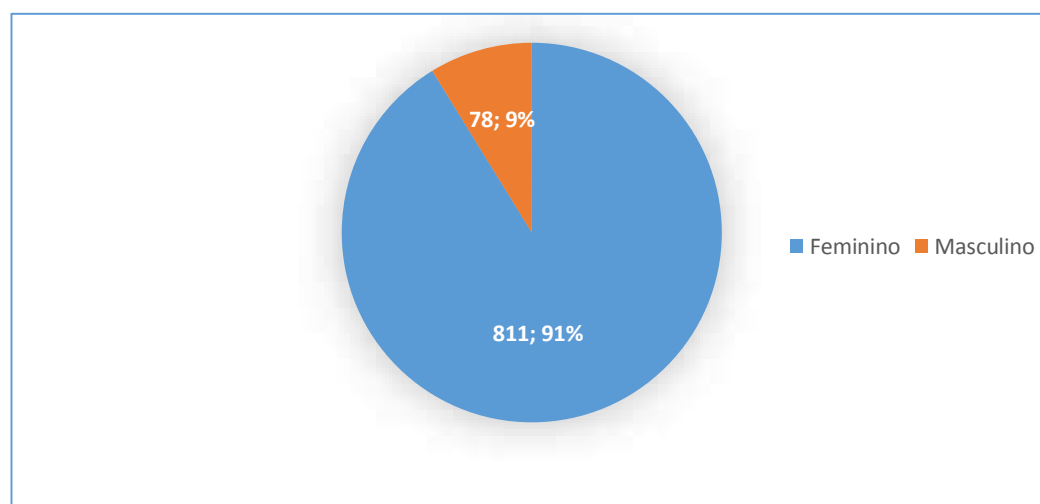
Gráfico 1: Distribuição dos pacientes com artrite reumatoide segundo a faixa etária, 2017 (n=889).



Fonte: dados da pesquisa

Segundo o (**Gráfico 2**), a maioria dos pacientes eram do sexo feminino (91,22%) e apenas 8,77% eram do sexo masculino. O resultado encontrado foi o mesmo obtido em outras pesquisas. Todas as pesquisas encontraram que o sexo feminino é o mais acometido pela doença, a única variação foi a quantidade de pacientes. No estudo realizado por Medeiros *et al.*(2015) com pacientes atendidos no ambulatório de Reumatologia do HUWC, foi encontrado que 97,3% dos pacientes eram do sexo feminino; Roma *et al.*(2014), já encontrou que eram 90,2%, em estudo realizado com pacientes com AR atendidos em um ambulatório de especialidades médicas em um hospital-escola em Marília, São Paulo; Deus *et al.*(2015) encontrou 87,32% nos pacientes com AR, atendidos no ambulatório de AR do Hospital Universitário da Universidade Federal de Grande Dourados; Oliveira Junior *et al.*(2015) encontrou 88,9% nos pacientes atendidos pelo SUS em Belo Horizonte com AR, artrite psoriásica e espondilite anquilosante; Costa *et al.*(2014) 80,9% e 55,8% por Gomes *et al.*(2012).

Gráfico 2: Distribuição dos pacientes com Artrite reumatoide segundo o sexo, 2017 (n=889).



Fonte: dados da pesquisa

No que diz respeito aos medicamentos empregados para tratar a AR, os 889 pacientes consumiram um total de 1385 medicamentos. A maioria fez uso de dois medicamentos (50,73%), seguidos dos que fizeram uso de um medicamento (46,91%) e dos que fizeram uso de três (2,14%). Apenas 2 pacientes (0,22%) fizeram uso de quatro ou mais medicamentos. É sabido que a utilização de vários medicamentos pelo paciente pode implicar em um aumento

do risco de reações adversas e interações medicamentosas, por isso, torna-se necessário sempre avaliar o tratamento, inclusive revisar constantemente o PCDT (BAGATINI,2011).

Em relação aos pacientes que recebiam 2 ou mais medicamentos, foram encontradas 37 diferentes associações de medicamentos. A associação mais comum, foi a da leflunomida + metotrexato, com 218 pacientes. Em segundo lugar, a associação do etanercepte + metotrexato, com 31 pacientes, seguido do adalimumabe + metotrexato, com 23 pacientes. As terapias encontradas estão presentes no **(Quadro 5)**.

De acordo com o Boletim Brasileiro de Avaliação em Tecnologias em Saúde (BRATS), do ano de 2012, os MMCD biológicos, exceto o rituximabe, são usados no tratamento de pacientes com AR moderada á grave que obtiveram resposta ineficaz ao tratamento único com MMCD.O rituximabe só deve ser usado em pacientes adultos e em combinação com o metotrexato. Entretanto, no presente estudo, foram encontradas três associações que não estão de acordo com o BRATS: uma na qual o rituximabe não é utilizado com o metotrexato, e sim, com a leflunomida; outro no qual o rituximabe é utilizado com o metotrexato, mas também com o outro MMCD biológico, o adalimumabe; e o último, no qual o rituximabe é utilizado com o metotrexato, mas também com o outro MMCD biológico, o tocilizumabe.

O mesmo problema é observado em relação ao etanercepte. Este, pode ser usado em monoterapia ou em associação com o metotrexato, entretanto, também foi encontrado em associação com a leflunomida e em associação com a leflunomida e o metotrexato.

Quadro 5. Associações de medicamentos utilizados pelos pacientes

Medicamento	Número de Pacientes	Porcentagem (%)
Leflunomida + Metotrexato	218	46,19
Etanercepte + Metotrexato	31	6,57
Adalimumabe + Metotrexato	23	4,87
Adalimumabe + Leflunomida	21	4,45
Etanercepte+ Leflunomida	21	4,45
Metotrexato + Tocilizumabe	20	4,24

Quadro 5 (Cont...). Associações de medicamentos utilizados pelos pacientes

Medicamento	Número de Pacientes	Porcentagem (%)
Infliximabe + Metotrexato	17	3,60
Abatacepte + Metotrexato	14	2,97
Leflunomida + Tocilizumabe	14	2,97
Difosfato de Cloroquina + Metotrexato	13	2,76
Abatacepte + Leflunomida	11	2,33
Infliximabe + Leflunomida	9	1,91
Difosfato de Cloroquina + Leflunomida	7	1,49
Adalimumabe + Leflunomida + Metotrexato	6	1,27
Leflunomida + Rituximabe	5	1,06
Difosfato de Cloroquina + Leflunomida + Metotrexato	4	0,85
Certolizumabe + Leflunomida	4	0,85
Metotrexato + Rituximabe	4	0,85
Metotrexato + Sulfassalazina	3	0,64
Golimumabe + Metotrexato	3	0,64
Leflunomida + Sulfassalazina	2	0,42
Azatioprina + Metotrexato	2	0,42
Leflunomida + Metotrexato + Tocilizumabe	2	0,42

Quadro 5 (Cont...). Associações de medicamentos utilizados pelos pacientes

Medicamento	Número de Pacientes	Porcentagem (%)
Abatacepte + Metotrexato + Tocilizumabe	2	0,42
Leflunomida + Etanercepte	2	0,42
Etanercepte + Leflunomida + Metotrexato	2	0,42
Leflunomida + Metotrexato + Sulfassalazina	2	0,42
Azatioprina+ Leflunomida	1	0,21
Ciclofosfamida + Leflunomida	1	0,21
Certolizumabe + Leflunomida + Tocilizumabe	1	0,21
Difosfato de Cloroquina + Leflunomida + Metotrexato + Tocilizumabe	1	0,21
Golimuabe + Leflunomida	1	0,21
Adalimumabe + Difosfato de Cloroquina + Leflunomida + Metotrexato + Sulfassalazina	1	0,21
Adalimuabe + Metotrexato + Rituximabe	1	0,21
Metotrexato + Rituximabe + Tocilizumabe	1	0,21
Infliximabe + Tocilizumabe + Leflunomida	1	0,21
Ertanecepte + Leflunomida	1	0,21
Total	472	100

Uma das limitações do estudo foi não ter conseguido informações sobre outras doenças pré-existentes entre os pacientes com AR e seus respectivos tratamentos. Na literatura podemos verificar que pacientes com AR podem padecer de várias comorbidades, como HAS, DM, dislipidemias e doenças cardiovasculares (DEUS,2015). Considerando o

exposto, existe a possibilidade de que estes pacientes estejam polimedicados. A polifarmácia está relacionada ao aumento das chances de aparecimento e da gravidade das reações adversas, antecipando interações medicamentosas, causando toxicidade cumulativa, o que acarreta erros de administração do medicamento e reduz a adesão ao tratamento. (BAGATINI, 2011). Dessa forma, esta possui relação direta com os custos assistenciais, incluindo medicamentos e consequências desse uso, como, por exemplo, custos de consulta a especialistas, atendimento de emergência e de interação hospitalar (BAGATINI, 2011). Cabe, portanto, aos profissionais de saúde, estarem atentos para evitar que os pacientes corram esse risco.

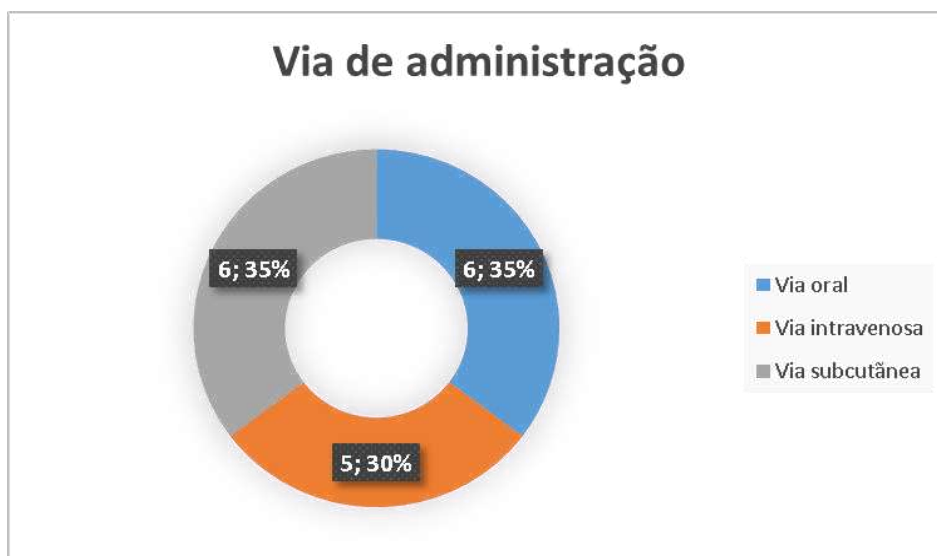
Os medicamentos dispensados representavam 17 apresentações farmacêuticas (**Quadro 6**). Das 17 apresentações farmacêuticas, seis eram de uso oral, seis de aplicação subcutânea e cinco intravenosa. (**Gráfico 3**)

Quadro 6: Distribuição dos medicamentos de acordo com a concentração e a forma farmacêutica.

Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica
Abatacepte	125 mg/ml	Solução injetável SC
Abatacepte	250 mg	Pó liofilizado IV
Adalimumabe	40mg/0,8ml	Solução injetável SC
Azatioprina	50 mg	Comprimido VO
Certolizumabe pegol	200mg/ml	Solução injetável SC
Ciclosporina	50mg	Cápsula VO
Difosfato de Cloroquina	150 mg	Comprimido VO
Etanercepte	50 mg	Pó liofilizado ou seringa preenchida SC
Etanercepte	25mg	Pó liofilizado SC
Golimumabe	50 mg/0,5ml	Caneta preenchida SC
Infliximabe	100mg	Pó liofilizado IV
Leflunomida	20mg	Comprimido VO
Metotrexato	25mg/ml	Solução injetável IV
Metotrexato	2,5 mg	Comprimido VO
Rituximabe	500 mg/50ml	Solução injetável IV
Sulfassalazina	500mg	Comprimido VO
Tocilizumabe	200mg/10ml	Solução injetável IV

Fonte: dados da pesquisa

Gráfico 3: Distribuição dos 17 medicamentos dispensados pela Farmácia Ambulatorial do (HUWC) de acordo com a via de administração.



Fonte: dados da pesquisa

Na **Tabela 1** pode-se observar a quantidade de medicamentos utilizada pelos pacientes, de acordo com a classificação. Os medicamentos mais utilizados foram leflunomida (35,31%) e metotrexato (33,79%), ambos MMCD sintéticos. Os MMCD sintéticos também foram usados pela maioria dos pacientes dos estudos observados, apesar de a prevalência não ter sido leflunomida seguida de metotrexato, mas sim o oposto. Segundo Medeiros *et al.*(2015), o medicamento mais utilizado foi o metotrexato (95,5%), seguido da leflunomida (71,2%), da cloroquina (58,6%) e dos anti-TNF (31,8%). De acordo com estudo realizado por Oliveira *et al.*(2016), em pacientes do ambulatório de Reumatologia do HUWC, que não possuíam outra doença autoimune, o medicamento mais utilizado foi o metotrexato (95,5%), seguido da leflunomida (71,2%) e da cloroquina (59,1%), os anti-TNF foram utilizados por 31,8% dos pacientes. Conforme Deus *et al.*(2015), os medicamentos mais utilizados foram os corticosteroides (46,47%), seguidos dos anti-TNF (47,89%) e do metotrexato (45,07%). Já conforme outro estudo foi encontrado que a maioria dos pacientes fazia uso de metotrexato (39,8%), seguido de prednisona (30,6%) e do antimalárico (30,6%), o anti-TNF (3,06%) foi o medicamento menos utilizado (ALMEIDA,2014). Diferentemente do último estudo apresentado, os anti-TNF (14,51%) foram a segunda classe de medicamentos mais utilizada no presente estudo, ficando atrás apenas dos MMCD sintéticos (75,02%).

Tabela 1: Distribuição dos medicamentos de acordo com a quantidade utilizada e a classificação.

Medicamento	Classificação	N	%
Leflunomida 20 mg comprimido VO	MMCD sintético	489	35,31
Metotrexato 2,5 mg comprimido VO	MMCD sintético	468	33,79
Tocilizumabe 200 mg/ 10mL solução injetável IV	MMCD biológico	72	5,2
Difosfato de cloroquina 150 mg comprimido VO	MMCD sintético	71	5,13
Adalimumabe 40 mg/0,8mL solução injetável SC	MMCD biológico anti-TNF- α	70	5,05
Etanercepte 50 mg pó liofilizado ou seringa preenchida SC	MMCD biológico anti-TNF- α	67	4,84
Abatacepte 250 mg pó liofilizado IV	MMCD biológico	40	2,89
Infliximabe 100 mg pó liofilizado IV	MMCD biológico anti-TNF- α	37	2,67
Rituximabe 500mg/50 mL solução injetável IV	MMCD biológico	15	1,08
Golimumabe 50 mg/0,5mL caneta preenchida SC	MMCD biológico anti-TNF- α	13	0,94
Sulfassalazina 500 mg comprimido VO	MMCD sintético	11	0,79
Certolizumabe pegol 200 mg/mL solução injetável IV	MMCD biológico anti-TNF- α	10	0,72
Azatioprina 50 mg comprimido VO	Imunossupressor	8	0,58
Abatacepte 125mg/ ml solução injetável SC	MMCD biológico	4	0,29
Etanercepte 25 mg pó liofilizado para suspensão SC	MMCD biológico anti-TNF- α	4	0,29
Ciclosporina 50 mg cápsula VO	Imunossupressor	3	0,22
Metotrexato 25mg/mL solução injetável IV	MMCD sintético	3	0,21

6 CONCLUSÃO

A partir do desenvolvimento do presente estudo, foi possível observar que a maioria dos pacientes com AR eram do sexo feminino, com idade entre 40 e 59 anos, que faziam uso de 2 medicamentos dispensados pela CEAF, sendo a maioria dos medicamentos dispensados MMCD sintéticos.

Foram encontradas 37 diferentes associações de medicamentos, sendo a mais comum a entre a leflunomida e o metotrexato, seguida de etanercepte e metotrexato e adalimumabe e metotrexato, respectivamente.

Todos os medicamentos para a artrite reumatoide estão presentes na RENAME, sendo assim, disponíveis pelo SUS, o que facilita a adesão ao tratamento, pois não existe interrupção do tratamento por questões financeiras do paciente.

É muito importante avaliar o risco das interações medicamentosas nos pacientes com AR, pois estes já são pacientes polimedicados sem levar em consideração a automedicação. Esta é uma tarefa do farmacêutico no acompanhamento farmacoterapêutico, que deve ser realizada com atuação multiprofissional.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A.K; LICHTMAN, A.H.; PILLAI, S. **Imunologia celular e molecular**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 525 p.

ALMEIDA, M. S. T. M; ALMEIDA, J. V. M.; BERTOLO, M. B. Características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatoide no Piauí, Brasil - avaliação de 98 pacientes. **Rev. Bras. Reumatol.** , São Paulo, v. 54, n. 5, p. 360-365, Oct. 2014 .Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042014000500360&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Nov. 2017.

ALMEIDA, P. H. T. Q. *et al.* Occupational therapy in rheumatoid arthritis: what rheumatologists need to know? **Rev. Bras. Reumatol.** , São Paulo, v. 55, n. 3, p. 272-280, June 2015 .Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042015000300272&lng=en&nrm=iso>. Access on 07 Nov.2017

BAGATINI, F. *et al.* Potenciais interações medicamentosas em pacientes com artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.** , São Paulo , v. 51, n. 1, p. 29-39, Feb. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000100003&lng=en&nrm=iso>. Access on 11 Nov. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado: 24 Nov. 2017

BRASIL. 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 e dá outras providências. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso: 24 Nov.2017

BRASIL. Portaria nº 1554 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saldelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html. Acesso: 24 Nov.2017

Brasil.Ministério da Saúde.**Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Brasília, ano VI, nº19, Setembro de 2012

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **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. 210 p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS**. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>. Acesso:24 Nov. 2017

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Artrite Reumatoide. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/08/pcdt-Artrite-Reumat--ide---Portaria-SAS-996-PCDT-AR-30-09-2015.pdf>> Acesso em 27 de ago. 2016

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Fonte: Portal da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>. Acesso em 24 Nov. 2017

CASTILLO-HERNANDEZ, J. *et al.* Obesity is the main determinant of insulin resistance more than the circulating pro-inflammatory cytokines levels in rheumatoid arthritis patients. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 320-329, Aug. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042017000400320&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Nov. 2017.

Centers for Disease Control and Prevention. Racial/ethnic differences in the prevalence and impact of doctor-diagnosed arthritis – United States, 2002. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 2005; 54: 119-23.

COSTA, J. O. *et al.* Tratamento da artrite reumatoide no Sistema Unico de Saude, Brasil: gastos com infliximabe em comparacao com medicamentos modificadores do curso da doenca sinteticos, 2003 a 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 283-295, Feb. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000200283&lng=en&nrm=iso>. Access on 08 Nov. 2017.

DEUS, R. S. *et al.* Caracterização de pacientes com artrite reumatoide quanto a fatores de risco para doenças vasculares cardíacas no Mato Grosso do Sul. **Rev. Bras. Reumatol.**, Dez 2015, vol.55, no.6, p.493-500. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042015000600493&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Nov. 2017.

FERREIRA, L.R.F *et al.* Efeitos da reabilitação aquática na sintomatologia e qualidade de vida de portadoras de artrite reumatóide. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 15, n.2, p.136-141, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502008000200005&lng=en&nrm=iso>. Access on 07 Nov. 2017.

GOELDNER, I. *et al.* Artrite reumatoide: uma visão atual. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 5, p. 495-503, Oct. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442011000500002&lng=en&nrm=iso>.Access on 23 Nov. 2017.

GOMES, R. K. S. *et al.* Impact of rheumatoid arthritis in the public health system in Santa Catarina, Brazil: a descriptive and temporal trend analysis from 1996 to 2009. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v.57, n. 3, p.204-209, May 2017.Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042017000300204&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Nov. 2017

GOMES, R.S; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas e demográficas como fatores de risco para a artrite autorreferida: estudo de base populacional em adultos no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n 28, p.1506-1516, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000800009&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Nov. 2017.

MACHADO, M. A.A. *et al.* Adalimumabe no tratamento da artrite reumatoide: uma revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v.53, n.5, p.419-430, Oct. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042013000500009&lng=en&nrm=iso>. Access on 07 Nov. 2017.

MARQUES, J. F. N. *et al.* Estudo multicêntrico da prevalência da artrite reumatóide do adulto em amostras da população brasileira. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 33, n. 5, p. 169-73, 1993.

MEDEIROS, M.M.C. *et al.* Correlação dos índices de atividade da artrite reumatoide e concordância dos estados de atividade da doença com vários pontos de corte numa população do nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Reumatol.**, Fev 2015, vol.55, no.6, p.477-484. Available from <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n6/0482-5004-rbr-55-06-0477.pdf>>access on 23 Nov. 2017

MOTA, L. M. H. *et al.* Segurança do uso de terapias biológicas para o tratamento de artrite reumatoide e espondiloartrites. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 281-309, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042015000300281&lng=en&nrm=iso>.access on 07 Nov. 2017.

MOTA, L. M. H. *et al.* Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 52, n. 2, p.152-174, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042012000200002&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Nov. 2017.

National Institute on Disability and Rehabilitation Research. Notice of proposed Long-range plan for fiscal years 1999-2004. **Department of Education Federal Register** 1998; 63:57189-219.

OLIVEIRA JUNIOR, H. A. *et al.* Profile of patients with rheumatic diseases undergoing treatment with anti-TNF agents in the Brazilian Public Health System (SUS), Belo Horizonte - MG. **Braz. J. Pharm. Sci.**, Sept 2015, vol.51, no.3, p.709-719. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502015000300709&lng=en&nrm=iso>.Access on 23 Nov. 2017.

OLIVEIRA, B. M. G. B. *et al.* Síndrome metabólica em pacientes com diagnóstico de artrite reumatoide acompanhados em um Hospital Universitário do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 117-125, Apr. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042016000200117&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Nov. 2017.

OMS. The Bone and Joint Decade 2000–2010. **Bulletin of the World Health Organization**. 2003. Editorials. p.81

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso>. Access on 09 Nov. 2017.

ROMA, I. *et al.* Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, n 54, p.279-286,2014. Available from< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042014000400279&lng=en&nrm=iso>.access on 23 Nov. 2017

SILVA, C. R. *et al.* Physical activity among patients from the Brasília cohort of early rheumatoid arthritis. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 53, n. 5, p. 394-399, Oct. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042013000500005&lng=en&nrm=iso>. Access on 07 Nov. 2017.

SILVA, N. A.; SILVA, F. A. Maculopatia tóxica por cloroquina. **Rev. Bras.Oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, p. 161-167, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802009000300008&lng=en&nrm=iso>.Access on 23 Nov. 2017.

TURESSON, C.*et al.* Occurrence of extraarticular disease manifestations is associated with excess mortality in a community based cohort of patients with rheumatoid arthritis. **J.Rheumatol**, 2002, vol.29, nº1, p 62. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11824973>. Acesso: 24 Nov.2017

YONEKURA, C. L. *et al.* Incidence of tuberculosis among patients with rheumatoid arthritis using TNF blockers in Brazil: data from the Brazilian Registry of Biological Therapies in Rheumatic Diseases (Registro Brasileiro de Monitoração de Terapias Biológicas - BiobadaBrasil). **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 57, supl. 2, p. s477-s483, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042017000800007&lng=pt&nrm=iso>. Access em 07 nov. 2017.