

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

MARCUS CARVALHO BORIN

**AVALIAÇÃO DE VIABILIDADE DE TÉCNICAS DE VISITAÇÃO MÉDICA PARA
DETALHAMENTO ACADÊMICO NA ARTRITE REUMATOIDE**

BELO HORIZONTE - MG

2018

MARCUS CARVALHO BORIN

**AVALIAÇÃO DE VIABILIDADE DE TÉCNICAS DE VISITAÇÃO MÉDICA PARA
DETALHAMENTO ACADÊMICO NA ARTRITE REUMATOIDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Prof.^a Dra. Juliana Alvares Teodoro.

BELO HORIZONTE - MG

2018

B734a Borin, Marcus Carvalho.
Avaliação de viabilidade de técnicas de visitação médica para detalhamento acadêmico na artrite reumatoide / Marcus Carvalho Borin. – 2018.
110 f. : il.

Orientadora: Juliana Alvares Teodoro.

Disserta o (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de P s-Gradua o em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Artrite rematoide – Teses. 2. Protocolos clínicos – Teses. 3. Medicamentos – Prescri o – Teses. I. Alvares, Juliana. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. III. Título.

CDD: 615.14

Elaborado por Luciene Aparecida Costa – CRB-6/2811



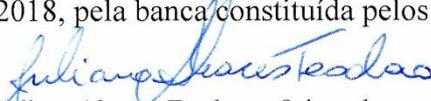
FOLHA DE APROVAÇÃO

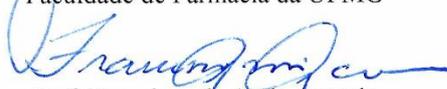
**AVALIAÇÃO DE VIABILIDADE DE TÉCNICAS DE VISITAÇÃO MÉDICA PARA
DETALHAMENTO ACADÊMICO NA ARTRITE REUMATOIDE**

MARCUS CARVALHO BORIN

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA FARMACEUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 20 de dezembro de 2018, pela banca constituída pelos membros:


Profa. Juliana Alvares Teodoro - Orientadora
Faculdade de Farmácia da UFMG


Prof. Francisco de Assis Acurcio
Faculdade de Farmácia da UFMG


Prof(a). Adriana Maria Kakehasi
Faculdade de Medicina da UFMG

Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2018.

***“Tudo o que temos de decidir é o que fazer
com o tempo que nos é dado.”***

J. R. R. Tolkien

AGRADECIMENTOS

À Lorena, minha esposa e conselheira a todo momento. Sua sabedoria e inteligência são sempre minha base para tudo em minha vida. Te amo!

Aos meus pais por todos momentos da minha vida em que vocês estiveram ao meu lado e me ajudaram, apoiaram e fizeram acreditar em cada uma de minhas escolhas.

À minha orientadora, Profa. Dra. Juliana Alvares Teodoro por me receber e direcionar o delineamento deste trabalho. Obrigado por sempre se colocar à disposição para esclarecer minhas dúvidas.

Ao professor Dr. Francisco Acurcio, Dra. Adriana Kakehasi, Silas Lopes Rosado, Juliana Costa, Carolina Zampirolli, Michael Ruberson, Jéssica Barreto, Isabella Piassi Godói e Nelio Ribeiro pelo apoio na realização do trabalho.

Aos colegas do Centro Colaborador do SUS (CCATES) e do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica que contribuíram para este trabalho.

Muito obrigado a todos que contribuíram de alguma forma para a conclusão deste trabalho.

RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os utilizam incorretamente. Para obter um hábito prescritivo de melhor qualidade, os prescritores necessitam de informações atualizadas, com fontes confiáveis, de acesso fácil e de simples compreensão. Os representantes da indústria farmacêutica realizam visitas e fornecem informações detalhadas sobre seus produtos e trabalham com materiais de marketing específicos, com objetivo de moldar o seu perfil prescritivo. Como uma alternativa baseada em evidências e conforme diretrizes estabelecidas, a prática do detalhamento acadêmico (DA) foi iniciada na década de 1980 nos EUA. No Brasil, existe uma deficiência em estratégias para divulgação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, e o DA tem potencial para preencher esta lacuna. Com isso, é oportuno avaliar a viabilidade de técnicas de visita médica para DA sobre medicamentos disponibilizados no SUS para artrite reumatoide, uma patologia autoimune sistêmica, caracterizada pela inflamação crônica de articulações, severamente debilitante, que afeta cerca de 0,5 a 1,0% da população mundial. Para desenvolver e executar um programa de DA para artrite reumatoide com prescritores que atuam no município de Belo Horizonte, foram selecionados acadêmicos ou profissionais de saúde com perfil comunicativo e com conhecimento do SUS para serem os facilitadores. Foram visitados 43 prescritores, com um total de 79 visitas. Os facilitadores relataram um tempo médio na sala de espera de 36 minutos e 12,2 minutos de duração da visita com o médico. Relataram também que os médicos foram receptivos (31,5%) ou muito receptivos (52%) nas visitas e se demonstraram interessados (25,7%) ou muito interessados (51,3%) no conteúdo apresentado. Foram realizados 28 contatos telefônicos onde 71,4% dos médicos disseram muito satisfeitos com a visita, concordando com a relevância do conteúdo apresentado em 85,7% das vezes. Dos médicos visitados, 57% entenderam que as visitas acrescentaram algum conhecimento e que não houve nada que não tenham gostado em 82%. Informaram também que acreditam que o DA seja igualmente efetivo em aprofundar conhecimentos comparado à participação em eventos, como congressos em 44% dos contatos. Foi gasto um total de R\$14.185,00 para a realização do programa. Apesar da limitação geográfica do estudo, os 43 prescritores visitados representam um grande número de deferimentos para solicitações de medicamentos do CEAF. Com isso, o valor total gasto na implementação deste programa de DA e seu potencial para melhoria do acesso a estes medicamentos podem representar impacto positivo no direcionamento de gastos públicos evitando a via judicial e representando uma estratégia eficaz na divulgação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Palavras-chave: Detalhamento acadêmico. Artrite reumatoide. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

ABSTRACT

According to the World Health Organization, more than 50% of all medicines are incorrectly prescribed, dispensed and sold; and more than 50% of patients use them incorrectly. For a prescriptive habit of better quality, prescribers need up-to-date information, reliable sources, easy access, and simple understanding. Representatives from the pharmaceutical industry who conduct these visits are well-trained agents, provide detailed information about their products, and work with specific marketing materials to shape their prescriptive profile. As an evidence-based alternative and according to established guidelines, the practice of academic detailing began in the 1980s at Harvard University. This strategy is used in several countries, but in some, such as Australia, Canada and the United States, there are permanent programs of academic detailing. In Brazil, there is a deficiency in strategies for dissemination of clinical protocols and therapeutic guidelines of the Ministry of Health, and academic detail has the potential to fill this gap. With this, it is opportune to evaluate the feasibility of medical visitation techniques for academic details about medications made available in SUS for rheumatoid arthritis, a systemic autoimmune pathology characterized by severely debilitating chronic joint inflammation that affects about 0.5 to 1,0% of the world population. To develop and execute an academic detailing program for rheumatoid arthritis with prescribers working in the city of Belo Horizonte, we selected academics or health professionals with a communicative profile and knowledge of SUS to be the facilitators. 43 prescribers were visited, with a total of 79 visits. The facilitators reported how very difficult the marking of the visits in 52% of the times and difficult in 32,9%. An average of 1.4 attempts were required to mark the visit. They also reported an average time in the waiting room of 36 minutes and 12.2 minutes duration of the visit with the doctor. The facilitators reported that the physicians were receptive (31.5%) or very receptive (52%) in the visits and were shown interested (25.7%) or very interested (51.3%) in the presented content. They reported that it was possible to present all the planned information in 91.7% of visits. There were 28 telephone contacts where 70.4% of the doctors said they were very satisfied with the visit, agreeing with the relevance of the content presented in 85.7% of the time. About 57% of the doctors visited understood that the visits added some knowledge and that there was nothing they did not like about 82%. They also reported that they believe that academic detailing is equally effective in deepening knowledge compared to participation in events, such as conferences in approximately 44% of contacts. A total of R \$ 14,185 was spent to carry out the program. Despite the geographical limitation of the study, the 43 prescribers visited represent a large number of deferrals for CEAF drug applications. Therefore, the total amount spent on the implementation of this program of academic detail and its potential for improving access to these drugs can have a positive impact on the targeting of public expenditures avoiding the judicial process, representing an effective strategy in the dissemination of Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines.

Keywords: Academic detailing. Rheumatoid arthritis. Clinical protocols and therapeutic guidelines.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 16 |
| 2.1 Artrite Reumatoide | 16 |
| 2.2 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas | 25 |
| 2.3 Detalhamento acadêmico | 25 |
| 3 OBJETIVOS..... | 28 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 28 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 28 |
| 4 METODOLOGIA | 29 |
| 4.1 Seleção dos prescritores | 30 |
| 4.2 Elaboração do material | 31 |
| 4.3 Seleção e treinamento dos facilitadores..... | 32 |
| 4.4 Realização das visitas | 33 |
| 4.5 Realização da pesquisa de satisfação..... | 37 |
| 4.6 Análise de viabilidade econômica | 38 |
| 4.7 Análise dos dados..... | 39 |
| 4.8 Aspectos éticos..... | 39 |
| 5 RESULTADOS..... | 40 |
| 5.1 Características dos médicos visitados | 40 |
| 5.2 Viabilidade da visita..... | 40 |
| 5.3 Entrevista telefônica para pesquisa de satisfação | 41 |
| 5.3 Respostas ao caso clínico apresentado | 43 |
| 5.4 Análise de viabilidade econômica | 48 |
| 6 DISCUSSÃO | 50 |
| 7 CONCLUSÃO | 54 |
| 8 REFERÊNCIAS..... | 55 |
| 9 ANEXOS | 62 |
| Anexo A: Boletins para artrite reumatoide | 62 |
| Anexo B: Folder para pacientes e cuidadores..... | 75 |
| Anexo C: Formulário para coleta de dados da visita..... | 77 |
| Anexo D: Caso clínico e condutas..... | 79 |

| | |
|---|----|
| Anexo E: Formulário de pesquisa de satisfação..... | 81 |
| Anexo F: Quadro de medicamentos para artrite reumatoide – Pagina 1..... | 83 |
| Anexo G: Quadro de medicamentos para artrite reumatoide – Pagina 2..... | 84 |
| Anexo H: Ementa do treinamento para facilitadores..... | 85 |
| Anexo I: <i>E-mail</i> de feedback enviado aos prescritores..... | 87 |
| Anexo J: Aprovação do comitê de ética..... | 90 |
| Anexo K: Artigo submetido..... | 91 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AINE - Anti-inflamatórios não esteroides

AR – Artrite reumatoide

CCATES - Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde

CEAF - Componente Especializado de Assistência Farmacêutica

DA – Detalhamento acadêmico

DGITS - Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde

ICAD - Índices compostos da atividade de doença

MMCD - medicamentos modificadores do curso da doença

PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PPGMAF - Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica

SES-MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SIGAF - Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica

SUS - Sistema Único de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde para artrite reumatoide..... | 16 |
| Figura 2: Etapas de tratamento do PCDT da artrite reumatoide..... | 18 |
| Figura 3: Medicamentos para artrite reumatoide fornecidos pelo SUS..... | 21 |
| Figura 4: Medicamentos para artrite reumatoide fornecidos pelo SUS (cont.)..... | 22 |
| Figura 5: Exemplo de mensagem chave..... | 26 |
| Figura 6: Resposta a afirmação A..... | 40 |
| Figura 7: Resposta a afirmação B..... | 41 |
| Figura 8: Resposta a afirmação C..... | 42 |
| Figura 9: Resposta a afirmação D..... | 42 |
| Figura 10: Resposta a afirmação E..... | 43 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Estratificação dos prescritores por quantidade de deferimentos | 25 |
| Tabela 2: Estrutura geral das visitas | 28 |
| Tabela 3: Questionário para pesquisa de satisfação..... | 32 |
| Tabela 4: Características dos médicos visitados | 35 |
| Tabela 5: Viabilidade da visita | 35 |
| Tabela 6: Impressões do visitador sobre a receptividade dos médicos | 36 |
| Tabela 7: Respostas a entrevista telefônica quanto a satisfação da visita | 37 |
| Tabela 8: Percepção do médico quanto a visita | 38 |
| Tabela 9: Custos com o programa de detalhamento acadêmico | 44 |

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os utilizam incorretamente. (WHO, 2012)

Para obter um hábito prescritivo de melhor qualidade, os prescritores necessitam de informações atualizadas, com fontes confiáveis, de acesso fácil e de simples compreensão. Tendo em vista que muitos destes profissionais possuem pouca disponibilidade de tempo para atividades de atualização, além de obstáculos de acesso a informações, os representantes das indústrias farmacêuticas se apresentam como alternativa conveniente. (TABA et al., 2012; NARCAD, 2017)

A indústria farmacêutica chega a gastar até um terço de seu faturamento na promoção de seus produtos. Em 2004, o valor gasto foi de US\$ 57,5 bilhões nos EUA. Cerca de 68% deste valor é investido em visitas aos prescritores, sendo o restante aplicado em propagandas diretas ao consumidor, encontros profissionais e propaganda virtual. (SPURLING et al., 2010; CIVANER et al., 2012; GODMAN, 2013)

Os representantes da indústria farmacêutica que realizam estas visitas são agentes bem treinados e fornecem informações detalhadas sobre seus produtos e trabalham com materiais de marketing específicos, com objetivo de estreitar o relacionamento com os prescritores. São conhecidos como “drug detailers”, e transmitem informações em relação aos produtos de forma resumida e interativa no próprio consultório médico, com o objetivo de aumentar a prescrição e as vendas. (AVORN, 2017)

Como alternativa para melhorar a decisão sobre a prescrição de medicamentos e minimizar gastos com erros decorrentes da má prescrição, a prática do detalhamento acadêmico foi iniciada na década de 1980, na Universidade de Harvard, nos EUA. (AVORN J, SOUMERAI S., 1983)

O detalhamento acadêmico é uma metodologia de divulgação educacional direcionada a profissionais de saúde com o objetivo de modificar sua prática clínica. Um profissional treinado realiza visitas para profissionais de saúde em seu próprio

local de atuação, como consultórios, clínicas ou hospitais. Consiste de uma entrevista face-a-face, normalmente para médicos clínicos gerais, mas podendo ser dirigida também a prescritores especialistas, enfermeiros e farmacêuticos. (O'BRIEN et al., 2007)

Esta estratégia é utilizada em vários países, mas, em alguns, como Austrália, Canadá e Estados Unidos, existem programas permanentes de detalhamento acadêmico. São programas executados em larga escala e bem estruturados, com objetivos variados, mas sempre focados na melhoria da prática dos profissionais de saúde. (GRIMSHAW, 2004)

No Brasil, em cooperação entre o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), a Organização Pan-americana da Saúde e o Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde (CCATES), desenvolveu-se uma diretriz para detalhamento acadêmico. Foi elaborado a partir de extensa busca na literatura científica e na experiência de organizações internacionais que realizam o detalhamento acadêmico como o *National Prescribing Service*, organização australiana independente e sem fins lucrativos que desempenha esta atividade há mais de quinze anos, o *National Resource Center for Academic Detailing*, dos Estados Unidos e a *Canadian Academic Detailing Collaboration*, do Canadá. Além disso, foi realizado um projeto piloto na cidade de Belo Horizonte pelo CCATES, que visitou médicos com o objetivo de divulgar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a Doença de Alzheimer. (DIRETRIZ DE DETALHAMENTO ACADÊMICO, 2015)

O detalhamento acadêmico apresenta potencial para ser estratégia eficaz na educação permanente de prescritores e na disseminação dos PCDTs. Apesar de ser uma técnica amplamente utilizada internacionalmente, estudos nacionais são escassos e se fazem necessários para avaliar esta técnica no contexto do SUS.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Artrite Reumatoide

A artrite reumatoide (AR) é uma patologia autoimune sistêmica caracterizada pela inflamação crônica de articulações, severamente debilitante, com morbidade e mortalidade significativas, que afeta cerca de 0,5 a 1,0% da população mundial. O estabelecimento de critérios diagnósticos deve levar em consideração uma associação de sinais e sintomas característicos, aliada a dados laboratoriais e radiológicos complementares. O tratamento da AR tem evoluído com o advento dos medicamentos biológicos, que agem como imunossuppressores para reduzir a inflamação e evitar o dano às articulações. (KNAI et al., 2012; LEGIDO-QUIGLEY et al., 2012; OMS, 2011)

A AR apresenta longa duração e alto custo de gerenciamento e monitoramento. Na ausência de medidas terapêuticas, pode levar a significativa limitação funcional, com perda da qualidade de vida e da capacidade laboral. Em países industrializados, a AR está associada a elevados custos sociais, com altas taxas de absenteísmo e perda de produtividade. Dessa forma, observam-se custos indiretos até três vezes maiores quando comparados aos custos diretamente relacionados ao tratamento da doença. (SCHEINBERG, 2015)

Um estudo de Pinho (2012) avaliou a situação do tratamento dos usuários portadores de artrite reumatoide cadastrados na Farmácia de Medicamentos Porto Alegre, Rio Grande do Sul, de 2010 a 2012. Foram analisados 1130 tratamentos e em 573 foram identificados problemas, sendo que 88,48% são relacionados à falta ou preenchimento incorreto de documentos, enquanto 11,52% são relacionados a inconformidades com os critérios estabelecidos pelo PCDT. Isto sinaliza que o principal problema é a falta de informação.

A AR é bastante variável quanto à apresentação clínica, à gravidade e ao prognóstico. Sua forma clínica mais comum é a poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações com caráter crônico e destrutivo, podendo levar a relevante limitação funcional, comprometendo a capacidade laboral e a qualidade de vida, resultando em

significativo impacto pessoal e social, com elevados custos indiretos, segundo estimativas nacionais (CHERMONT et al., 2008; SCHNEIDER et al., 2004).

O diagnóstico de AR é estabelecido com base em achados clínicos e exames complementares. Nenhum exame isoladamente, seja laboratorial, de imagem ou histopatológico, estabelece o diagnóstico (DA MOTA et al., 2011; VENABLES, MAINI, 2012).

O tratamento e o acompanhamento adequados de pacientes com AR devem seguir as práticas embasadas em evidências. (HELFENSTEIN et al., 2011; PINCUS et al., 2008). A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para atendimento especializado conferem à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Sem tratamento adequado, o curso da doença é progressivo, determinando deformidades decorrentes da lassidão ou ruptura dos tendões e das erosões articulares. Entre os achados tardios, podem-se identificar desvio ulnar dos dedos ou “dedos em ventania”, deformidades em “pescoço de cisne, deformidades em “botoeira”, “mãos em dorso de camelo”, joelhos valgos (desvio medial), tornozelos valgos (eversão da articulação subtalar), hálux valgo (desvio lateral do hálux), “dedos em martelo”, “dedos em crista de galo” e pés planos (VENABLES, MAINI, 2012).

Figura 1: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde para artrite reumatoide

| CID-10 | DESCRIÇÃO | CARACTERÍSTICAS DA ARTRITE REUMATOIDE (AR) |
|--------|--|---|
| M05.0 | Síndrome de Felty | A Síndrome de Felty é uma condição que compreende a tríade de AR, neutropenia e esplenomegalia. É uma complicação rara da AR e acarreta pior prognóstico. |
| M05.1 | Doença Reumatoide do Pulmão | O comprometimento do sistema respiratório pela AR apresenta uma variedade de manifestações pulmonares na AR, incluindo doença pulmonar parenquimatosa (doença intersticial pulmonar e inflamação da pleura), inflamação das vias aéreas e da vasculatura pulmonar (vasculite e hipertensão pulmonar). |
| M05.2 | Vasculite Reumatoide | A vasculite reumatoide é uma complicação rara e grave da AR. Acomete tipicamente pequenos e médios vasos, com neuropatia periférica associada (frequentemente motora), gangrena digital, infartos de leito ungueal e púrpura palpável. |
| M05.3 | AR com comprometimento de outros órgãos e sistemas | Outras manifestações extra-articulares conhecidas da AR são os nódulos reumatoides, pericardite, endocardite, polineuropatia, mononeuropatia, mononeurite múltipla, miopatia, miocardite, polimiosite, episclerite, esclerite, cerato-conjuntivite perfurada, inflamação da córnea, glomerulonefrite, amiloidose. |
| M05.8 | Outras Artrites Reumatoides soropositivas | AR com fator reumatoide e/ou anticorpos anti-peptídeo citrulinado (anti-CCP) positivo. |
| M06.0 | Artrite Reumatoide soronegativa | AR com fator reumatoide e anti-CCP negativo. |
| M06.8 | Outras Artrites Reumatoides especificadas | — |
| M08.0 | Artrite Reumatoide Juvenil | A Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) é um grupo heterogêneo que inclui todas as artrites de causa desconhecida com início antes dos 16 anos e com sintomas que persistem por pelo menos 6 semanas |

Fonte: Boletim para AR – julho 2017

Com o objetivo de permitir a classificação de indivíduos com AR, foram estabelecidos critérios pelo American College of Rheumatology – ACR em 1987 e, mais recentemente, pelo American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism - ACR/EULAR em 2010 (ALETAHA et al., 2010; ARNETT et al., 1988).

O diagnóstico de pacientes com AR deve ser feito considerando-se o tempo de evolução da artrite, a presença de autoanticorpos, a elevação de provas inflamatórias

e as alterações compatíveis em exames de imagem, tal como descrito nos critérios de classificação ACR 1987 e ACR/EULAR 2010.

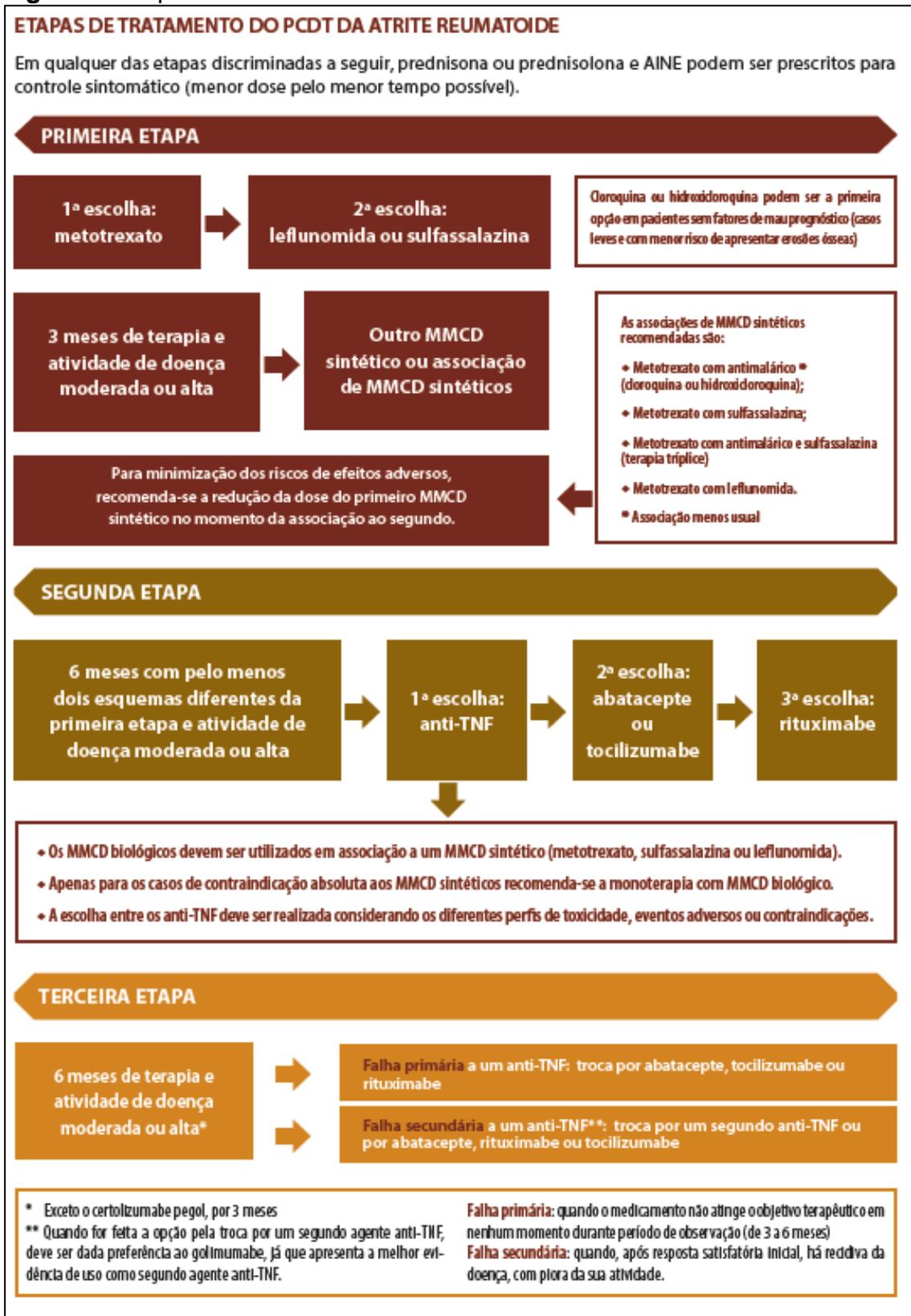
O tratamento medicamentoso de AR inclui o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINE), glicocorticoides, medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) - sintéticos e biológicos - e imunossupressores divididos em etapas de tratamento conforme a Figura 4 (DA MOTA et al., 2012).

Em qualquer das etapas para o tratamento dos pacientes com AR, prednisona ou prednisolona (até 0,3 mg/Kg/dia, por via oral) e AINE (ibuprofeno ou naproxeno) podem ser prescritos para controle sintomático, optando-se pelo uso da menor dose pelo menor tempo possível (BIJLSMA, 2012; RADNER et al., 2012).

O metotrexato deve ser a primeira escolha terapêutica. Em situações de contraindicação ao metotrexato, a leflunomida ou a sulfassalazina podem ser a primeira opção. Nos pacientes sem fatores de mau prognóstico (casos leves e com menor risco de apresentar erosões ósseas), os antimaláricos (cloroquina ou hidroxicloroquina) podem passar a ser a primeira opção (Hazlewood et al., 2011; GAUJOUX-VIALA et al, 2010).

Em caso de falha da monoterapia inicial, isto é, de atividade de doença moderada ou alta após três meses de tratamento otimizado (doses plenas), recomenda-se tanto a substituição do MMCD sintético por outro MMCD sintético em monoterapia quanto a associação do MMCD sintético em uso a um ou dois MMCD sintéticos. As associações de MMCD sintéticos recomendadas são metotrexato com antimalárico (cloroquina ou hidroxicloroquina), metotrexato com sulfassalazina, metotrexato com antimalárico e sulfassalazina (terapia tríplice) e metotrexato com leflunomida. Dessas associações, a menos usual é a de metotrexato com antimalárico. Para minimização dos riscos de efeitos adversos, recomenda-se a redução da dose do primeiro MMCD sintético no momento da associação ao segundo (Hazlewood et al., 2011; GAUJOUX-VIALA et al, 2010). O uso de MMCD biológicos na primeira etapa de tratamento medicamentoso de AR não é recomendado.

Figura 2: Etapas de tratamento do PCDT da artrite reumatoide



Fonte: Boletim para AR – julho 2017

Após 6 meses com pelo menos dois esquemas diferentes da primeira etapa e atividade de doença moderada ou alta conforme um índices compostos da atividade de doença (ICAD), recomenda-se o início de uso de MMCD biológicos, os quais devem ser utilizados em associação a um MMCD sintético (metotrexato, sulfassalazina ou leflunomida). Apenas para os casos de contraindicação absoluta aos MMCD sintéticos recomenda-se a monoterapia com MMCD biológico.

Pela experiência mundial, o tratamento com MMCD biológicos deve ser iniciado por biológico da classe dos anti-TNF alfa (certolizumabe pegol, golimumabe, infliximabe, etanercepte ou adalimumabe). A escolha entre eles no momento da prescrição deve ser realizada considerando os diferentes perfis de toxicidade, eventos adversos ou contraindicações. Apenas para os casos de contraindicação absoluta a todos os anti-TNF, recomenda-se a utilização de abatacepte ou tocilizumabe. O uso do rituximabe como primeiro MMCD biológico deve ser reservado somente aos indivíduos com contraindicação absoluta a todos os anti-TNF (e, também, ao abatacepte e tocilizumabe), situação em que deve ser prescrito associado a MMCD sintético, preferencialmente o metotrexato (NAN et al., 2010).

Após pelo menos seis meses de terapia com MMCD biológico (exceto o certolizumabe pegol, por três meses) e atividade de doença moderada ou alta conforme um ICAD, pode ser realizada a substituição por um novo MMCD biológico.

Em caso de falha primária a um anti-TNF, recomenda-se a utilização de um MMCD biológico de outra classe (abatacepte, tocilizumabe ou rituximabe). Em caso falha secundária a um anti-TNF, recomenda-se a troca por um segundo anti-TNF ou por abatacepte, rituximabe ou tocilizumabe, sendo que a escolha entre eles deve respeitar o perfil de segurança de cada medicamento e as peculiaridades de cada paciente, uma vez que não há evidências de superioridade de um medicamento sobre os demais. Quando for feita a opção pela troca por um segundo agente anti-TNF, deve ser dada preferência ao golimumabe, já que apresenta a melhor evidência de uso como segundo agente anti-TNF (NAN et al., 2010; MALOTTKI et al., 2011; SMOLEN et al., 2009).

Inexiste estudo metodologicamente bem conduzido para recomendar um terceiro esquema de tratamento com MMCD biológico. No entanto, alguns indivíduos com AR

podem não atingir o objetivo do tratamento, ou seja, manter a doença em baixa atividade ou em remissão, com os esquemas preconizados acima. Somente nestes casos, será permitida troca entre MMCD biológicos, na tentativa de se obter, se não a remissão, pelo menos a baixa atividade da doença.

O medicamento tofacitinibe foi recentemente incorporado ao PCDT da Artrite Reumatoide. O tofacitinibe é um novo imunossupressor da classe dos MMCD sintéticos que, diferente dos demais, é “alvo-específico”. É indicado para o tratamento de pacientes adultos com AR ativa moderada a grave que apresentaram uma resposta inadequada a um ou mais MMCD, pode ser usado como monoterapia ou em combinação com metotrexato ou outros MMCD sintéticos e é administrado por via oral. (BRASIL, 2017)

Figura 3: Medicamentos para artrite reumatoide fornecidos pelo SUS

| MEDICAMENTOS PARA ARTRITE REUMATOIDE FORNECIDOS PELO SUS - Página 1 | | | |
|---|--------------|--|--|
| MEDICAMENTO | VIA | FORMA FARMACEUTICA | ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO |
| Anti-inflamatórios não esteroidais | | | |
| Ibuprofeno | Oral | Comprimidos revestidos de 200, 300 e 600 mg; solução oral de 50 mg/ml. | Adultos: 600 a 2.700 mg/dia, 3 vezes ao dia Crianças (acima de seis meses): 15 a 30 mg/kg/dia, 3 vezes ao dia. |
| Naproxeno | Oral | Comprimidos de 250 mg ou de 500 mg. | Adultos: 500 a 1.000 mg/dia, 2 vezes ao dia Crianças (acima de 2 anos): 10 mg/kg/dia (dose máxima: 1.000 mg/dia), 2 vezes ao dia. |
| Glicocorticoides | | | |
| Metilprednisolona (acetato) | IA ou PA | Frasco de 40 mg/2 ml | Adultos: 40 a 80 mg, a cada 3 meses Crianças: 0,5 a 1,0 mg/kg/articulação |
| Metilprednisolona (succinato) | IV | Frascos de 40, 125, 500 ou 1.000 mg | 1.000 mg/dia (administrados durante pelo menos 2 horas), por 3 dias consecutivos (pulsoterapia) |
| Prednisona | Oral | Comprimidos de 5 ou 20 mg | Até 0,3 mg/kg/dia, 2 ou 3 vezes por dia. Reduzir gradativamente, conforme melhora sintomática. Doses elevadas (1 mg/kg/dia) para manifestações graves |
| Prednisolona | Oral | Solução oral de 1 e 3 mg/ml | Até 0,3 mg/kg/dia, 2 ou 3 vezes por dia. Reduzir gradativamente, conforme melhora sintomática. Doses elevadas (1 mg/kg/dia) para manifestações graves |
| Medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos | | | |
| Metotrexato | Oral, SC, IM | Comprimidos de 2,5 mg; frascos de 50 mg/2 ml | Adultos: iniciar com 10 a 15 mg/semana e aumentar 5 a 7,5 mg/mês até 25 mg/semana em três meses de uso. Crianças (a partir dos 2 anos): iniciar com 5 mg/m ² /semana, podendo chegar a 15 mg/m ² /semana. |
| Sulfassalazina | Oral | Comprimidos de 500 mg | Adultos: iniciar com 500 mg/dia e, após uma semana, aumentar a dose até 2.000 a 3.000 mg/dia, 2 ou 3 vezes por dia. Crianças (a partir dos 6 anos): iniciar com 10 mg/kg/dia e chegar a 30 a 50 mg/kg/dia (dose máxima 2.000 mg/dia), 2 vezes ao dia. |
| Leflunomida | Oral | Comprimidos de 20 mg | 20 mg/dia ou em dias alternados |
| Hidroxicloroquina | Oral | Comprimidos de 400 mg | 6 mg/kg/dia, até no máximo 400 mg/dia |
| Cloroquina | Oral | Comprimidos ou cápsulas de 150 mg | 4 mg/kg/dia, até no máximo 250 mg/dia |
| Medicamentos modificadores do curso da doença biológicos | | | |
| Adalimumabe | SC | Seringas preenchidas de 40 mg | Adultos: 40 mg duas vezes/mês. Crianças (a partir dos 4 anos, com peso entre 15 e 30 kg): 20 mg duas vezes/mês Crianças (a partir dos 4 anos, com peso acima de 30 kg): 40 mg duas vezes/mês. |
| Certolizumabe | SC | Seringas preenchidas de 200 mg | Início: 400 mg nas semanas 0, 2 e 4 Manutenção: 200 mg duas vezes/mês ou 400 mg a cada mês |
| Etanercepte | SC | Frascos-ampola de 25 e 50 mg; seringas preenchidas de 50 mg | Adultos: 50 mg a cada semana. Crianças (a partir dos 2 anos, com peso ≤ 63 kg): 0,8 mg/kg a cada semana até a dose máxima de 50 mg a cada semana Crianças (a partir dos 2 anos, com peso > 63 kg): 50 mg a cada semana. |
| Infliximabe | IV | Frascos-ampola de 100 mg/10ml | Adultos e crianças a partir dos 6 anos: 3 mg/kg/dose nas semanas 0, 2, 6 e a cada dois meses. |

Fonte: Boletim para AR – julho 2017

Figura 3: Medicamentos para artrite reumatoide fornecidos pelo SUS (continuação)

| MEDICAMENTOS PARA ARTRITE REUMATOIDE FORNECIDOS PELO SUS - Página 2 | | | |
|---|------|--|--|
| MEDICAMENTO | VIA | FORMA FARMACEUTICA | ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO |
| Medicamentos modificadores do curso da doença biológicos | | | |
| Golimumabe | SC | Seringas preenchidas de 50 mg | 50 mg, uma vez/mês |
| Abatacepte | IV | Frascos-ampola de 250 mg | Adultos: < 60 kg: 500 mg 60 a 100 kg: 750 mg > 100 kg: 1.000 mg Nas semanas 0, 2, 4 e a cada mês Crianças, a partir dos 6 anos de idade: < 75 kg: 10 mg/kg 75 a 100 kg: 750 mg > 100 kg: 1.000 mg Nas semanas 0, 2, 4 e a cada mês. |
| Abatacepte | SC | Seringa preenchida de 125 mg | 125 mg a cada semana |
| Rituximabe | IV | Frascos-ampola de 500 mg | Início: 1.000 mg nos dias 0 e 14 Manutenção: 1.000 mg, nos dias 0 e 14, a cada 6 ou mais meses |
| Tocilizumabe | IV | Frascos-ampola de 80 mg | 8 mg/kg/dose (dose máxima de 800 mg) a cada mês. AIJ (< 30 kg): 12 mg/kg, 2 vezes por mês AIJ (≥ 30 kg): 8 mg/kg, 2 vezes por mês |
| Medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos alvo-específicos | | | |
| Tofacitinibe | Oral | Comprimidos 5 mg | 5 mg, 2 vezes ao dia <i>Medicamento incorporado pela Portaria nº - 8, DE 1º - de fevereiro de 2017. Fica incorporado o citrato de tofacitinibe para o tratamento de pacientes adultos com artrite reumatoide ativa moderada a grave, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e condicionado à negociação de preço, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.</i> |
| Imunossupressores | | | |
| Ciclosporina | Oral | Cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg; solução oral de 100 mg/ml em frascos de 50 ml | Adultos e crianças: 2,5 mg/kg/dia, 2 vezes ao dia, e aumentar 0,5 a 0,75 mg/kg/dia a cada dois ou três meses até 4 mg/kg/dia. |
| Ciclofosfamida | IV | Frascos-ampola de 200 ou 1.000 mg | 600 mg/m ² em pulsoterapia mensal por 3 a 6 meses. |
| Azatioprina | Oral | Comprimidos de 50 mg | Adultos e crianças: 1 mg/kg/dia, 1 ou 2 vezes ao dia, e aumentar 0,5 mg/kg/dia a cada mês até 2,5 mg/kg/dia. |
| IA: intra-articular; PA: periarticular; IV: intravenoso; SC: subcutâneo; mg: miligrama; ml: mililitro; kg: quilo; AIJ: artrite idiopática juvenil | | | |

Fonte: Boletim para AR – julho 2017

2.2 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

O Ministério da Saúde iniciou em 2000 o processo de desenvolvimento, disseminação e implementação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para melhorar a efetividade e qualidade do atendimento ofertado. (MS, 2012) Os PCDT são instrumentos-chave para a definição das linhas de cuidados para as 79 doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), norteando a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para todas as doenças no âmbito do SUS. (Brasil, 2011)

O Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) abrange os medicamentos também conhecidos como de "alto custo". O acesso a medicamentos do CEAF depende da conformidade com os PCDTs específicos para cada doença. A falta de conformidade com as diretrizes significa um atraso no acesso ao medicamento pelo paciente, além de ocupar o tempo do médico na revisão e reenvio dos formulários de solicitação de medicamentos. (GODMAN et al, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

O acesso aos medicamentos do CEAF envolve procedimentos administrativos complexos, e existe uma dificuldade dos prescritores em seguir os critérios do PCDT, o que ocasiona uma grande prevalência de processos não deferidos, dificultando o acesso ao tratamento pelos pacientes, além de ocasionar gastos desnecessários ao SUS. Visto que a principal razão de não liberação dos medicamentos foi a falta de conhecimento do PCDT por parte dos prescritores, existe a necessidade de novas estratégias de disseminação de protocolos clínicos no SUS. (ALMEIDA-BRASIL et al, 2016)

2.3 Detalhamento acadêmico

O detalhamento acadêmico é uma técnica derivada de estratégias de marketing utilizadas pela indústria farmacêutica em que representantes da empresa visitam os prescritores, em uma intervenção face a face, a fim de promover mudança do padrão prescritivo. O desenvolvimento de uma relação pessoal ao longo do número de visitas

pode reforçar o efeito da informação apresentada pelo representante. (NARCAD, 2017; AVORN, 2017)

O detalhamento acadêmico visa empregar algumas das técnicas desenvolvidas em marketing farmacêutico para promover a prescrição racional, baseada em evidências e conforme diretrizes estabelecidas. É geralmente realizado por profissionais de saúde (muitas vezes pelo farmacêutico e também pelos médicos e enfermeiros) empregados por organizações independentes e sem fins lucrativos. (JIN, 2012)

Representantes de indústrias farmacêuticas são internacionalmente conhecidos como “drug detailers”, pois fornecem informações detalhadas sobre seus produtos, visitam os prescritores em seus consultórios e entregam materiais de *marketing* voltados para os produtos que promovem. (NARCAD, 2015)

Esta abordagem é efetiva para a promoção de produtos patenteados, incluindo novos produtos, e impulsionam o gasto farmacêutico. A informação disseminada é tipicamente de interesse da indústria farmacêutica e, como resultado, muitos prescritores não têm conhecimento da existência de opções terapêuticas mais eficazes, mais seguras ou mais baratas. (MOUSNAD, 2014)

O detalhamento acadêmico utiliza metodologias de mudança de comportamento para fornecer educação e informação de forma objetiva, uma abordagem baseada em divulgação de informações, que pode ser diretamente relacionada às situações clínicas vivenciadas por um profissional de saúde. (NARCAD, 2017; AVORN, 2017)

Esta técnica já é utilizada em diversos países, com Programas de detalhamento acadêmico na Austrália - National Prescribing Service, Estados Unidos - National Resource Center for Academic Detailing e Canadá- The Canadian Academic Detailing Collaboration. (JIN, 2012)

Alguns estudos evidenciaram a eficácia e custo-efetividade do detalhamento acadêmico, como a revisão sistemática com meta-análise (O'BRIEN, 2007) que incluiu 69 estudos envolvendo mais de 15.000 profissionais de saúde, que concluiu que visitas educacionais isoladas ou combinadas com outras intervenções têm consistentes efeitos sobre a prescrição e podem beneficiar centenas de pacientes. Em relação ao custo-efetividade, estudo randomizado americano (SOUMERAI, 1986) que

avaliou os efeitos econômicos de visita face a face para reduzir prescrição inadequada de medicamentos envolvendo 435 prescritores mostrou que as sessões educacionais reduziram as despesas com medicamentos prescritos inadequadamente em 13% e que o efeito foi estável ao longo de três trimestres.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a viabilidade de técnicas de visitação médica para detalhamento acadêmico sobre medicamentos disponibilizados no SUS para artrite reumatoide.

3.2 Objetivos específicos

- Desenvolver e executar um programa de detalhamento acadêmico para artrite reumatoide com prescritores que atuam no município de Belo Horizonte.
- Avaliar a satisfação dos profissionais visitados em relação a percepção quanto a aceitabilidade, relevância e qualidade do detalhamento acadêmico.
- Avaliar a viabilidade econômica do programa de detalhamento acadêmico executado.

4 METODOLOGIA

A metodologia do estudo foi baseada na Diretriz Metodológica para Detalhamento Acadêmico que foi desenvolvida no âmbito do termo de cooperação entre o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, a Organização Pan-americana da Saúde e o Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde.

Esta diretriz apresenta uma visão geral sobre o serviço de Detalhamento Acadêmico. Visa garantir a qualidade dos serviços de Detalhamento Acadêmico prestados, por meio da apresentação de seus principais fundamentos, processos envolvidos, resultados esperados e de materiais e formulários necessários para a documentação e avaliação de desempenho das visitas.

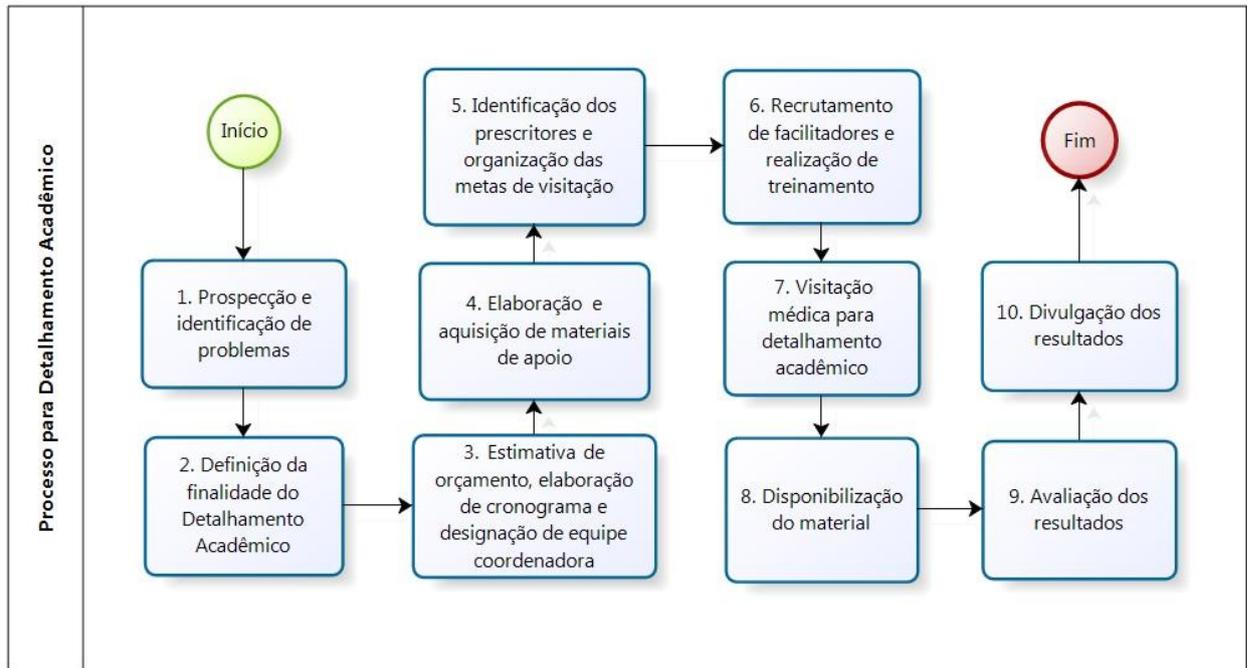
A diretriz aborda de forma simples e prática as principais etapas necessárias para o planejamento e execução do Detalhamento Acadêmico.

O sucesso do Detalhamento Acadêmico depende de vários fatores, dentre os principais destacam-se a programação e o treinamento criteriosos que abordem um tema considerado relevante para a prática clínica. A atratividade das visitas e do material de suporte devem ser almejados e cuidadosamente planejados para garantir a confiança do prescritor no conteúdo disseminado e abordar as barreiras identificadas para a mudança de comportamento dos prescritores.

Características da técnica de Detalhando Acadêmico incluem: o facilitador está bem apresentado e bem informado; o momento é conveniente para o prescritor; o prescritor não precisa interromper sua rotina habitual de trabalho; o prescritor está em seu próprio local de trabalho; e a mensagem é concisa e claramente relevante para o cuidado ao paciente.

As etapas envolvidas no processo, desde o planejamento até a divulgação dos resultados estão ilustradas na figura 4.

Figura 4: Etapas do processo envolvido para realização de detalhamento acadêmico



Fonte: Diretriz Metodológica para Detalhamento Acadêmico, 2015

4.1 Seleção dos prescritores

A partir do banco de dados do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF), foram identificados 255 prescritores que solicitaram medicamentos para o tratamento da Artrite Reumatoide por meio do CEAF no estado de Minas Gerais até março de 2017.

Foram então selecionados 50 prescritores, estratificados em quatro grupos, divididos de acordo com a quantidade de processos de solicitação deferidos, conforme a Tabela 1. A busca por prescritores de cada grupo foi encerrada assim que a quantidade pré-estabelecida foi atingida. Os médicos foram selecionados por conveniência, de acordo com disponibilidade para as visitas e sucesso no contato inicial.

Tabela 1: Estratificação dos prescritores por quantidade de deferimentos

| Grupos | Quantidade deferida | Quantidade de prescritores |
|---------|---------------------|----------------------------|
| Grupo 1 | 1.000 a 5.000 | 5 prescritores |
| Grupo 2 | 500 a 1.000 | 5 prescritores |
| Grupo 3 | 200 a 500 | 20 prescritores |
| Grupo 4 | 40 a 200 | 20 prescritores |

Os prescritores incluídos eram reumatologistas e clínicos gerais. Foram excluídos prescritores que atendiam fora de Belo Horizonte, que não foram encontrados, de outras especialidades e/ou que não aceitaram receber a visita. Dentre os motivos para não aceitarem a visita, relataram não poder receber a visita por política do local de atendimento, por falta de disponibilidade de horário, por estar de férias durante o período das visitas, licença maternidade ou por outro motivo não detalhado.

4.2 Elaboração do material

Foram desenvolvidos boletins informativos, contendo informações relevantes e baseadas em evidências sobre artrite reumatoide e seu PCDT (Anexo A), além de um folder para pacientes e cuidadores (Anexo B). Foram criados três volumes dos boletins, que visaram ser atrativos, objetivos e simples. A criação destes materiais ficou a cargo de um designer. Além dos boletins, foram disponibilizados aos prescritores visitados dois volumes do livro de PCDTs do Ministério da Saúde e um pen drive contendo material complementar.

Utilizou-se de mensagens chave (Figura 5), contendo no máximo quatro mensagens chave por boletim, como forma de direcionar a apresentação do conteúdo a pontos de maior importância. Além disso, as mensagens chave possuem indicação visual, facilitando a visualização no momento da visita.

Figura 5: Exemplo de mensagem chave



Fonte: Boletim para AR – Volume 2017

Além disso, foi criado um folder contendo um caso clínico. A diretriz de detalhamento acadêmico prevê a existência de estudos de caso, com objetivo de transmitir cenários clínicos reais e/ou complexos ao prescritor que está recebendo a visita. Com isso, foi elaborado um caso clínico e distribuído aos médicos durante as visitas, de forma que eles respondessem as questões de acordo com seu conhecimento prévio do assunto. O caso clínico visa indicar um panorama geral das condutas conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. Após leitura do caso clínico, as afirmativas foram avaliadas, com três opções de resposta: discordo plenamente, concordo parcialmente ou concordo plenamente.

4.3 Seleção e treinamento dos facilitadores

Os facilitadores deveriam possuir perfil comunicativo e com capacidade de argumentação sobre a doença e conhecimento dos processos do SUS. Buscando este perfil, os facilitadores foram selecionados a partir de um curso específico com as bases para formação de visitantes médicos.

O curso foi criado como parte do projeto de Detalhamento Acadêmico. O público alvo foram profissionais que desejam aprender sobre visitas médicas, profissionais de

saúde pública e gestores que atuam na área e aberto a pessoas interessadas em aprender mais sobre a técnica de detalhamento acadêmico.

Com dezesseis horas de duração, foram abordados os princípios e técnicas do detalhamento acadêmico, conceitos de medicina baseada em evidências e conteúdo clínico sobre artrite reumatoide (ANEXO H).

Os objetivos do curso foram:

- Conhecer o contexto no qual o detalhamento acadêmico se insere na prática médica e sua interface com a saúde pública;
- Ser capaz de interpretar evidências científicas e argumentar sobre o tema abordado;
- Compreender a dinâmica das visitas de detalhamento acadêmico e;
- Ser capaz de realizar visitas eficazes.

Como parte da qualificação, foram realizadas atividades práticas e simulações de visitas. Os participantes realizaram simulações entre si e posteriormente, foram apresentados a uma simulação de uma situação de uma visita a um médico. Para isto foi criado um ambiente semelhante a um consultório médico, onde um colaborador do curso fez o papel do médico, de acordo com um perfil pré-definido de comportamento e dúvidas apresentadas. Este colaborador também foi responsável pela avaliação da visita.

Os participantes que se enquadraram no perfil desejado foram convidados para participar do projeto como visitantes médicos. A equipe foi composta por cinco farmacêuticos acadêmicos de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF), da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

4.4 Realização das visitas

O objetivo das visitas para detalhamento acadêmico foi disseminar os PCDTs desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para artrite reumatoide, no município de Belo

Horizonte, em Minas Gerais. Buscou-se, com isso, diminuir a falta de conhecimento dos prescritores em relação a estas diretrizes, melhorando assim o acesso do paciente aos medicamentos e evitando que futuras solicitações sejam negadas.

Antes da realização das visitas, os facilitadores realizaram uma confirmação do endereço dos prescritores e sua disponibilidade. Cada facilitador recebeu uma lista de prescritores a serem visitados, contendo a especialidade, endereço e telefone de contato. Com isso, elaboraram um roteiro para otimização do tempo em campo.

As visitas seguiram uma sugestão etapas, conforme a Diretriz para detalhamento acadêmico, listadas na Tabela 2, abordando todo o conteúdo dos boletins e entregando os materiais complementares (livro, pen drive e boletins para pacientes e cuidadores). O decorrer da visita pode variar de acordo com cada médico, exigindo que o facilitador se adaptasse a cada situação.

Tabela 2: Estrutura geral das visitas

| Etapa | Ações |
|---|--|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> • Criar um ambiente adequado para a visita • Atender às necessidades imediatas do prescritor • Praticar a arte da “conversa fiada” para estabelecer <i>rapport</i>¹ • Demonstrar atenção por meio de sua linguagem corporal • Explicar o motivo da sua visita • Confirmar se o tempo/disponibilidade para a visita ainda é conveniente para o prescritor |
| Construir confiança e estabelecer a sua credibilidade | <ul style="list-style-type: none"> • Mencionar suas credenciais • Ressaltar imparcialidade e independência • Basear a visita na assistência clínica • Apresentar informações creíveis e relacionadas à assistência ao paciente • Demonstrar empatia, honestidade, empenho, competência |
| Identificar as necessidades dos prescritores | <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar perguntas abertas para que o prescritor fale • Utilizar mínimos encorajadores para manter a conversa fluindo • Repetir o que ouviu para demonstrar que está prestando atenção e verificar se entendeu corretamente • Fornecer informações, mas também conhecer a opinião, os sentimentos e as ideias |
| Apresentar as características e benefícios das "mensagens-chave" | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar as principais mensagens da visita na medida em que perceba as crenças, necessidades, valores e interesses dos prescritores • Transformar fatos ou características das mensagens em benefício/valor para o prescritor e paciente • Orientar a superação de barreiras para a mudança |

¹ Ligação de sintonia e empatia com outra pessoa.

| | |
|--|--|
| Superar objeções e lidar com quaisquer respostas desafiadoras | <ul style="list-style-type: none"> • E.g. raiva ou indiferença que sejam obstáculos para que o prescritor “compre a ideia” • Estar alerta (ouvindo, observando sinais não-verbais) para os obstáculos à sua mensagem |
| Fechar o ciclo de comunicação | <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar de repetições para garantir que suas mensagens tenham sido recebidas • Oferecer mais apoio • Ganhar credibilidade para a próxima visita • Oferecer os materiais impressos e de apoio |
| Continuar e manter o relacionamento | <ul style="list-style-type: none"> • Filosofia servidora • Comprometer-se com os objetivos mútuos • Importante para a mudança de comportamento |

Fonte: Diretriz Metodológica para Detalhamento Acadêmico, 2015.

Foram utilizados os seguintes materiais na realização das visitas pelos facilitadores:

- Pasta com boletins (3 volumes)
- Boletins para familiares/cuidadores
- Pen drive
- Crachá de identificação
- Cartão de contato
- Caderno de campo
- Livro de PCDTs (volumes I e II)

O objetivo dos facilitadores era a realização de três visitas em semanas subsequentes. As visitas tiveram sua pauta baseada em cada um dos três boletins para artrite reumatoide. De acordo com a disponibilidade do prescritor, o facilitador poderia condensar o conteúdo de mais de um boletim em uma visita. Abaixo segue o conteúdo das visitas, da forma que foi apresentada no treinamento dos facilitadores.

Visita 1

- Apresentação (expor o problema e a “solução”)
- Problema: alta frequência de devolução de processos: uma barreira para o acesso dos pacientes aos medicamentos.

- “Solução”: Fazer entrevistas com os prescritores para tentar conhecer a relação deles com o preenchimento do processo e intervir nas principais dificuldades para aumentar o deferimento e, conseqüentemente, o acesso a pacientes que realmente sejam elegíveis. Explicar que serão três visitas.
- Perguntar ao médico como é seu entendimento sobre o processo de solicitação dos medicamentos. “Tem alguma dúvida? Em qual parte?” Se ele falar que não tem dúvidas, estimule-o a falar das facilidades e estratégias que ele usa ao preencher o processo e explique que isso também é importante, pois podemos ensiná-las a outros médicos. Estar preparado para as mais diversas perguntas. Se for coisa que precise de aprofundamento, falar que na próxima visita você entrará em detalhes por se tratar de um assunto complexo.
- Deixar boletins para os cuidadores para que o médico os entregue durante suas consultas.
- Entregar livros de PCDTs (Importante entregar no final para não distrair o ouvinte).
- Entregar pasta com o boletim e mostrar o volume 1.
- Deixar contato e mostrar-se disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida.
- Agradecer a atenção e perguntar se pode agendar a próxima visita.
- Marcar a próxima visita com a secretária para dali a uma semana.

Visita 2

- Relembrar o que foi discutido na visita anterior.
- Focar nas dúvidas que o médico explicitou.
- Mostrar o segundo volume do boletim e explicar os exames e testes cognitivos necessários. Frisar os critérios de inclusão.
- Perguntar se ele precisa de mais folders para o cuidador (indica que ele distribuiu e achou o material interessante, anotar esta informação).
- Entregar o estudo de caso clínico.
- Agradecer a atenção e perguntar se pode agendar a próxima visita.
- Marcar a próxima visita com a secretária para dali a uma semana.

Visita 3

- Lembrar o que foi discutido na visita anterior.
- Mostrar o terceiro volume do boletim.
- Se houver tempo, voltar em questões que julgue necessário, para frisar alguns pontos.
- Recolher o estudo de caso clínico respondido.
- Finalizar a visita.
- Agradecer a participação do médico.
- Explicar que em breve uma outra pessoa da equipe entrará em contato para fazer uma pesquisa de satisfação pelo telefone.
- Solicitar um número de celular e e-mail.

Os facilitadores utilizaram um bloco de anotações e um formulário padronizado para coleta de dados da visita (Anexo C). Foram entregues os boletins, Pen-drive, cartilha para pacientes e dois volumes dos PCDTs.

Durante a realização das visitas, foi apresentado um caso clínico para analisar a conduta do prescritor em relação ao PCDT (Anexo D). As respostas foram analisadas e um e-mail de feedback foi enviado.

4.5 Realização da pesquisa de satisfação

Após a realização das visitas pelos facilitadores, foi realizado um contato telefônico para uma pesquisa de satisfação. As perguntas estão padronizadas em um formulário (Anexo E), e foram aplicadas por colaboradores do CCATES.

O contato telefônico foi realizado após a última visita, por um facilitador diferente do que visitou o médico. Este método garante que o entrevistado não se sinta pressionado a avaliar positivamente a visita pela presença do facilitador. A pesquisa foi submetida em até sete dias corridos após a última visita efetuada para cada prescritor.

As perguntas foram respondidas em uma escala de 1 a 5, onde 1 é muito insatisfeito e 5 muito satisfeito, quanto ao grau de satisfação geral com as visitas recebidas, uma escala de 1 a 5, onde 1 você discorda completamente e 5 você concorda completamente com sete afirmações relacionadas a visita. Além disso, foram apresentadas mais seis perguntas e um espaço para comentários adicionais conforma Tabela 3.

Tabela 3: Questionário para pesquisa de satisfação

| Satisfação com a visita | | | | | | | | |
|--|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|--|
| 1. O conteúdo das visitas foi relevante | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 | |
| 2. Minhas dúvidas sobre o assunto foram solucionadas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 | |
| 3. O tempo de duração da visita não prejudicou o meu trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 | |
| 4. A bibliografia utilizada no material é confiável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 | |
| 5. O material distribuído vai ser útil para minha prática profissional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 | |
| 6. As visitas contribuíram para melhorar o meu entendimento sobre a solicitação dos medicamentos no SUS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 | |
| 7. As visitas aumentaram meu entendimento sobre quais pacientes são elegíveis para o tratamento da Artrite Reumatoide | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 | |
| De uma maneira geral... | | | | | | | | |
| A visita acrescentou algum conhecimento sobre as solicitações dos medicamentos para Artrite Reumatoide? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Se sim, poderia informar qual? | | | | | |
| Houve algo que você não tenha gostado na visita? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Se sim, poderia informar o que? | | | | | |
| Em qual intensidade o detalhamento acadêmico, feito pelas visitas, foi efetivo em aprofundar conhecimentos comparado à participação em eventos, como congressos? | <input type="checkbox"/> Muito mais efetivo <input type="checkbox"/> Mais efetivo <input type="checkbox"/> Igualmente efetivo <input type="checkbox"/> Menos Efetivo <input type="checkbox"/> Muito menos efetivo | | | | | | | |
| Qual outro assunto da prática clínica relacionada a medicamentos você gostaria que fosse abordado em visitas futuras? | | | | | | | | |
| Esta atividade poderia ser melhorada? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Se sim, poderia informar como? | | | | | |
| O Boletim do paciente foi útil? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | | | | |
| Você teria mais algum comentário que gostaria de fazer? | | | | | | | | |

4.6 Análise de viabilidade econômica

Foi realizada uma análise dos custos, considerando os gastos com os itens de equipe técnica (especialistas, pesquisadores e estagiários), serviços terceirizados (designer gráfico, entre outros), visitantes, serviços gráficos (impressão de boletins, folders e cartões de visita) e aquisição de materiais (pen drive).

4.7 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva para a caracterização das ações segundo os aspectos referidos. O programa Microsoft Office Excel® 2003 foi utilizado para o processamento, permitindo a análise e a tabulação dos dados da pesquisa.

4.8 Aspectos éticos

Este estudo é parte integrante do projeto “Estudo de viabilidade de técnicas de visita médica para detalhamento acadêmico de prescritores sobre medicamentos disponibilizados no SUS”, que obteve parecer favorável da Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP (Anexo J).

Este projeto foi financiado pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

5 RESULTADOS

5.1 Características dos médicos visitados

Foram visitados 43 prescritores, com um total de 79 visitas. 67,4% dos médicos visitados eram do sexo feminino, com média de idade de 46,1 anos e com tempo médio de atuação na área de reumatologia de 19,5 anos (Tabela 4).

Tabela 4: Características dos médicos visitados

| | | Total | % |
|----------------------------|------------------|-----------|------|
| Sexo | <i>Masculino</i> | 14 | 32,6 |
| | <i>Feminino</i> | 29 | 67,4 |
| Idade | | 46,1±11,7 | |
| Tempo de trabalho na área* | | 19,5±13,7 | |

*Em anos

5.2 Viabilidade da visita

Utilizando o formulário padronizado para coleta dos dados e percepções da visita, os facilitadores relataram que em 52% das vezes muito difícil a marcação das visitas e difícil em 32,9%. Foram necessárias em média 1,4 tentativa para marcação da visita. Relataram também um tempo médio na sala de espera de 36 minutos e 12,2 minutos de duração da visita com o médico (Tabela 5).

Tabela 5: Viabilidade da visita

| | | Total | % |
|---|----------------------|-----------|------|
| Nível de facilidade para marcar as visitas | <i>Muito difícil</i> | 38 | 52,0 |
| | <i>Difícil</i> | 24 | 32,9 |
| | <i>Neutro</i> | 4 | 5,5 |
| | <i>Fácil</i> | 4 | 5,5 |
| | <i>Muito fácil</i> | 3 | 4,1 |
| Tentativas para marcar a visita | | 1,4±0,9 | |
| Tempo na sala de espera* | | 36,0±34,5 | |
| Duração das visitas* | | 12,2±4,9 | |

*Em minutos

Os facilitadores relataram que os médicos foram receptivos (31,5%) ou muito receptivos (52%) nas visitas e se demonstraram interessados (25,7%) ou muito

interessados (51,3%) no conteúdo apresentado. Informaram que foi possível apresentar toda a informação planejada em 91,7% das visitas (Tabela 6).

Tabela 6: Impressões do visitador sobre a receptividade dos médicos

| | | Total | % |
|---|--------------------------|--------------|----------|
| Receptividade | <i>Nada receptivo</i> | 2 | 2,7 |
| | <i>Pouco receptivo</i> | 5 | 6,9 |
| | <i>Neutro</i> | 5 | 6,9 |
| | <i>Receptivo</i> | 23 | 31,5 |
| | <i>Muito receptivo</i> | 38 | 52,0 |
| Interesse | <i>Nada interessado</i> | 2 | 2,7 |
| | <i>Pouco interessado</i> | 5 | 6,8 |
| | <i>Neutro</i> | 10 | 13,5 |
| | <i>Interessado</i> | 19 | 25,7 |
| | <i>Muito interessado</i> | 38 | 51,3 |
| Foi possível passar toda a informação planejada? | <i>Sim</i> | 66 | 91,7 |
| | <i>Não</i> | 6 | 8,3 |

5.3 Entrevista telefônica para pesquisa de satisfação

Dos médicos visitados foi possível realizar contato telefônico com 28. Os demais médicos visitados não foram encontrados para a pesquisa de satisfação. Os dados foram coletados utilizando o questionário padronizado na diretriz metodológica para detalhamento acadêmico (Anexo E). Dos médicos questionados, 71,4% se disseram muito satisfeito com a visita, concordando com a relevância do conteúdo apresentado em 85,7% das vezes (concordo 35,7%; concordo completamente 50,0%) (Tabela 7).

Tabela 7: Respostas a entrevista telefônica quanto a satisfação da visita

| | | Total | % |
|---|----------------------------------|--------------|----------|
| Satisfação com a visita | <i>Muito insatisfeito</i> | - | - |
| | <i>Insatisfeito</i> | - | - |
| | <i>Neutro</i> | 2 | 7,2 |
| | <i>Satisfeito</i> | 6 | 21,4 |
| | <i>Muito satisfeito</i> | 20 | 71,4 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |
| | <i>Não soube informar</i> | - | - |
| O conteúdo das visitas foi relevante | <i>Discordo completamente</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Discordo</i> | - | - |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Concorda</i> | 10 | 35,7 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 14 | 50,0 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |

| | | | |
|---|----------------------------------|----|------|
| | <i>Não soube informar</i> | - | - |
| Minhas dúvidas sobre o assunto foram solucionadas | <i>Discordo completamente</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Discordo</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 8 | 28,6 |
| | <i>Concorda</i> | 8 | 28,6 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 9 | 32,1 |
| | <i>Não se aplica</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Não soube informar</i> | - | - |
| O tempo de duração da visita não prejudicou o meu trabalho | <i>Discordo completamente</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Discordo</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Concorda</i> | 4 | 14,3 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 19 | 67,8 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |
| | <i>Não soube informar</i> | - | - |
| A bibliografia utilizada no material é confiável | <i>Discordo completamente</i> | - | - |
| | <i>Discordo</i> | 2 | 7,1 |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | - | - |
| | <i>Concorda</i> | - | - |
| | <i>Concorda completamente</i> | 21 | 75,0 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |
| | <i>Não soube informar</i> | 4 | 14,3 |
| O material distribuído vai ser útil para minha prática profissional | <i>Discordo completamente</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Discordo</i> | - | - |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Concorda</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 17 | 60,7 |
| | <i>Não se aplica</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Não soube informar</i> | 1 | 3,6 |
| As visitas contribuíram para melhorar o meu entendimento sobre a solicitação dos medicamentos no SUS | <i>Discordo completamente</i> | 4 | 14,3 |
| | <i>Discordo</i> | 2 | 7,1 |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Concorda</i> | 6 | 21,4 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 12 | 42,9 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |
| | <i>Não soube informar</i> | 1 | 3,6 |
| As visitas aumentaram meu entendimento sobre quais pacientes são elegíveis para o tratamento da artrite reumatoide | <i>Discordo completamente</i> | 6 | 21,4 |
| | <i>Discordo</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 5 | 17,9 |
| | <i>Concorda</i> | 4 | 14,3 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 11 | 39,3 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |
| | <i>Não soube informar</i> | 1 | 3,6 |

57,1% dos médicos visitados entenderam que as visitas acrescentaram algum conhecimento sobre as solicitações dos medicamentos para artrite reumatoide e que

não houve nada que não tenha gostado em 82,1%. Informaram também que acreditam que o detalhamento acadêmico seja igualmente efetivo em aprofundar conhecimentos comparado à participação em eventos, como congressos em 46,4% dos contatos (Tabela 8).

Tabela 8: Percepção do médico quanto a visita

| | | Total | % |
|---|----------------------------|--------------|----------|
| A visita acrescentou algum conhecimento sobre as solicitações dos medicamentos para artrite reumatoide? | <i>Sim</i> | 16 | 57,1 |
| | <i>Não</i> | 12 | 42,9 |
| Houve algo que você não tenha gostado na visita? | <i>Sim</i> | 5 | 17,9 |
| | <i>Não</i> | 23 | 82,1 |
| Em qual intensidade o detalhamento acadêmico, feito pelas visitas, foi efetivo em aprofundar conhecimentos comparado à participação em eventos, como congressos? | <i>Muito mais efetivo</i> | 1 | 3,7 |
| | <i>Mais efetivo</i> | 3 | 11,1 |
| | <i>Igualmente efetivo</i> | 13 | 46,4 |
| | <i>Menos efetivo</i> | 5 | 18,5 |
| | <i>Muito menos efetivo</i> | 6 | 22,2 |
| Esta atividade poderia ser melhorada? | <i>Sim</i> | 16 | 57,2 |
| | <i>Não</i> | 12 | 42,8 |

5.3 Respostas ao caso clínico apresentado

Após leitura do caso clínico, as afirmativas foram avaliadas pelos prescritores, com três opções de resposta: “discordo plenamente”, “concordo parcialmente” ou “concordo plenamente”. No e-mail de feedback enviado, foi apresentado um comentário sobre a afirmativa, apresentado qual seria a conduta correta de acordo com o PCDT. Segue abaixo a apresentação do caso clínico (ANEXO D) e as afirmativas apresentadas, seguido da frequência de cada resposta e o comentário para cada uma.

“Paciente, 40 anos, sexo feminino, parda e casada. Em 2013, apresentou dor e edema nos tornozelos com melhora após uso de naproxeno 500 mg, duas vezes ao dia. Após oito meses, paciente relatou dores e inchaço nos joelhos, tornozelos e mãos, que não diminuiram com o uso de anti-inflamatórios. Paciente procura a Unidade Básica de

Saúde e é encaminhada à consulta especializada com o reumatologista. Após avaliação clínica, médico pede exames complementares. Paciente apresentou 10 articulações dolorosas (joelhos, punhos, 2ª e 3ª metacarpofalangeanas e 2ª interfalangeanas proximais nas duas mãos) e oito articulações edemaciadas (joelhos, punhos, 2ª e 3ª metacarpofalangeanas nas duas mãos).

Além disso, a paciente apresentava rigidez matinal durante 60 minutos, proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação acima dos valores de referência, fator reumatoide positivo e raio X de mãos com as articulações preservadas. Logo, foi diagnosticada com artrite reumatoide pelo critério ACR 1987 (cinco critérios preenchidos). Iniciou o tratamento com metotrexato 15 mg/semana, prednisona 10 mg/dia e naproxeno 500 mg, duas vezes ao dia, entretanto paciente apresentou muita dor de cabeça, tonteira e náuseas.

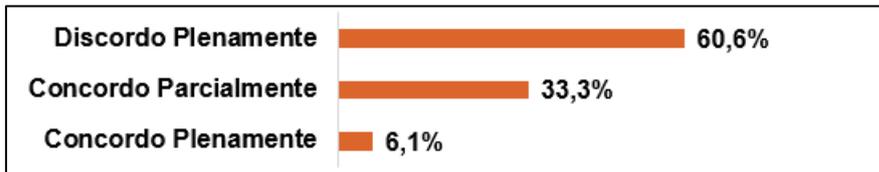
O médico trocou o metotrexato para a leflunomida 20 mg/dia, mas não houve melhora do quadro clínico:

- Sete articulações dolorosas (joelhos, punhos, 2ª metacarpofalangeana das duas mãos, 4ª interfalangeana da mão esquerda);
- Quatro articulações inchadas (punhos, joelhos);
- Proteína C reativa de 6 mg/dL;
- Avaliação da atividade da doença pelo médico foi de 4,3;
- Avaliação da atividade da doença pelo paciente foi de 6,5

Logo, a paciente permaneceu em atividade da doença alta (SDAI=27,8), após seis meses de tratamento. Paciente apresenta rigidez matinal acima de 60 minutos, fadiga e dores moderadas a intensas, com comprometimento funcional (HAQ = 1,5). Nesse cenário, o reumatologista decide realizar a troca do medicamento. Considerar que a paciente não apresenta nenhuma contraindicação aos medicamentos disponibilizados pelo SUS.”

A: Considerando a linha de cuidado do PCDT da Artrite Reumatoide e a melhor conduta clínica, o medicamento a ser prescrito seria a terapia tríplice com metotrexato, sulfassalazina e hidroxicloroquina.

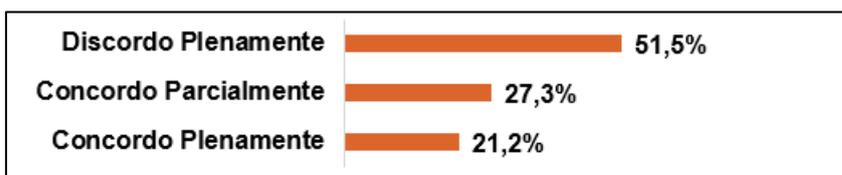
Figura 6: Resposta a afirmação A



Comentário: De acordo com o PCDT, e considerando a linha de cuidado estabelecida por este, a conduta ideal seria a alteração da terapia medicamentosa com a prescrição de um anti-TNF (certolizumabe pegol, golimumabe, infliximabe, etanercepte ou adalimumabe), uma vez que o paciente utilizou o metotrexato e a leflunomida e permaneceu em atividade alta da doença após seis meses de tratamento. A escolha entre os anti-TNF no momento da prescrição deve ser realizada considerando os diferentes perfis de toxicidade, eventos adversos ou contraindicações. Os anti-TNF devem ser utilizados em associação a um MMCD sintético (metotrexato, sulfassalazina ou leflunomida). Apenas para os casos de contraindicação absoluta aos MMCD sintéticos recomenda-se a monoterapia com MMCD biológico. É importante ressaltar que neste caso não existe conduta clínica certa ou errada, apenas a adequação desta frente ao estabelecido no protocolo atual para recebimento dos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

B: Considerando a linha de cuidado do PCDT da Artrite Reumatoide e a melhor conduta clínica, o medicamento a ser prescrito seria um biológico não anti-TNF.

Figura 7: Resposta a afirmação B

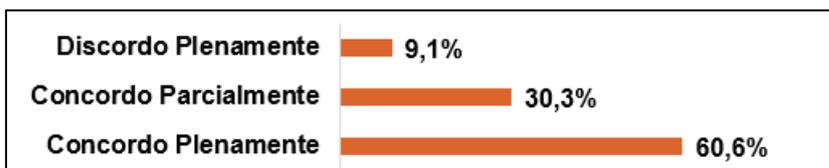


Comentário: De acordo com o PCDT, e considerando a linha de cuidado estabelecida por este, a conduta ideal seria a alteração da terapia medicamentosa com a prescrição de um anti-TNF (certolizumabe pegol, golimumabe, infliximabe, etanercepte ou

adalimumabe), uma vez que o paciente utilizou o metotrexato e a leflunomida e permaneceu em atividade alta da doença após seis meses de tratamento. A escolha entre os anti-TNF no momento da prescrição deve ser realizada considerando os diferentes perfis de toxicidade, eventos adversos ou contraindicações. Apenas para os casos de contraindicação absoluta a todos os anti-TNF, recomenda-se a utilização de abatacepte ou tocilizumabe. O uso do rituximabe como primeiro MMCD biológico deve ser reservado somente aos indivíduos com contraindicação absoluta a todos os anti-TNF e, também, ao abatacepte e tocilizumabe. É importante ressaltar que neste caso não existe conduta clínica certa ou errada, apenas a adequação desta frente ao estabelecido no protocolo atual para recebimento dos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

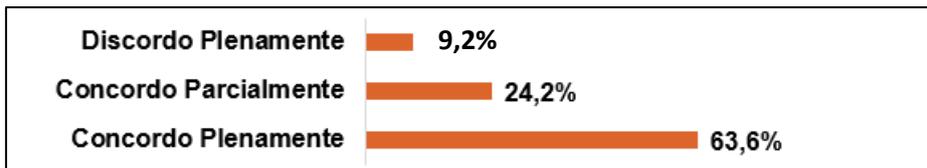
C: Considerando a necessidade de troca de medicamentos pelo SUS para o tratamento da artrite reumatoide, é necessário realizar um novo processo administrativo, incluindo: pelo menos um ICAD, critérios de inclusão (ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010), formulário HAQ preenchido e relatório médico (histórico completo do paciente, medicamentos utilizados e tempo de uso).

Figura 8: Resposta a afirmação C



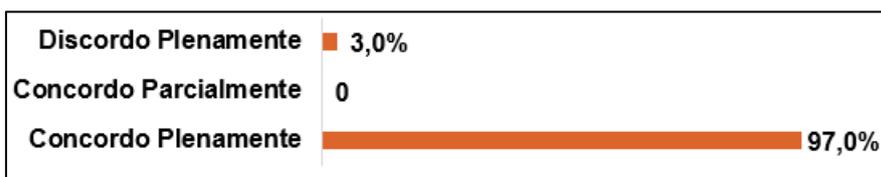
Comentário: Em caso de troca do medicamento pelo SUS é necessário incluir toda a documentação para solicitação do novo medicamento, incluindo pelo menos um ICAD, critérios de inclusão (ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010), formulário HAQ preenchido e relatório médico. A documentação necessária está disponibilizada no site da Secretaria de Saúde de Minas Gerais: <http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/fornecimento-de-medicamentos>.

D: Considerando a linha de cuidado do PCDT da Artrite Reumatoide e a melhor conduta clínica, o medicamento a ser prescrito seria um biológico anti-TNF.

Figura 9: Resposta a afirmação D

Comentário: D De acordo com o PCDT, e considerando a linha de cuidado estabelecida por este, a conduta ideal seria a alteração da terapia medicamentosa com a prescrição de um anti-TNF (certolizumabe pegol, golimumabe, infliximabe, etanercepte ou adalimumabe), uma vez que o paciente utilizou o metotrexato e a leflunomida e permaneceu em atividade alta da doença após seis meses de tratamento. A escolha entre os anti-TNF no momento da prescrição deve ser realizada considerando os diferentes perfis de toxicidade, eventos adversos ou contraindicações. É importante ressaltar que neste caso não existe conduta clínica certa ou errada, apenas a adequação desta frente ao estabelecido no protocolo atual para recebimento dos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

E: Considerando a necessidade de troca de medicamentos pelo SUS para o tratamento da Artrite Reumatoide, se o medicamento indicado for um biológico é necessário realizar *screening* para verificar a presença de tuberculose.

Figura 10: Resposta a afirmação E

Comentário: A tuberculose é uma contraindicação ao uso dos MMCD biológicos. Logo, deve ser realizada avaliação de tuberculose latente ou ativa antes do início do tratamento (anamnese, exame físico, radiografia de tórax e teste tuberculínico). Caso necessário, o tratamento adequado da tuberculose latente deve ser realizado por no mínimo um mês antes do início do uso do MMCD biológico.

5.4 Análise de viabilidade econômica

Os custos do programa de detalhamento acadêmico estão apresentados na Tabela 9 e foram divididos em materiais de apoio (impressos e pen drive), remuneração pela assessoria no conteúdo dos boletins, um designer para diagramação do material, criação e execução do treinamento dos visitantes e a remuneração dos visitantes.

Para a criação do conteúdo dos boletins e demais materiais impressos, foram convidados acadêmicos do PPGMAF com experiência sobre o PCDT da artrite reumatoide. O custo total da assessoria foi de R\$2.400,00. Um designer foi contratado para diagramação do conteúdo de forma que fosse visualmente atrativo e didático para a realização das visitas. O custo do serviço prestado foi de R\$1.500,00.

O treinamento dos visitantes foi idealizado e executado por acadêmicos do PPGMAF com experiência prévia em execução de programas de detalhamento acadêmico e visita médica. O gasto total foi de R\$1.200,00.

Foram adquiridos 40 pen drive para entrega durante as visitas, totalizando R\$395,00. Foram impressos 50 de cada um dos três volumes dos boletins (ANEXO A) (R\$697,00), 50 lâminas contendo o caso clínico (ANEXO D) (R\$93,00), 50 lâminas com o quadro de medicamentos (ANEXOS F e G) (R\$130,00), 500 cartões de visita (R\$240,00) e 2000 folders com informações para os (ANEXO B) (R\$1.180,00).

Os visitantes foram remunerados por visita realizada. Os cinco visitantes realizaram um total de 79 visitas, gerando um custo total de R\$6.350,00.

O custo total do programa de detalhamento acadêmico para artrite reumatoide foi de R\$14.185,00.

Tabela 9: Custos com o programa de detalhamento acadêmico

| | | Custo |
|----------------------------|--|---------------------|
| Gráfica | <i>Lâmina Caso Clínico</i> | R\$93,00 |
| | <i>Quadro medicamentos</i> | R\$130,00 |
| | <i>Cartão de Visita</i> | R\$240,00 |
| | <i>Boletins - 3 modelos</i> | R\$697,00 |
| | <i>Folder para paciente</i> | R\$1.180,00 |
| Material | <i>Pen drive</i> | R\$395,00 |
| Visitadores | <i>Remuneração por vista realizada</i> | R\$ 6.350,00 |
| Criação do material | <i>Conteúdo</i> | R\$2.400,00 |
| | <i>Design</i> | R\$1.500,00 |
| Treinamento | <i>Criação e execução</i> | R\$1.200,00 |
| | Total | R\$14.185,00 |

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, os médicos, que eram em sua maioria especialistas, já tinham conhecimento sobre o PCDT e práticas de prescrição dos medicamentos do CEAF, apesar de demonstrarem interesse e entenderam que as visitas acrescentaram algum conhecimento. Além disso, também que acreditam que o detalhamento acadêmico seja igualmente efetivo em aprofundar conhecimentos comparado à participação em eventos, como congressos.

Os facilitadores relataram que os médicos foram receptivos e se demonstraram interessados no conteúdo apresentado. Foi possível apresentar toda a informação planejada em 91,7% das visitas, mas ocorreu alguma dificuldade na marcação das visitas. Foram necessárias em média 1,4 tentativa para marcação da visita, com um tempo médio na sala de espera de 36 minutos e 12,2 minutos de duração da visita com o médico.

Segundo revisão sobre mudança do comportamento do médico, da Agência de Pesquisa e Qualidade em saúde, os fatores que mais desencorajam o uso de consultores acadêmicos são: o tempo gasto do consultório para fazer a educação médica continuada, ter de programar horário do consultório para receber o consultor e ser realizada por não médico (LANDRY, SIBBALD, 2002).

Dos médicos questionados, 71,4% relataram estar muito satisfeitos com a visita, concordando com a relevância do conteúdo apresentado em 85,7% das vezes, o que demonstra aceitação por parte dos prescritores. Na prática clínica, após o período de formação, os médicos encontram dificuldade para selecionar, entre a vasta quantidade de informações existentes, quais informações são mais relevantes, úteis e válidas e quais podem ser descartadas, assim como, dispõem de pouco tempo para dispensar à pesquisa e atualização.

Quanto aos custos para a realização do programa de detalhamento acadêmico, podemos afirmar que o valor investido na assessoria dos especialistas e no designer são fixos, independentemente do número de prescritores visitados. O mesmo pode se aplicar aos gastos com o treinamento, que pode ser aplicado a um grande número de pessoas simultaneamente, inclusive de forma remota. Já os gastos com a impressão

de material gráfico, aquisição de pen drive e outros insumos necessários e a remuneração dos visitantes são variáveis e aumentam de acordo com a quantidade de médicos visitados.

É importante destacar que a estrutura física para realização do treinamento foi cedida pelo PPGMAF da UFMG. Para um programa de detalhamento acadêmico os custos com estrutura física devem ser considerados. Outro ponto importante é a limitação geográfica. Como o estudo foi realizado apenas no município de Belo Horizonte - MG, os gastos com transporte não foram considerados. Para um programa de alcance a nível estadual ou nacional, o custo de deslocamento dos visitantes pode ser limitante. Apesar da limitação geográfica do estudo, os 43 prescritores visitados representam um grande número de deferimentos para solicitações de medicamentos do CEAF.

Uma análise econômica completa dos custos e análise de custo-efetividade relacionadas às intervenções de detalhamento acadêmico está além do escopo deste estudo, porém o valor total gasto na implementação deste programa de detalhamento acadêmico e seu potencial para melhoria do acesso a estes medicamentos, podem representar um impacto positivo no direcionamento de gastos públicos evitando a via judicial. Informações divulgadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) mostra gastos com demandas judiciais por medicamentos em 2008 de R\$42 milhões. (MACHADO et al., 2011)

Um estudo econômico realizado por Silva et al. analisou o perfil de 11.573 pacientes em relação aos gastos com o tratamento da AR do SUS do estado de Minas Gerais, Brasil, com dados de 2008 a 2013. Neste estudo, os custos somente com os agentes biológicos variaram de R\$12.206,64 à R\$ 65.801,76/paciente/ano.

Em um estudo com dados de 2003 a 2006, Costa et al. encontraram valores pagos pelo SUS com medicamentos de alto custo de R\$ 99.663.754,30, em que 92,17% da despesa foi com o tratamento da AR. Outros estudos demonstram que os gastos com o tratamento de AR vem tornando se mais elevados, sendo que em 2007 chegaram a R\$ 147.232.846,74, em 2008 foram R\$ 238.047.931,00 e em 2009, R\$ 351.872.288,00. (CARIAS, 2011; SCHNEIDERS, 2012)

Costa et al. levantaram dados do período de 2003 a 2006, em âmbito nacional, e verificaram que foram gastos R\$52.324.140,03 com o Infiximabe, que representava 58,7% no primeiro a ano de seguimento e que chegou ao redor de 70% nos 3 anos posteriores de acompanhamento, do valor total para o tratamento medicamentoso da AR. O principal item do custo do tratamento da AR são os agentes biológicos.

De acordo com diretrizes clínicas do Reino Unido, do Canadá, e do Brasil, os agentes biológicos devem ser elegíveis para 5 a 6% dos pacientes com AR. No Brasil, foram encontrados registros de uso de 8,2% a 9,2%. O detalhamento acadêmico pode contribuir para a disseminação das diretrizes e melhorar o hábito prescritivo, na medida em que propõe adequação de indicação dos agentes biológicos para pacientes elegíveis dentro do previsto por diretrizes clínicas, podendo gerar uma economia de aproximadamente R\$10 milhões. (NICE, 2018; BYKERK et al., 2012; BRASIL, 2017; COSTA, 2014; TITTON, 2011)

O uso de visitas realizadas por consultor acadêmico está bem estabelecido com relação à prescrição médica, mas cresce o interesse na utilidade da estratégia em modificar o comportamento profissional em outras áreas. Há uma variabilidade nos resultados de acordo com as intervenções realizadas, com o contexto dos estudos, número de visitas realizadas, tipo de visitador e, ainda, se o efeito pode aumentar ou diminuir com o tempo (ALKHATEEB et al., 2009; O BRIEN et al., 2009).

Apesar da existência de grande volume de conhecimento já avaliado criticamente e sistematizado, a adoção na prática diária de Diretrizes Clínicas ocorre de maneira muito lenta e variável. Pode levar em média 17 anos para tornar 14% das descobertas das pesquisas originais em mudanças no cuidado em benefício dos pacientes (ALKHATEEB et al., 2009; BALAS, BOREN, 2000).

A educação médica continuada tradicional é a estratégia mais utilizada para implementação das Diretrizes Clínicas e tem demonstrado fraca influência na mudança das práticas. A superação das barreiras encontradas para utilização do conhecimento contido nas Diretrizes Clínicas envolve certamente ações mais diretas do que a já consolidada e amplamente empregada educação continuada tradicional (DAVIS DA, TAYLOR-VAISEY, 1997; QUINLAN, 2000).

A estratégia de implementação das Diretrizes Clínicas através da intervenção com visitas realizadas por consultor acadêmico, conta com uma base teórica bem estabelecida para mudar o comportamento médico. Por meio de comunicação persuasiva e alterando a cognição através de feedback personalizado e reforços o consultor acadêmico, em estudo para o rastreamento do câncer de mama, demonstrou mudar a atitude médica e confiança. Tradicionalmente empregada por companhias farmacêuticas para divulgar informações técnicas sobre drogas e aumentar a prescrição entre os médicos, o consultor acadêmico tem se mostrado efetivo em muitos estudos em que tem sido avaliado (GORIN, 2006; O BRIEN et al., 2009; NAUGHTON, FEELY, BENNETT, 2007).

7 CONCLUSÃO

O detalhamento acadêmico pode representar uma estratégia eficaz na divulgação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. A boa aceitação dos médicos, a percepção de credibilidade do conteúdo apresentado como forma de atualização acadêmica e a possibilidade de escalabilidade do programa pode representar uma melhoria no acesso aos medicamentos para artrite reumatoide disponibilizados pelo componente especializado de atenção farmacêutica e melhor direcionamento de gastos com a saúde.

8 REFERÊNCIAS

ALETAHA D, NEOGI T, SILMAN AJ, FUNOVITS J, FELSON DT, BINGHAM CO, 3RD, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. **Ann Rheum Dis**. 2010 Sep;69(9):1580-8.

ALKHATEEB FM, KHANFAR NM, CLAUSON KA. Characteristics of physicians who frequently see pharmaceutical sales representatives. **J Hosp Mark Public Relations**. 2009 Jan-Jun;19(1):2-14.

ALMEIDA-BRASIL, C C. et al. Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil Access to medicines for Alzheimer's disease provided by the Brazilian Unified National Health System in. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 7, 2016.

ARNETT FC, EDWORTHY SM, BLOCH DA, MCSHANE DJ, FRIES JF, COOPER NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. **Arthritis Rheum**. 1988 Mar;31(3):315- 24.

AVORN J, SOUMERAI S. Improving drug therapy decisions through educational outreach: A randomised controlled trial of academically based 'detailing'. **New Engl J Med** 1983;308:1457-63

AVORN, J. Academic detailing: "marketing" the best evidence to clinicians. **JAMA**, v. 317, n. 4, p. 361-362, 2017.

BALAS EA, BOREN SA. Yearbook of Medical Informatics: Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. Stuttgart, Germany: **Schattauer Verlagsgesellschaft mbH**; 2000.

BIJLSMA JWJ. Disease control with glucocorticoid therapy in rheumatoid arthritis. **Rheumatology** (United Kingdom). 2012;51(SUPPL.4):iv9-iv13.

BJORKHEM-BERGMAN L, ANDERSEN-KARLSSON E, LAING R, DIOGENE E, MELIEN O, JIRLOW M, et al. Interface management of pharmacotherapy. Joint

hospital and primary care drug recommendations. **European journal of clinical pharmacology**. 2013;69 Suppl 1:73-8

BRASIL. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2011; 29 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria conjunta nº 15, de 11 de dezembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. Brasil, 2017.

BYKERK VP, AKHAVAN P, HAZLEWOOD GS, SCHIEIR O, DOOLEY A, HARAOU B, et al. Canadian Rheumatology Association recommendations for pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. **J Rheumatol**. 2012.

CAMPOS NETO, O.H. et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.5, p.784-90, 2012.

CARIAS CM, VIEIRA FS, GIORDANO C V, ZUCCHI P. Exceptional circumstance drug dispensing: history and expenditures of the Brazilian Ministry of Health. **Rev Saude Publica**. 2011.

CHERMONT GC, KOWALSKI SC, CICONELLI RM, FERRAZ MB. Resource utilization and the cost of rheumatoid arthritis in Brazil. **Clin Exp Rheumatol**. 2008 Jan-Feb;26(1):24-31.

CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.C. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1839-49, agosto 2009.

CIVANER M. Sale strategies of pharmaceutical companies in a "pharmerging" country: the problems will not improve if the gaps remain. **Health policy** (Amsterdam, Netherlands). 2012;106(3):225-32.

CONILL EM, UGÁ MAD. A saúde suplementar no Brasil: dinâmica, práticas e tendências. **Ciênc. saúde coletiva** vol.13 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2008.

COSTA JO;, ALMEIDA AM;, JUNIOR AAG;, CHERCHIGLIA ML;, ANDRADE ELG;, ACURCIO FA. Tratamento da artrite reumatoide no Sistema Único de Saúde, Brasil: gastos com infliximabe em comparação com medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos, 2003 a 2006. **Cad Saúde Pública**. 2014.

COSTA, J. O. ; BRASIL, C. C. A. ; JÚNIOR, A. G. A. ; ABREU, A. A. P. ; LEAL, G. S. S. ; JUNIOR, H. A. O. ; GODÓI, I. P. ; LEMOS, L. L. P. ; RODRIGUES, L. F. ; BARBORA, W. B. ; HEANEY, A. ; DARTNELL, J. ; GODMAN, B. ; ÁLVARES, J. ; ACURCIO, F. A. **Diretriz de Detalhamento Acadêmico**. 2015.

DA MOTA LM, CRUZ BA, BRENOL CV, PEREIRA IA, REZENDE-FRONZA LS, BERTOLO MB, et al. 2012 Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. **Rev Bras Reumatol**. 2012 Mar-Apr;52(2):152-74.

DAVIS DA,TAYLOR-VAISEY A. Translating guidelines into practice.A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. **CMAJ** 1997; 157:408-16.

DE SOUZA AL, ACURCIO FD, GUERRA JUNIOR AA, DO NASCIMENTO RC, GODMAN B, DINIZ LM. Authors' Reply to Dr. Malerbi: "Insulin Glargine in a Brazilian State: Should the Government Disinvest?". **Applied health economics and health policy**. 2014

GAUJOUX-VIALA C, SMOLEN JS, LANDEWE R, DOUGADOS M, KVIEN TK, MOLA EM, et al. Current evidence for the management of rheumatoid arthritis with synthetic disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. **Ann Rheum Dis**. 2010 Jun;69(6):1004-9.

GODMAN B, GUSTAFSSON LL. A new reimbursement system for innovative pharmaceuticals combining value-based and free market pricing. **Applied health economics and health policy**. 2013;11(1):79-82

GODMAN, B et al. Initiatives among authorities to improve the quality and efficiency of prescribing and the implications. **J Pharma Care Health Sys**. 2014; 1: 1–15.

GORIN SS, ASHFORD AR, LANTIGUA R et al. Academic detailing - Effectiveness of Academic Detailing on Breast Cancer Screening among Primary Care Physicians in an Underserved Community. **J Am Board Fam Med**. 2006 Mar-Apr;19(2):110-21.

GRIMSHAW, JM et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. **Health Technol Assess** 2004; 8: iii-iv, 1–72.

HAZLEWOOD GS, BARNABE CCM, TOMLINSON GA, MARSHALL D, BOMBARDIER C. The comparative efficacy and toxicity of initial disease-modifying anti-rheumatic drug choices for patients with moderate-severe early rheumatoid arthritis: A bayesian network meta-analysis. **Arthritis and Rheumatism**. 2011;63(10).

KNAI, C. et al. Systematic review of the methodological quality of clinical guideline development for the management of chronic disease in Europe. **Health Policy**, v. 107, p. 157–167, 2012.

LANDRY MD, SIBBALD WJ. Changing physician behavior: a review of patient safety in critical care medicine. **J Crit Care**. 2002 Jun;17(2):138-45.

LEGIDO-QUIGLEY, H. et al. Clinical guidelines in the European Union: Mapping the regulatory basis, development, quality control, implementation and evaluation across member states. **Health Policy**, v. 107, n. 2-3, p. 146–156, 2012.

MACHADO, MAA et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.3, pp.590-598

MALOTTKI K, BARTON P, TSOURAPAS A, UTHMAN AO, LIU Z, ROUTH K, et al. Adalimumab, etanercept, infliximab, rituximab and abatacept for the treatment of rheumatoid arthritis after the failure of a tumour necrosis factor inhibitor: A systematic review and economic evaluation. **Health Technology Assessment**. 2011;15(14):1-300.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: medicamentos excepcionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MOUSNAD MA, SHAFIE AA, IBRAHIM MI. Systematic review of factors affecting pharmaceutical expenditures. **Health policy** (Amsterdam, Netherlands). 2014;116(2-3):137-46

NAM JL, WINTHROP KL, VAN VOLLENHOVEN RF, PAVELKA K, VALESINI G, HENSOR EM, et al. Current evidence for the management of rheumatoid arthritis with biological disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of RA. *Ann Rheum Dis*. 2010 Jun;69(6):976-86.

NATIONAL INSTITUTO FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE - NICE. Rheumatoid arthritis in adults: management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. NICE; [cited 2018 Apr 29]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg79112>> Acesso em: 22, novembro 2018.

NATIONAL RESOURCE CENTER FOR ACADEMIC DETAILING (NaRCAD). **About Academic Detailing**. Disponível em <http://www.narcad.org/about/aboutad/> Acesso em: March 06, 2015.

NAUGHTON C, FEELY J, BENNETT K. A clustered randomized trial of the effects of feedback using academic detailing compared to postal bulletin on prescribing of preventative cardiovascular therapy. **Family Practice Advance Access**, 2007.

NEUMAN J, KORENSTEIN D, ROSS JS, KEYHANI S. Prevalence of financial conflicts of interest among panel members producing clinical practice guidelines in Canada and United States: cross sectional study. **BMJ** (Clinical research ed). 2011;343:d5621.

O BRIEN MA, ROGERS S, JAMTVEDT G, OXMAN AD, ODGAARD-JENSEN J, KRISTOFFERSEN DT, FORSETLUND L, BAINBRIDGE D, FREEMANTLE N, DAVIS D, HAYNES RB, HARVEY E. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009, Issue 1.

O'BRIEN, MA et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2007; Issue 4. Art. No.: CD000409.

PINHO, L B. Profile of rheumatoid arthritis patients with records at the Pharmacy of Specialized Medicine in Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Trabalho de conclusão de graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

QUINLAN JD, HILL DA, MAXWELL BD, BOONE S, HOOVER F, LENSE JJ. The necessity of both anorectal and vaginal cultures for group B streptococcus screening during pregnancy. **J Fam Pract** 2000; 49:447-8.

RADNER H, RAMIRO S, BUCHBINDER R, LANDEWE RB, VAN DER HEIJDE D, ALETAHA D. Pain management for inflammatory arthritis (rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis and other spondylarthritis) and gastrointestinal or liver comorbidity. **Cochrane Database Syst Rev**. 2012;1:CD008951.

SCHNEIDER M, LELGEMANN M, BAERWALD C, BRAUN J, HAMMER M, KERN P, et al. Value of inpatient care in rheumatoid arthritis - An evidence based report. **Zeitschrift fur Rheumatologie**. 2004;63(5):402-13.

SCHNEIDERS RE. Caracterização dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos para artrite reumatoide, no âmbito do componente especializado da assistência farmacêutica, no período de 2008 a 2009. 2012.

SILVA GD DA, ANDRADE EIG, CHERCHIGLIA M, JUNIOR AAG, ALMEIDA AM, ACÚRCIO FA. Perfil de gastos com o tratamento da Artrite Reumatóide para pacientes do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais – 2008 a 2013. **Cien Saude Colet**. 2017.

SMOLEN JS, KAY J, DOYLE MK, LANDEWE R, MATTESON EL, WOLLENHAUPT J, et al. Golimumab in patients with active rheumatoid arthritis after treatment with tumour necrosis factor alpha inhibitors (GO-AFTER study): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase III trial. **Lancet**. 2009 Jul 18;374(9685):210-21.

SOARES, J.C.R.S.; DEPRÁ, A.S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. *Physis*, v.22, n.1, p. 311-329, 2012.

SOUMERAI SB, AVORN J. Economic and policy analysis of university-based drug "detailing". **Med Care**. 1986 Apr;24(4):313-31.

SOUMERAI SB, AVORN J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. **JAMA**. 1990 Jan 26;263(4):549-56.

SPURLING GK, MANSFIELD PR, MONTGOMERY BD, LEXCHIN J, DOUST J, OTHMAN N, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. **PLoS medicine**. 2010;7(10):e1000352.

TABA P, ROSENTHAL M, HABICHT J, TARIEN H, MATHIESEN M, HILL S, et al. Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines: a cross-sectional survey among physicians in Estonia. **BMC health services research**. 2012;12:455

TITTON DC. BiobadaBrasil: registro da sociedade e dos reumatologistas brasileiros. Ver **Bras Reumatol**. 2011, 51(2):111–2.

VENABLES P, MAINI R. Diagnosis and differential diagnosis of rheumatoid arthritis. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Mar 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/print.html>> Acesso em: 10, junho 2018.

SCHEINBERG, Morton; GOLMIA, Ricardo; ROLLO, Carolina. O uso de agentes biológicos no tratamento de artrite reumatoide. **RBM rev. bras. med**, v. 72, n. 9, 2015.

9 ANEXOS

Anexo A: Boletins para artrite reumatoide

CATES

CENTRO COLABORADOR DO SUS
AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS
& EXCELÊNCIA EM SAÚDE



UFMG

BOLETIM ARTRITE REUMATOIDE

Conteúdo:

- A Artrite Reumatoide
- O PCDT Artrite Reumatoide
- O Processo
- Documentos e Exames

7
Volume - Julho 2017



A ARTRITE REUMATOIDE

A artrite reumatoide é uma doença crônica e progressiva, caracterizada pela inflamação da membrana sinovial das articulações. O processo se inicia com a proliferação de macrófagos e fibroblastos na membrana sinovial. Observa-se um infiltrado linfocítico nas regiões perivasculares e proliferação de células, com consequente angiogênese, hiperplasia sinovial e formação de *pannus* que levam à destruição articular, cartilaginosa e óssea, durante a progressão da artrite reumatoide.

A prevalência mundial estimada da artrite reumatoide é entre 0,3 e 1%. No Brasil foi realizado um estudo multicêntrico, verificando uma prevalência de artrite reumatoide em adultos de 0,2 a 1% nas macrorregiões brasileiras. Esse achado foi confirmado por outro estudo realizado em Montes Claros (Minas Gerais) que observou uma prevalência de 0,46% de pessoas com essa doença.

PCDT ARTRITE REUMATOIDE

Considerando a necessidade de estabelecer parâmetros para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com Artrite Reumatoide, foi elaborado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). O PCDT Artrite Reumatoide pode ser encontrado no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br/ceaf/pcdt

CONTEÚDO DO PCDT

Descrição da doença

Diagnóstico

Critérios de inclusão e exclusão

Casos Especiais

Tratamento

Monitorização

Serão incluídos no PCDT AR os pacientes que preencherem os critérios ACR de 1987 ou os critérios ACR/EULAR de 2010 e que possuam a classificação estatística internacional de doenças (CID-10) para AR, conforme QUADRO ABAIXO

IMPORTANTE

- ♦ Em alguns quadros de AR o CID se sobrepõe. Escolher o predominante.
 - ♦ Evitar incorreções de CID.
- Exemplo: CID 06.0 com exames fator reumatoide e/ou anticorpos anti-peptídeo citrulinado (anti-CCP) positivos.

| CID-10 | DESCRIÇÃO | CARACTERÍSTICAS DA ARTRITE REUMATOIDE (AR) |
|--------|--|---|
| M05.0 | Síndrome de Felty | A Síndrome de Felty é uma condição que compreende a tríade de AR, neutropenia e esplenomegalia. É uma complicação rara da AR e acarreta pior prognóstico. |
| M05.1 | Doença Reumatoide do Pulmão | O comprometimento do sistema respiratório pela AR apresenta uma variedade de manifestações pulmonares na AR, incluindo doença pulmonar parenquimatosa (doença intersticial pulmonar e inflamação da pleura), inflamação das vias aéreas e da vasculatura pulmonar (vasculite e hipertensão pulmonar). |
| M05.2 | Vasculite Reumatoide | A vasculite reumatoide é uma complicação rara e grave da AR. Acomete tipicamente pequenos e médios vasos, com neuropatia periférica associada (frequentemente motora), gangrena digital, infartos de leito ungueal e púrpura palpável. |
| M05.3 | AR com comprometimento de outros órgãos e sistemas | Outras manifestações extra-articulares conhecidas da AR são os nódulos reumatoides, pericardite, endocardite, polineuropatia, mononeuropatia, mononeurite múltipla, miopatia, miocardite, polimiosite, episclerite, esclerite, cerato-conjuntivite perforada, inflamação da córnea, glomerulonefrite, amiloidose. |
| M05.8 | Outras Artrites Reumatoides soropositivas | AR com fator reumatoide e/ou anticorpos anti-peptídeo citrulinado (anti-CCP) positivo. |
| M06.0 | Artrite Reumatoide soronegativa | AR com fator reumatoide e anti-CCP negativo. |
| M06.8 | Outras Artrites Reumatoides especificadas | — |
| M08.0 | Artrite Reumatoide Juvenil | A Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) é um grupo heterogêneo que inclui todas as artrites de causa desconhecida com início antes dos 16 anos e com sintomas que persistem por pelo menos 6 semanas |

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS E TRÂMITE ADMINISTRATIVO

A Secretaria de Estado de Saúde fornece medicamentos para tratamento da Artrite Reumatoide. Para ter acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), deve-se realizar a abertura de **PROCESSO ADMINISTRATIVO** conforme PCDT específico. O paciente ou responsável deve procurar informações na unidade de saúde mais próxima em seu município. Este processo deverá conter documentos e exames exigidos no PCDT Artrite Reumatoide. A solicitação é avaliada por um profissional da área da saúde (analista) e, quando adequado, é autorizado para posterior dispensação.



O processo é diferente do PCDT. O PCDT AR é o documento técnico-científico que orienta todos os critérios de diagnóstico, inclusão e tratamento do paciente. O processo é um conjunto de documentos que possibilita a solicitação, avaliação e dispensação do tratamento de cada paciente.

DOCUMENTOS SOLICITADOS PARA ABERTURA DE PROCESSO

Para a abertura de processo administrativo de solicitação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é necessário que o prescritor dedique tempo e atenção tanto na solicitação e avaliação dos exames exigidos no PCDT Artrite Reumatoide, quanto no preenchimento dos documentos necessários. Essa etapa é primordial para que o acesso aos medicamentos ocorra de forma mais ágil, trazendo benefícios ao paciente e seu tratamento. Os documentos e exames que devem ser apresentados para a abertura de processo são:

Cópia do CPF e da Carteira de Identidade

Cópia do Comprovante de Residência

Cópia do Cartão Nacional de Saúde

Declaração Autorizadora (para tercelros)

Laudo para Solicitação Avaliação e Autorização de Medicamentos - LME

Receita Médica

Formulário específico: questionário de avaliação de saúde (HAQ)

Termo de Consentimento Informado

Relatório Médico - legível

Hemograma e VHS – validade (val.) 3 meses

Creatinina e transaminases hepáticas – val. 3 meses

HbsAg e anti HBc total para hepatites B – último exame

Anti HCV para hepatites C – último exame

Proteína "C" reativa – val. 3 meses

Fator reumatoide ou anti- CCP – último exame

Laudo de exame de imagem de mãos e punhos (radiografia, ressonância ou ultrassom) – último exame

Para Medicamento Biológico acrescentar laudo de ralo X de tórax e prova de mantoux (teste tuberculínico) – val. 1 ano

documentos do paciente

documentos preenchidos pelo médico

exames solicitados pelo médico



O RELATÓRIO MÉDICO DEVE CONTER:

- Data
- Identificação do médico e paciente
- Diagnóstico segundo critérios ACR/EULAR 2010 ou ACR1987
- Indicação de medicamento e tempo de tratamento
- Características clínicas e evolução da doença incluindo pelo menos um índice composto de atividade de doença: SDAI ou CDAI ou DAS28
- Tratamentos prévios (uso prévio de medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos ou biológicos)
- Outras informações pertinentes

FORMULÁRIOS ESPECIAIS, ÍNDICES E CRITÉRIOS

Na lista de documentos necessários para abertura do processo são citados formulários especiais, índices e critérios de inclusão. Estes documentos são muito importantes para a análise e o deferimento do processo de solicitação do medicamento. Eles podem vir em formulário específico, no relatório médico ou em documento à parte. São eles:

ÍNDICE COMPOSTO DE
ATIVIDADE DE DOENÇA - ICAD:
SDAI ou CDAI ou DAS28

Relatório médico ou
documento à parte

QUESTIONÁRIO DE
AVALIAÇÃO DE SAÚDE
(HAQ)

Formulário
Específico

CRITÉRIOS
ACR/EULAR 2010 ou
ACR 1987

Relatório médico ou
documento à parte

ESTES 03 DOCUMENTOS ACIMA devem constar no processo do paciente. Eles não são excludentes, ou seja, um não substitui o outro. Obs: Para o Índice Composto de Atividade de Doença pode ser escolhido um dos índices listados no PCDT Artrite Reumatoide: SDAI ou CDAI ou DAS28.

ARTRITE REUMATOIDE E HEPATITES VIRAIS B e C

A presença de Hepatites virais do tipo B e C em fase aguda são contraindicações ao uso de alguns medicamentos do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica da AR. Os medicamentos que contem a contraindicação são: adalimumabe, etanercepte, infliximabe, certolizumabe, golimumabe, tocilizumabe, abatacepte, rituximabe, metotrexato, leflunomida, sulfassalazina, azatioprina, ciclosporina e ciclofosfamida.

Os exames necessários para verificar a infecção pelo vírus da Hepatite B são HBsAg e Anti-HBc Total. Estes exames são os dois primeiros marcadores utilizados na triagem para o diagnóstico da Hepatite B. Além disso, também é importante a realização do exame Anti-HBs (não é exigido pelo PCDT AR), pois se o resultado for negativo e o paciente não foi exposto ao vírus, o mesmo deverá ser vacinado. Veja o quadro ao abaixo:

| HBsAg | Anti-HBc Total | Anti-HBs | Interpretação |
|--------------|----------------|--------------|---|
| Não reagente | Não reagente | Não reagente | Ausência de contato com o HBV Susceptível a infecção |
| Não reagente | Reagente | Reagente | Imune após infecção |
| Não reagente | Não reagente | Reagente | Imune após vacinação |
| Reagente | Reagente | Não reagente | Infecção pelo HBV |

1- OBSERVAR a grafia CORRETA do exame, Anti-HBc Total - A palavra Total é importante.
2- Anti HBc Total é Igual Anticorpos IgG + IgM, a apresentação de exames Anti-HBc IgM + Anti-HBc IgG substituem o Anti HBc Total.

Para Hepatite C, apenas o Anti-HCV é necessário. O exame de Anti-HCV é utilizado para realizar a detecção do anticorpo contra o HCV no sangue. Em caso de amostra reagente para o anticorpo contra o HCV, o teste de quantificação de carga viral irá indicar se há infecção ativa. O teste de quantificação de carga viral positivo, com carga de HCV-RNA detectável, é indicativo de infecção ativa pelo HCV.

Elaboração:

Jéssica Barreto R. dos Santos - CCATES/UFMG
Michael Ruberson Ribeiro da Silva - CCATES/UFMG
Nálio Gomes Ribeiro Junior - CCATES/UFMG

Revisão Técnica:

Augusto Afonso Guerra Junior - CCATES/UFMG
Francisco de Assis Acurcio - CCATES/UFMG
Juliana Alvares - CCATES/UFMG
Adriana Maria Kakehazi Fac. Medicina - UFMG

As imagens utilizadas neste boletim estão sob licença Creative Commons e são meramente ilustrativas, portanto as pessoas retratadas não possuem artrite reumatoide.

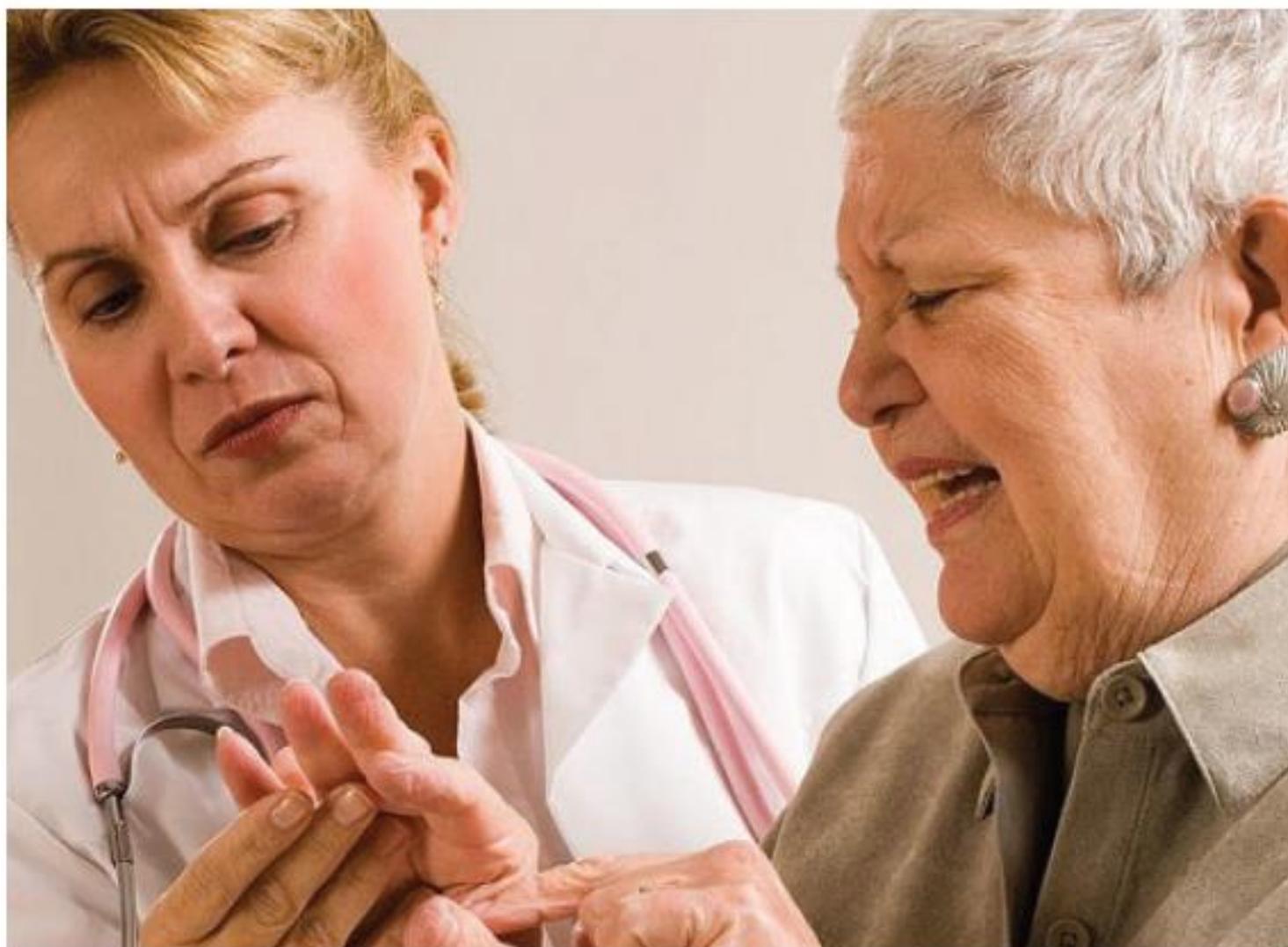
DGITS - Ministério da Saúde

CATES

CENTRO COLABORADOR DO SUS
AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS
& EXCELÊNCIA EM SAÚDE

Av. Presidente Antônio Carlos 6627
Faculdade de Farmácia UFMG
Dep. de Farmácia Social
Campus Pampulha 31270 901
Belo Horizonte MG
tel 31 34096394
www.cates.org.br

- A Artrite Reumatoide
- Critérios para Classificação
- Índices da Atividade da Doença
- Avaliação da Funcionalidade



A ARTRITE REUMATOIDE

A etiopatogenia da artrite reumatoide não é completamente conhecida, entretanto estudos sugerem que a doença é causada por fatores genéticos e ambientais. O antígeno leucocitário humano (HLA – do inglês, *human leukocyte antigen*) é considerado o principal fator genético no desenvolvimento dessa doença. Muitas exposições ambientais têm sido implicadas na susceptibilidade à artrite reumatoide. O tabagismo é o principal fator ambiental envolvido no risco da doença, respondendo por aproximadamente um em cada seis novos casos de artrite reumatoide.

A apresentação clínica da AR é caracterizada pelo acometimento simétrico das pequenas e das grandes articulações e ocorre principalmente nas mãos e nos pés. A doença acarreta rigidez matinal, dor e edema articular, fadiga, perda de movimento e deformidades. Apresenta manifestações extra-articulares como quadros cutâneos, oculares, pleuropulmonares, cardíacos, hematológicos, neurológicos e osteometabólicos.

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO COMO ARTRITE REUMATOIDE

Os critérios para classificação da AR consideram avaliação clínica e exames complementares (testes laboratoriais, de imagem e histopatológico) conjuntamente. Foram estabelecidos critérios pelo American College of Rheumatology – ACR em 1987 e, mais recentemente, pelo American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism - ACR/EULAR em 2010. Os dois critérios são importantes e um não exclui a existência do outro. Foi necessário o estabelecimento do critério ACR/EULAR 2010 para identificar os pacientes na fase inicial da doença.

ACR 1987 Critérios do ACR 1987 para classificação da Artrite Reumatoide.

| CRITÉRIO | DEFINIÇÃO |
|---|---|
| Rigidez matinal | Rigidez matinal com duração de pelo menos 1 hora até a melhora máxima |
| Artrite de três ou mais áreas articulares | Ao menos três áreas articulares simultaneamente afetadas, observadas pelo médico (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas, punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e metatarsofalangeanas). |
| Artrite das articulações das mãos | Artrite em punhos ou metacarpofalangeanas ou interfalangeanas proximais |
| Artrite simétrica | Envolvimento simultâneo de áreas de ambos os lados do corpo |
| Nódulos reumatóides | Nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas, superfícies extensoras ou em regiões justa-articulares |
| Fator reumatóide positivo | Presença de quantidades anormais de fator reumatóide |
| Alterações radiográficas | Radiografias posteroanteriores de mãos e punhos demonstrando rarefação óssea justa-articular ou erosões |

ou

ACR/EULAR 2010 Critérios do ACR/EULAR 2010 para classificação da Artrite Reumatoide.

| CRITÉRIO | PONTOS |
|--|--------|
| Acometimento articular (0-5) | |
| 1 grande articulação | 0 |
| 2-10 grandes articulações | 1 |
| 1-3 pequenas articulações (grandes não contadas) | 2 |
| 4-10 pequenas articulações (grandes não contadas) | 3 |
| > 10 articulações (pelo menos uma pequena) | 5 |
| Sorologia (0-3) | |
| FR negativo e ACPA negativo | 0 |
| FR positivo ou ACPA positivo em baixos títulos | 2 |
| FR positivo ou ACPA positivo em altos títulos | 3 |
| Duração dos sintomas (0-1) | |
| < 6 semanas | 0 |
| ≥ 6 semanas | 1 |
| Provas de atividades inflamatórias | |
| PCR normal e VHS normal | 0 |
| PCR anormal ou VHS anormal | 1 |
| <small>Abreviatura dos exames: Fator Reumatóide (FR) Anticorpos Anti Peptídeos Citrulinados (ACPA) PCR (Proteína C Reativa) Velocidade de Hemossedimentação (VHS) </small> | |

Para classificação como AR de acordo com os critérios ACR 1987 o paciente deve satisfazer no mínimo 4 dos sete critérios descritos no quadro acima.

Os valores do ACR/EULAR 2010 variam de 0 a 10 pontos. Pontuação maior ou igual a 6 é necessária para a classificação definitiva de um paciente com AR (ALETAHA et al., 2010).

Por exemplo, se um paciente apresenta acometimento articular em 5 pequenas articulações (3 pontos), com fator reumatóide positivo com ACPA positivo em baixos títulos (2 pontos), duração dos sintomas superior a seis semanas (1 ponto) e valor de PCR e VHS aumentados (1 ponto), temos uma pontuação nos critérios ACR/EULAR 2010 de 7 pontos, ou seja, classificação definitiva de AR.

O relatório médico deve conter pelo menos um dos critérios descritos acima: ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010. Tais critérios devem ser apresentados no relatório médico sempre na sua forma quantitativa de maneira clara e precisa.
 Exemplo 1: Paciente com diagnóstico de AR de acordo com ACR 1987 apresentando 5 dos critérios inclusivos
 Exemplo 2: Paciente com diagnóstico de AR de acordo com ACR/EULAR 2010 apresentando 8 pontos deste critério diagnóstico.

ÍNDICES COMPOSTOS DE ATIVIDADE DA DOENÇA (ICAD)

Os índices compostos de atividade da doença devem ser utilizados regularmente no momento do diagnóstico e no monitoramento da Artrite Reumatoide. A seguir são descritos os ICADs que são preconizados pelo PCDT Artrite Reumatoide, a saber: CDAI, SDAI e DAS 28.

CDAI

O CDAI é um índice clínico de atividade da doença que utiliza quatro parâmetros, sendo seu resultado obtido pela soma dos seus componentes. A fórmula do CDAI é:

$$\begin{aligned} & \text{ARTICULAÇÕES DOLOROSAS 28} \\ & + \\ & \text{ARTICULAÇÕES EDEMACIADAS 28} \\ & + \\ & \text{AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA} \\ & \text{DOENÇA PELO PACIENTE} \\ & + \\ & \text{AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA} \\ & \text{DOENÇA PELO MÉDICO} \end{aligned}$$

SDAI

O SDAI emprega quatro parâmetros do CDAI, acrescentando o resultado da Proteína C Reativa. Também é calculado pela soma dos seus componentes.

$$\begin{aligned} & \text{ARTICULAÇÕES DOLOROSAS 28} \\ & + \\ & \text{ARTICULAÇÕES EDEMACIADAS 28} \\ & + \\ & \text{PROTEÍNA C REATIVA} \\ & + \\ & \text{AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA} \\ & \text{DOENÇA PELO PACIENTE} \\ & + \\ & \text{AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA} \\ & \text{DOENÇA PELO MÉDICO} \end{aligned}$$

DAS 28

O escore de atividade da doença - DAS 28 - é um índice calculado por uma equação linear com base em alguns componentes. A fórmula do DAS 28 é:

$$\begin{aligned} & 0,56 \times \sqrt{\text{ARTICULAÇÕES DOLOROSAS 28}} \\ & + \\ & 0,28 \times \sqrt{\text{ARTICULAÇÕES EDEMACIADAS 28}} \\ & + \\ & 0,70 \times \ln(\text{Velocidade de Hemossedimentação}) \\ & + \\ & 0,014 \times \text{AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA} \\ & \text{DOENÇA PELO PACIENTE} \end{aligned}$$

RESUMINDO...

| COMPONENTES | CDAI | SDAI | DAS 28 |
|---|---------------|-----------------|--------------------|
| Número de articulações dolorosas (n=28) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Número de articulações edemaciadas (n=28) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Avaliação da atividade de doença-paciente | ✓ | ✓ | ✓ |
| Avaliação da atividade de doença-médico | ✓ | ✓ | ✗ |
| Proteína C reativa | ✗ | ✓ | ✓ |
| Velocidade de hemossedimentação | ✗ | ✗ | ou ✓ |
| VARIAÇÃO DO ESCORE | 0 a 76 | 0,1 a 86 | 0,49 a 9,07 |

Dessa forma, é possível classificar a atividade da artrite reumatoide em remissão, atividade baixa, moderada e alta, conforme os valores de referência.

Sempre um ICAD deve constar no processo do paciente (na primeira solicitação ou na troca de medicamentos). Esse ICAD pode ser escolhido entre um dos índices listados no PCDT AR: SDAI ou CDAI ou DAS28. O ICAD deve ser descrito sempre na sua forma mais completa no relatório médico ou em documento a parte.

Observações:

1- Existem calculadoras digitais na internet que facilitam o cálculo do ICAD escolhido. Veja alguns endereços nos links abaixo:

<http://www.das-score.nl/das28/en/>

<https://www.rheumakit.com/en>

2- O DAS 28 poder ser calculado usando a proteína C reativa (DAS 28 PCR) ou a velocidade de hemossedimentação (DAS 28 VHS).

| ESTADO DE ATIVIDADE | CDAI | SDAI | DAS 28 |
|---------------------|--------|--------|--------|
| REMISSÃO | ≤ 2,8 | ≤ 3,3 | < 2,6 |
| ATIVIDADE LEVE | ≤ 10,0 | ≤ 11,0 | ≤ 3,2 |
| ATIVIDADE MODERADA | ≤ 22,0 | ≤ 26,0 | ≤ 5,1 |
| ATIVIDADE ALTA | > 22,0 | > 26,0 | > 5,1 |

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

O HAQ-DI (*Health Assessment Questionnaire Disability Index* ou Questionário de Avaliação de Saúde Índice de Incapacidade) avalia a capacidade funcional do paciente por meio de um questionário auto-aplicável sobre capacidade funcional contendo 20 perguntas sobre atividades cotidianas e avalia a dificuldade em realizá-las.

Figura 1 - Questionário de Avaliação de Saúde (HAQ)

| N° | Atividade | Sem dificuldade | | | |
|----|--|-----------------|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 01 | Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos seus sapatos, abotoar as suas roupas? | | X | | |
| 02 | Lavar sua cabeça e os seus cabelos? | X | | | |
| 03 | Levantar-se de uma maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços? | | X | | |
| 04 | Deitar-se e levantar-se da cama? | | | X | |
| 05 | Cortar um pedaço de carne? | | X | | |
| 06 | Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água? | X | | | |
| 07 | Abrir um saco de leite comum? | X | | | |
| 08 | Caminhar em lugares planos? | | X | | |
| 09 | Subir cinco degraus? | | | X | |
| 10 | Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho? | | X | | |
| 11 | Tomar um banho de chuveiro? | X | | | |
| 12 | Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário? | | X | | |
| 13 | Levantar os braços e pegar um objeto de mais ou menos 2,5 quilos, que está posicionado um pouco acima de sua cabeça? | | | | X |
| 14 | Curvar-se para pegar suas roupas no chão? | | X | | |
| 15 | Segurar-se em pé no ônibus ou no metrô? | | X | | |
| 16 | Abrir potes ou vidros de conserva que tenham sido previamente abertos? | | | X | |
| 17 | Abrir e fechar torneiras? | | X | | |
| 18 | Fazer compras na redondeza onde mora? | | X | | |
| 19 | Entrar e sair de um ônibus? | | | X | |
| 20 | Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água? | | X | | |

Observações:

Figura 1 - Para cada pergunta um escore é atribuído de acordo com o grau de dificuldade (pontos de 0 a 3) no desempenho da atividade em questão. **Existe um questionário específico para crianças.**

Figura 2 - Dispõe sobre o agrupamento das 20 perguntas da Figura 1 em 8 componentes. Para cada componente é atribuído o valor do maior grau de comprometimento funcional do paciente dentre as perguntas que compõe o componente.

Exemplo - Na figura 1 foram marcados o desempenho para cada pergunta. Na figura 2 o maior escore do componente foi inserido. Ou seja, para o componente 2 que abrange a pergunta 3 (escore 1) e pergunta 4 (escore 2) foi marcado o escore 2.

Cálculo final - É feito pela média dos maiores escores de cada categoria (soma de todas as categorias dividido por 8). Nesse exemplo, o valor do HAQ é de 1,75.

Resultados - Valores de HAQ-DI variando de 0 - 1 indicam dificuldade leve a moderada; > 1 - 2 indicam dificuldade moderada a intensa; e valores > 2 - 3 indicam dificuldade intensa a muito intensa, sendo que valores de HAQ ≤ 0,5 são comparáveis com a população geral.

Figura 2 - Componentes do Questionário de Avaliação da Funcionalidade

| Componentes | Perguntas | Maior escore |
|-----------------------------------|------------------------|--------------|
| Componente 1 (vestir-se). | Perguntas 1 e 2. | 1 |
| Componente 2 (levantar-se). | Perguntas 3 e 4. | 2 |
| Componente 3 (alimentar-se). | Perguntas 5, 6 e 7. | 1 |
| Componente 4 (caminhar). | Perguntas 8 e 9. | 2 |
| Componente 5 (higiene pessoal). | Perguntas 10, 11 e 12. | 1 |
| Componente 6 (alcançar objetos). | Perguntas 13 e 14. | 3 |
| Componente 7 (apreender objetos). | Perguntas 15, 16 e 17. | 2 |
| Componente 8 (outras atividades). | Perguntas 18, 19 e 20. | 2 |

TODA solicitação de medicamento deve conter:

1. Critério de diagnóstico ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010
 2. ICAD (SDAI ou CDAI ou DAS28)
 3. HAQ
- A Informação fornecida pelo conjunto desses documentos é fundamental para a Inclusão do paciente.

Elaboração:

Jéssica Barreto R. dos Santos - CCATES/UFMG
 Michael Ruberson Ribeiro da Silva - CCATES/UFMG
 Neão Gomes Ribeiro Junior - CCATES/UFMG

Revisão Técnica:

Augusto Afonso Guerra Júnior - CCATES/UFMG
 Francisco de Assis Acunzio - CCATES/UFMG
 Juliana Alvares - CCATES/UFMG
 Adriana Maria Kekelasi - Fac. Medicina - UFMG

*As imagens utilizadas nesta
 folder estão sob licença
 Creative Commons e são
 meramente ilustrativas,
 portanto a pessoa
 retratada não possui
 vínculo com o projeto.*

DGITS - Ministério da Saúde

CCATES

CENTRO COLABORADOR DO SUS
 AVANÇADA DE TECNOLOGIAS
 E EXCELÊNCIA EM SAÚDE

Av. Presidente Antônio Carlos 6627
 Faculdade de Farmácia UFMG
 Dep. de Farmácia Social
 Campus Pampulha 31270 901
 Belo Horizonte MG
 tel 31 34096394
 www.ccates.org.br

- Tratamento da Artrite Reumatoide
- Medicamentos - SUS
- Etapas do tratamento
- Casos Especiais



TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATOIDE

O caráter crônico e progressivo da Artrite Reumatoide (AR) pode levar a importante limitação funcional, com perda de capacidade laboral e de qualidade de vida, resultando em significativo impacto pessoal e social, com elevados custos diretos e indiretos.

O tratamento da AR segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) consiste na educação do paciente e de sua família, terapia medicamentosa, fisioterapia, atividade física, apoio psicossocial, terapia ocupacional e abordagens cirúrgicas. As terapias medicamentosas incluem o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINE), corticoides, medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) e imunossuppressores.

O objetivo do tratamento é manter a doença em atividade leve ou remissão, conforme um índice composto de atividade da doença. Se a atividade da doença permanecer moderada ou alta, considera-se falha terapêutica.

Os AINEs diminuem o processo inflamatório e a dor, principalmente no início da doença, uma vez que os MMCD não têm ação imediata. Também podem ser utilizados quando não se obtém o controle completo da atividade e em reavaliações da AR.

Os corticoides melhoram o processo inflamatório e a dor. Atualmente há evidências para indicá-los como participantes na modificação do curso da doença, em associação com os MMCD.

Os MMCD formam três classes principais: os sintéticos convencionais, os biológicos e os sintéticos alvo-específicos. Os MMCD são caracterizados pela sua capacidade de reduzir sinais e sintomas, incapacidade funcional, comprometimento da qualidade de vida, incapacidade para o trabalho e progressão das lesões articulares.

Os imunossuppressores são utilizados para as formas mais graves da artrite reumatoide. Essa classe de medicamentos possui evidência de múltiplos mecanismos imunológicos mediando sinovite e outras manifestações extra-articulares da doença.

MEDICAMENTOS FORNECIDOS PELO SUS

A seguir listamos os medicamentos disponibilizados pelo SUS para o tratamento da AR. Maiores detalhes tais como: via de administração, forma farmacêutica e esquema de administração são disponibilizados em cartela a parte.

| Anti-inflamatórios não esteroidais | Medicamentos modificadores do curso da doença - sintéticos | Medicamentos modificadores do curso da doença - biológicos | Medicamentos modificadores do curso da doença - sintéticos alvo-específicos |
|------------------------------------|--|--|---|
| Ibuprofeno | Metotrexato | Adalimumabe | Tofacitinibe |
| Naproxeno | Sulfassalazina | Certolizumabe | Imunossupressores |
| Glicocorticoides | Leflunomida | Etanercepte | Ciclosporina |
| Metilprednisolona (acetato) | Hidroxicloroquina | Infliximabe | Ciclofosfamida |
| Metilprednisolona (succinato) | Cloroquina | Golimumabe | Azatioprina |
| Prednisona | | Abatacepte | |
| Prednisolona | | Rituximabe | |
| | | Tocilizumabe | |

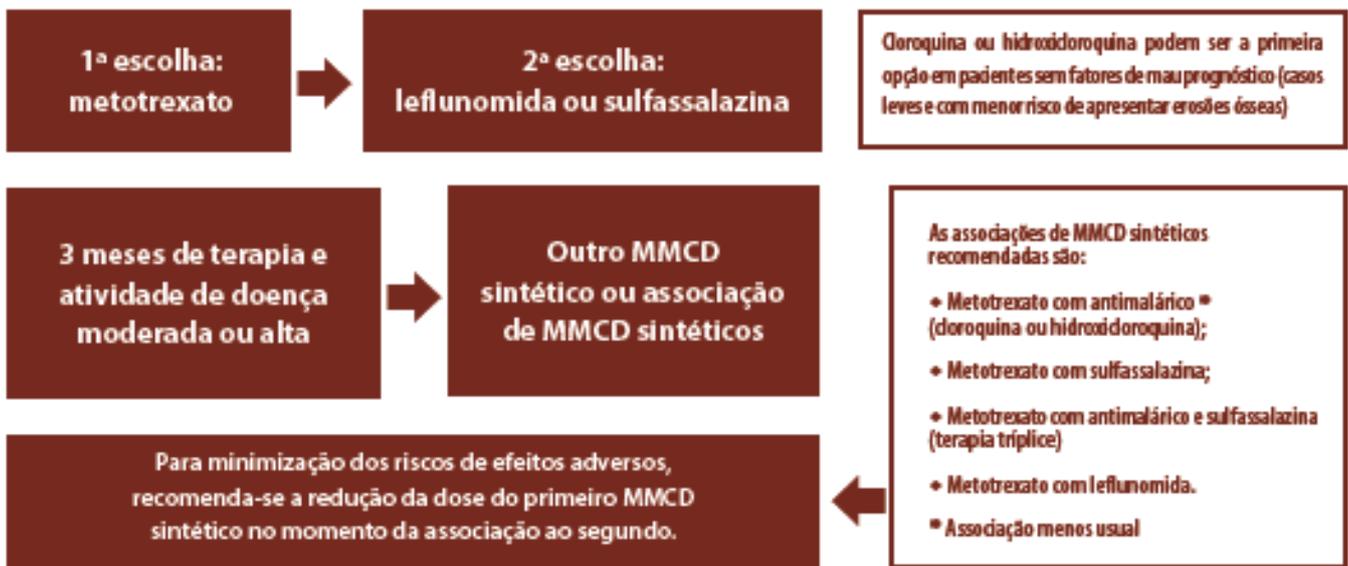
MECANISMOS DE AÇÃO

| Medicamentos | Mecanismo de ação |
|--|--|
| Medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos | |
| Metotrexato | Liga-se com alta afinidade e inativa a enzima diidrofolato redutase. Portanto, o metotrexato interfere com a síntese, reparo e replicação do DNA. Além disso, promove liberação de adenosina, inibição da produção de citocinas pró-inflamatórias, supressão da proliferação de linfócitos e da adesão e quimiotaxia de neutrófilos e a redução das imunoglobulinas séricas. |
| Sulfassalazina | Os mecanismos propostos são: inibição da síntese de citocinas, prostaglandinas e leucotrienos; ação antioxidante; inibição da expansão clonal de populações de linfócitos B e T patogênicas e redução da adesão e função de leucócitos. |
| Leflunomida | Inibe a enzima mitocondrial dihidroorotato desidrogenase, que desempenha um papel fundamental na síntese de novo das pirimidinas, que é necessária para a síntese de DNA e RNA. Assim, a leflunomida inibe a reprodução de células que se dividem rapidamente, especialmente os linfócitos. |
| Hidroxicloroquina | Os mecanismos propostos são: interferência com a atividade enzimática (incluindo fosfolipase, NADH-citocromo C redutase, colinesterase, proteases e hidrolases), ligação ao DNA, estabilização das membranas lisossômicas, inibição da formação de prostaglandinas, quimiotaxia das células polimorfonucleares e fagocitose, possível interferência com a produção de interleucina 1 dos monócitos, e inibição da liberação de superóxido dos neutrófilos. |
| Cloroquina | |
| Medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos | |
| Adalimumabe | Inibidores do fator de necrose tumoral (anti-TNF) |
| Certolizumabe | |
| Etanercepte | |
| Infliximabe | |
| Golimumabe | |
| Abatacepte | Bloqueador da coestimulação do linfócito T |
| Rituximabe | Depletor de linfócito B |
| Tocilizumabe | Bloqueador do receptor interleucina-6 |
| Medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos alvo-específicos | |
| Tofacitinibe | A inibição de JAK1 e JAK3 por tofacitinibe bloqueia a sinalização por meio dos receptores que contêm cadeia gama comum para diversas citocinas, incluindo a IL-2, -4, -7, -9, -15, e -21. Além disso, a inibição de JAK1 resultará na atenuação da sinalização por citocinas pró-inflamatórias adicionais, tais como IL-6 e interferons Tipo I. |

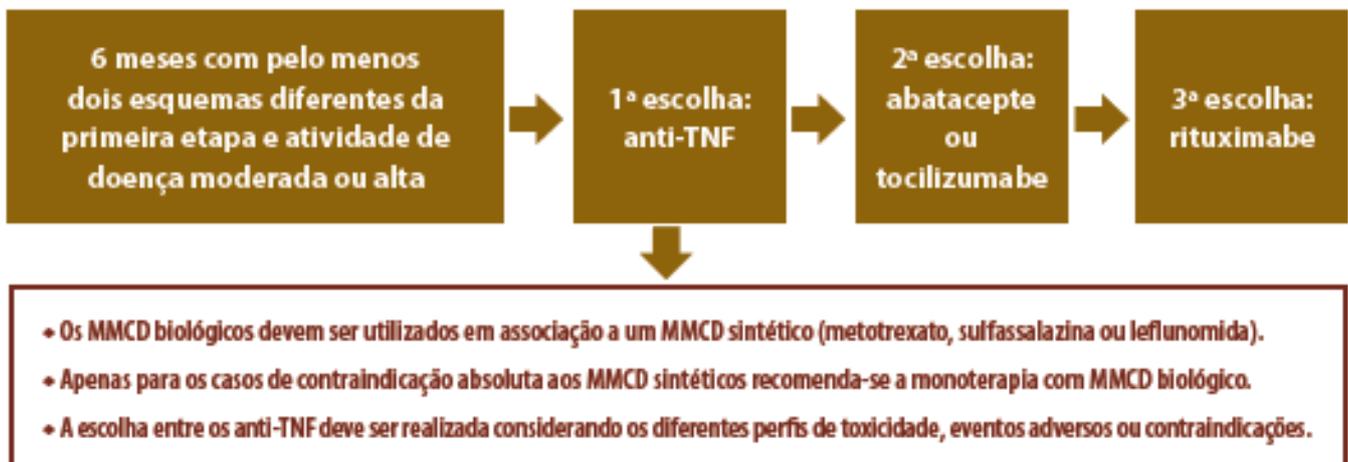
ETAPAS DE TRATAMENTO DO PCDT DA ATRITE REUMATOIDE

Em qualquer das etapas discriminadas a seguir, prednisona ou prednisolona e AINE podem ser prescritos para controle sintomático (menor dose pelo menor tempo possível).

PRIMEIRA ETAPA



SEGUNDA ETAPA



TERCEIRA ETAPA



CASOS ESPECIAIS

1. DOENÇA REUMATOIDE DO PULMÃO E VASCULITE REUMATOIDE

São manifestações graves, tratadas com imunossupressores.

Pulsoterapia de metilprednisolona (com ou sem ciclofosfamida)

Caso não seja usada **ciclofosfamida**, pode ser iniciada **azatioprina** ou **ciclosporina** em associação à pulsoterapia.

Azatioprina, ciclosporina ou ciclofosfamida de manutenção

Redução gradual do glicocorticoide, com o objetivo de manter a doença controlada apenas com o imunossupressor.

2. ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

O tratamento segue, em linhas gerais, os mesmos passos da doença no adulto, mas com especificidades.

Anti-inflamatórios não esteroides (AINE)

Preferencialmente o **naproxeno**.

Raramente, os AINE conseguem controlar isoladamente a artrite.

Metotrexato

Sulfassalazina, cloroquina, hidroxicloroquina, leflunomida, azatioprina, ciclosporina, glicocorticoide sistêmico ou intra-articular podem ser indicados a critério clínico.

A **sulfassalazina não é** recomendada para a forma sistêmica.

A **ciclosporina é** preferencialmente recomendada na síndrome de ativação macrófaga ou linfohistiocitose hemofagocítica.

Persistência de artrite, após 3 a 6 meses

MMCD biológico (adalimumabe, etanercepte, infliximabe, abatacepte e tocilizumabe)

O **tocilizumabe** deve ser utilizado apenas para a forma sistêmica.

A associação de MMCD biológicos **não deve ser utilizada**.

Elaboração:

Jéssica Barreto R. dos Santos - CCATES/UFMG
Michael Ruberson Ribeiro da Silva - CCATES/UFMG
Neilo Gomes Ribeiro Junior - CCATES/UFMG

Revisão Técnica:

Augusto Afonso Guerra Júnior - CCATES/UFMG
Francisco de Assis Acunzio - CCATES/UFMG
Juliana Alves - CCATES/UFMG
Adriana Maria Kskshazi - Fac. Medicina - UFMG

As imagens utilizadas neste boletim estão sob licença Creative Commons e são meramente ilustrativas, portanto as pessoas retratadas não possuem artrite reumatóide.

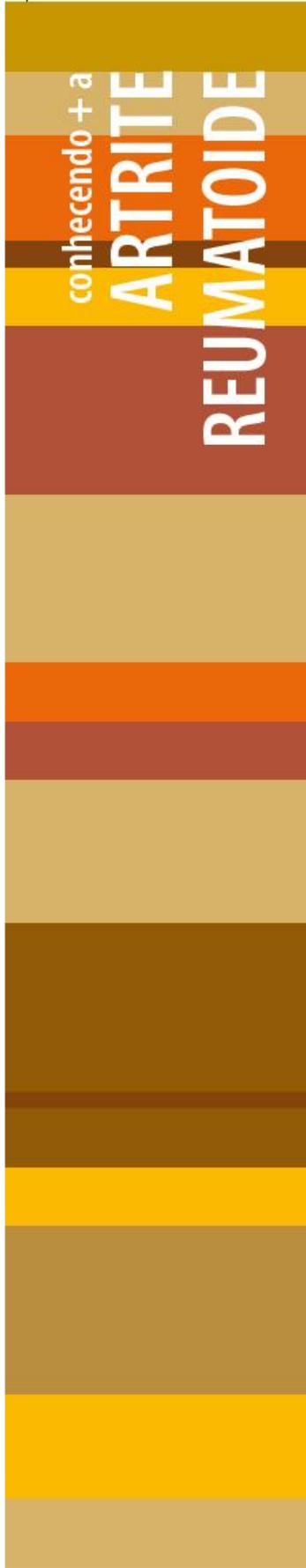
DGITS - Ministério da Saúde

CATES

CENTRO COLABORADOR DO SUS
AVANÇADA EM TECNOLOGIAS
& EXCELÊNCIA EM SAÚDE

Av. Presidente Antônio Carlos 6627
Faculdade de Farmácia UFMG
Dep. de Farmácia Social
Campus Pampulha 31270 901
Belo Horizonte MG
tel 31 34096394
www.cates.org.br

Anexo B: Folder para pacientes e cuidadores



MEDICAMENTOS FORNECIDOS PELO SUS

Anti-inflamatórios não esteroidais (AINE)

- Ibuprofeno
- Naproxeno

Glicocorticoides

- Metilprednisolona (acetato)
- Metilprednisolona (succinato)
- Prednisona
- Prednisolona

Medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos

- Metotrexato
- Sulfassalazina
- Leflunomida
- Hidroxicloroquina
- Cloroquina

Medicamentos modificadores do curso da doença biológicos

- Adalimumabe
- Certolizumabe pegol
- Etanercepte
- Infliximabe
- Golimumabe
- Abatacepte
- Rituximabe
- Tocilizumabe

Observação: o Tofacitinibe, um novo medicamento oral aprovado para o tratamento da artrite reumatoide no SUS, começará a ser fornecido para a população no segundo semestre de 2017.

+ informações

<http://artriterreumatoides.blog.br/>

Blog dinâmico e com muitas informações sobre a Artrite Reumatóide. A missão do blog é compartilhar experiências, divulgar informações e lutar pela melhoria da qualidade de vida do doente reumático no Brasil. A ênfase principal do blog é a troca de informações sobre como viver além da AR. O blog foi criado por uma paciente, e hoje é mantido com outros colaboradores. O Blog AR representa uma grande rede virtual de auto-ajuda.

Produção

DGITS - Ministério da Saúde



CENTRO COLABORADOR DO SUS
AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS
& EXCELENCIA EM SAÚDE



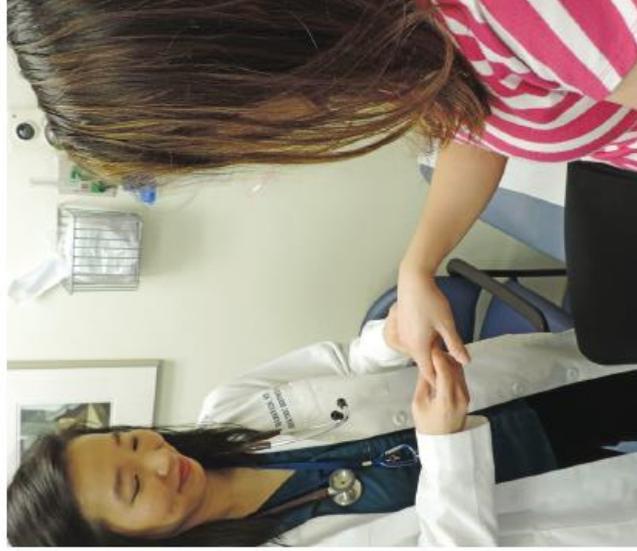
UFMG

Av. Presidente Antônio Carlos 6627
Faculdade de Farmácia UFMG
Dep. de Farmácia Social
Campus Pampulha 31270-901
Belo Horizonte MG
Tel. 31-34086394
www.cates.org.br

Batistação - Jéssica Baretto R. dos Santos - CCATES/UFMG • Michael Ruberson Ribeiro da Silva - CCATES/UFMG • Nello Gomes Ribeiro Junior - CCATES/UFMG

Berilo Tezica - Augusto Afonso Guerra Junior - CCATES/UFMG • Francisco de Assis Acácio - CCATES/UFMG • Juliana Alvaes - CCATES/UFMG • Adriana Maria Kalkhauf - Fac. Medicina - UFMG

As imagens utilizadas neste folheto estão sob licença Creative Commons e são meramente ilustrativas, portanto as pessoas retratadas não possuem artrite reumatóide.



NESTE FOLHETO VOCÊ ENCONTRARÁ:

O que é a artrite reumatóide
Quem tem artrite reumatóide
Sintomas da artrite reumatóide
Tratamento
Medicamentos SUS

INFORMAÇÕES PARA:
PACIENTES,
FAMILIARES,
AMIGOS
E CUIDADORES.



Os exercícios moderados, de aeróbica ou resistência, ajudam a reduzir o inchaço das articulações, aliviam as dores e limitam a fadiga.



A ARTRITE REUMATOIDE (AR)

A artrite reumatoide é uma doença crônica e progressiva, caracterizada pela inflamação das articulações.

Por que isso acontece?

A artrite reumatoide é uma doença autoimune. Isto significa que as células do sistema imunológico, que defendem o corpo contra bactérias e vírus, começam a atacar as articulações. Com isso, as articulações ficam doloridas e inchadas. Se a doença não for controlada, a cartilagem e osso podem ser destruídos, causando deformidade e dificuldade para realização das atividades diárias. Fatores genéticos, além de fatores ambientais tais como tabagismo e agentes infecciosos, podem estar relacionados com o desenvolvimento da doença.

Quem tem artrite reumatoide?

É estimado que entre 0,3 a 1% das pessoas apresentem a doença em todo o mundo. O sexo feminino é o mais acometido pela doença, cerca de duas a três vezes em relação ao sexo masculino. Além disso, o risco de apresentar a doença aumenta com a idade e o maior pico é entre os 30 e 50 anos. Se não forem tratadas, 20 a 30% das pessoas com AR ficam permanentemente incapazes de realizar suas atividades após três anos do diagnóstico.

SINTOMAS

A maioria dos pacientes apresenta um curso clínico variável, com períodos de melhora e outros de crise dos sintomas articulares. Os sintomas são o acometimento simétrico das pequenas e das grandes articulações e ocorre principalmente nas mãos e nos pés. A doença acarreta rigidez matinal, dor e inchaço das articulações, cansaço, perda de movimento e deformidade.

TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATOIDE

O tratamento da artrite reumatoide consiste na educação do paciente e de sua família, terapia medicamentosa, fisioterapia, apoio psicossocial, atividade física, terapia ocupacional e abordagens cirúrgicas.

As terapias medicamentosas incluem o uso de anti-inflamatórios não esteroides, corticoides, medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) e imunossupressores. Corticoides e anti-inflamatórios não esteroides podem ser prescritos para controle sintomático pela menor dose e pelo menor tempo possível. Os MMCD são caracterizados pela sua capacidade de reduzir sinais e sintomas, incapacidade funcional, comprometimento da qualidade de vida, incapacidade para o trabalho e progressão das lesões articulares. Os imunossupressores são utilizados para o tratamento de pacientes que possuem manifestações extra-articulares da doença.



Hábitos alimentares saudáveis, constituídos por uma dieta rica em antioxidantes e constituintes anti-inflamatórios, contribuem para a qualidade de vida da pessoa com AR.

Como aplicar os medicamentos injetáveis?

Os medicamentos injetáveis subcutâneos podem ser aplicados pelo próprio paciente, após orientação de um profissional de saúde. Caso o paciente não queira aplicar o medicamento, ele pode procurar o posto de saúde mais próximo da sua residência. Os medicamentos intravenosos são aplicados em clínicas especializadas.

Conservação dos medicamentos

Os medicamentos de uso oral devem ser conservados em temperatura ambiente (15 a 30°C). O metotrexato injetável deve ser conservado em temperatura ambiente (abaixo de 25°C) e protegido da luz. Os medicamentos biológicos (adalimumabe, etanercepte, infliximabe, golimumabe, certolizumabe, abatacepte, tocilizumabe e rituximabe) devem ser mantidos em sua embalagem original e armazenados entre 2 e 8°C (na geladeira). Não devem ser congelados.

Gravidez

Os sintomas da artrite reumatoide podem apresentar melhora espontânea durante o período gestacional. Recomenda-se que a gestação em pacientes com artrite reumatoide seja programada, pois é muito importante avaliar o estado da doença e os medicamentos utilizados. Quando a doença está melhor controlada durante toda a gestação, menor é o risco do bebê nascer com baixo peso e da mãe apresentar um parto prematuro. A hidroxiquinona e a sulfasalazina podem ser utilizadas com maior segurança durante os períodos de gestação e de aleitamento materno. O uso dos outros medicamentos deve ser discutidos com o reumatologista.

Cada paciente é único e requer uma abordagem médica personalizada para o seu caso, para a sua artrite e para a sua vida.

Anexo C: Formulário para coleta de dados da visitação

| COLETA DE DADOS DA VISITAÇÃO | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|---------------|---------|-------------|-------|-------------|---|---|---|---|---|
| Visita: () 1ª () 2ª () 3ª | Data: _____ | | | | | | | | | | |
| CARACTERÍSTICAS DOS MÉDICOS | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Nome do médico: _____ - Sexo: () F () M - Idade: _____ - Tempo de trabalho na geriatria (anos): _____ | | | | | | | | | | | |
| VIABILIDADE DA VISITA | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Marque qual o nível de facilidade para marcar as visitas: | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">Muito difícil</th> <th style="padding: 5px;">Difícil</th> <th style="padding: 5px;">Neutro</th> <th style="padding: 5px;">Fácil</th> <th style="padding: 5px;">Muito fácil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">2</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">3</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">5</td> </tr> </tbody> </table> | | Muito difícil | Difícil | Neutro | Fácil | Muito fácil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muito difícil | Difícil | Neutro | Fácil | Muito fácil | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Conseguiu marcar em qual tentativa: () 1ª () 2ª () 3ª () 4ª () 5ª - Tempo na sala de espera (contar a partir do horário agendado): _____ - Tempo durante a visita: _____ - Dúvidas dos médicos (anotar todas que conseguir): _____ | | | | | | | | | | | |

- Impressões sobre a recepção dos médicos:

- Receptividade:

| | | | | |
|----------------|-----------------|--------|-----------|-----------------|
| Nada receptivo | Pouco receptivo | Neutro | Receptivo | Muito receptivo |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- Interesse:

| | | | | |
|------------------|-------------------|--------|-------------|-------------------|
| Nada interessado | Pouco interessado | Neutro | Interessado | Muito interessado |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- Foi possível passar toda a informação planejada? () Sim () Não
Se não, por qual motivo?

- Dinheiro gasto para a realização da visita

- Transporte:
- Alimentação:

Observações:

Anexo D: Caso clínico e condutas



Paciente, 40 anos, sexo feminino, parda e casada. Em 2013, apresentou dor e edema nos tornozelos com melhora após uso de naproxeno 500 mg, duas vezes ao dia. Após oito meses, paciente relatou dores e inchaço nos joelhos, tornozelos e mãos, que não diminuíram com o uso de anti-inflamatórios. Paciente procura a Unidade Básica de Saúde e é encaminhada à consulta especializada com o reumatologista. Após avaliação clínica, médico pede exames complementares. Paciente apresentou 10 articulações dolorosas (joelhos, punhos, 2ª e 3ª metacarpofalangeanas e 2ª interfalangeanas proximais nas duas mãos) e oito articulações edemaciadas (joelhos, punhos, 2ª e 3ª metacarpofalangeanas nas duas mãos). Além disso, a paciente apresentava rigidez matinal durante 60 minutos, proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação acima dos valores de referência, fator reumatoide positivo e raio X de mãos com as articulações preservadas. Logo, foi diagnosticada com artrite reumatoide pelo critério ACR 1987 (cinco critérios preenchidos). Iniciou o tratamento com metotrexato 15 mg/semana, prednisona 10 mg/dia e naproxeno 500 mg, duas vezes ao dia, entretanto paciente apresentou muita dor de cabeça, tonteira e náuseas. O médico trocou o metotrexato para a leflunomida 20 mg/dia, mas não houve melhora do quadro clínico:

- Sete articulações dolorosas (Joelhos, punhos, 2ª metacarpofalangeana das duas mãos, 4ª Interfalangeana da mão esquerda);
- Quatro articulações Inchadas (punhos, Joelhos);
- Proteína C reativa de 6 mg/dL;
- Avaliação da atividade da doença pelo médico foi de 4,3;
- Avaliação da atividade da doença pelo paciente foi de 6,5

Logo, a paciente permaneceu em atividade da doença alta (SDAI = 27,8), após seis meses de tratamento. Paciente apresenta rigidez matinal acima de 60 minutos, fadiga e dores moderadas a intensas, com comprometimento funcional (HAQ = 1,5). Nesse cenário, o reumatologista decide re-alizar a troca do medicamento. Considerar que a paciente não apresenta nenhuma contraindicação aos medicamentos disponibilizados pelo SUS.

APÓS LEITURA DO CASO CLÍNICO, AVALIE AS AFIRMATIVAS NO VERSO.



A) Considerando a linha de cuidado do PCDT da Artrite Reumatoide e a melhor conduta clínica, o medicamento a ser prescrito seria a terapia triplíce com metotrexato, sulfasalazina e hidroxicloroquina.

Concordo Plenamente Concordo Parcialmente Discordo Plenamente

B) Considerando a linha de cuidado do PCDT da Artrite Reumatoide e a melhor conduta clínica, o medicamento a ser prescrito seria um biológico não anti-TNF

Concordo Plenamente Concordo Parcialmente Discordo Plenamente

C) Considerando a necessidade de troca de medicamentos pelo SUS para o tratamento da artrite reumatoide, é necessário realizar um novo processo administrativo, incluindo: pelo menos um ICAD, critérios de inclusão (ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010), formulário HAQ preenchido e relatório médico (histórico completo do paciente, medicamentos utilizados e tempo de uso).

Concordo Plenamente Concordo Parcialmente Discordo Plenamente

D) Considerando a linha de cuidado do PCDT da Artrite Reumatoide e a melhor conduta clínica, o medicamento a ser prescrito seria um biológico anti-TNF.

Concordo Plenamente Concordo Parcialmente Discordo Plenamente

E) Considerando a necessidade de troca de medicamentos pelo SUS para o tratamento da artrite reumatoide, se o medicamento indicado for um biológico é necessário realizar screening para verificar a presença de tuberculose.

Concordo Plenamente Concordo Parcialmente Discordo Plenamente

Comentários Adicionais:

Anexo E: Formulário de pesquisa de satisfação

|  CENTRO COLABORADOR DO SUS AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS & EXCELÊNCIA EM SAÚDE | | Estudo de viabilidade de técnicas de visita médica para detalhamento acadêmico de prescritores sobre medicamentos disponibilizados no SUS: Artrite Reumatoide | | | | | |
|---|---|--|--|----------------------------|----------------------------|---------------|--------------------|
| Dados gerais | | | | | | | |
| Médico | | | | | | | |
| Telefone | | | | | | | |
| E-mail | | | | | | | |
| Visitado por | | | | | | | |
| Tentativa | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| Data | | | | | | | |
| Horário | | | | | | | |
| Duração da entrevista | | | | | | | |
| Entrevistador | | | | | | | |
| Entrevista telefônica | | | | | | | |
| O Sr (a) está sendo convidado a participar da pesquisa de satisfação sobre o detalhamento acadêmico realizado pelo Facilitador (a) da UFMG () sobre a Esclerose Múltipla. Esta pesquisa é coordenada pelo Centro Colaborador do SUS da UFMG. | | | | | | | |
| <i>Em uma escala de 1 a 5, onde 1 é muito insatisfeito e 5 muito satisfeito, qual o grau de satisfação geral com as visitas recebidas?</i> | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Neutro (nem insatisfeito nem satisfeito) | Satisfeito | Muito satisfeito | Não se aplica | Não soube informar |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| <i>Nos itens a seguir responda em uma escala de 1 a 5, onde 1 você discorda completamente e 5 você concorda completamente:</i> | Discordo completamente | Discordo | Nem concorda nem discorda | Concorda | Concorda completamente | Não se aplica | Não soube informar |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| Satisfação com a visita | | | | | | | |
| 1. O conteúdo das visitas foi relevante | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 2. Minhas dúvidas sobre o assunto foram solucionadas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 3. O tempo de duração da visita não prejudicou o meu trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 4. A bibliografia utilizada no material é confiável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 5. O material distribuído vai ser útil para minha prática profissional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 6. As visitas contribuíram para melhorar o meu entendimento sobre a solicitação dos medicamentos no SUS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 7. As visitas aumentaram meu entendimento sobre quais pacientes são elegíveis para o tratamento da Esclerose Múltipla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 8. Compreendo a importância e pretendo informar o grau de escolaridade dos pacientes nas próximas solicitações | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| De uma maneira geral... | | | | | | | |
| A visita acrescentou algum conhecimento sobre as solicitações dos medicamentos para Artrite Reumatoide? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, poderia informar qual? | | | | | | |
| Houve algo que você não tenha gostado na visita? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, poderia informar o que? | | | | | | |
| Em qual intensidade o detalhamento acadêmico, feito pelas visitas, foi efetivo em aprofundar conhecimentos comparado à participação em eventos, como congressos? | <input type="checkbox"/> Muito mais efetivo <input type="checkbox"/> Mais efetivo <input type="checkbox"/> Igualmente efetivo <input type="checkbox"/> Menos Efetivo <input type="checkbox"/> Muito menos efetivo | | | | | | |
| Qual outro assunto da prática clínica relacionada a medicamentos você gostaria que fosse abordado em visitas futuras? | | | | | | | |
| Esta atividade poderia ser melhorada? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, poderia informar como? | | | | | | |

| | |
|---|---|
| O Boletim do paciente foi útil? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Você teria mais algum comentário que gostaria de fazer? | |
| Centro Colaborador do SUS em nome da UFMG agradece a sua participação nesta pesquisa e deseja um ótimo dia. | |

Anexo F: Quadro de medicamentos para artrite reumatoide – Pagina 1

| MEDICAMENTOS PARA ARTRITE REUMATOIDE FORNECIDOS PELO SUS - Página 1 | | | |
|---|--------------|--|--|
| MEDICAMENTO | VIA | FORMA FARMACEUTICA | ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO |
| Anti-inflamatórios não esteroidais | | | |
| Ibuprofeno | Oral | Comprimidos revestidos de 200, 300 e 600 mg; solução oral de 50 mg/ml. | Adultos: 600 a 2.700 mg/dia, 3 vezes ao dia Crianças (acima de seis meses): 15 a 30 mg/kg/dia, 3 vezes ao dia. |
| Naproxeno | Oral | Comprimidos de 250 mg ou de 500 mg. | Adultos: 500 a 1.000 mg/dia, 2 vezes ao dia Crianças (acima de 2 anos): 10 mg/kg/dia (dose máxima: 1.000 mg/dia), 2 vezes ao dia. |
| Glicocorticoides | | | |
| Metilprednisolona (acetato) | IA ou PA | Frasco de 40 mg/2 ml | Adultos: 40 a 80 mg, a cada 3 meses Crianças: 0,5 a 1,0 mg/kg/articulação |
| Metilprednisolona (succinato) | IV | Frascos de 40, 125, 500 ou 1.000 mg | 1.000 mg/dia (administrados durante pelo menos 2 horas), por 3 dias consecutivos (pulsoterapia) |
| Prednisona | Oral | Comprimidos de 5 ou 20 mg | Até 0,3 mg/kg/dia, 2 ou 3 vezes por dia. Reduzir gradativamente, conforme melhora sintomática. Doses elevadas (1 mg/kg/dia) para manifestações graves |
| Prednisolona | Oral | Solução oral de 1 e 3 mg/ml | Até 0,3 mg/kg/dia, 2 ou 3 vezes por dia. Reduzir gradativamente, conforme melhora sintomática. Doses elevadas (1 mg/kg/dia) para manifestações graves |
| Medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos | | | |
| Metotrexato | Oral, SC, IM | Comprimidos de 2,5 mg; frascos de 50 mg/2 ml | Adultos: iniciar com 10 a 15 mg/semana e aumentar 5 a 7,5 mg/mês até 25 mg/semana em três meses de uso. Crianças (a partir dos 2 anos): Iniciar com 5 mg/m ² /semana, podendo chegar a 15 mg/m ² /semana. |
| Sulfassalazina | Oral | Comprimidos de 500 mg | Adultos: iniciar com 500 mg/dia e, após uma semana, aumentar a dose até 2.000 a 3.000 mg/dia, 2 ou 3 vezes por dia. Crianças (a partir dos 6 anos): Iniciar com 10 mg/kg/dia e chegar a 30 a 50 mg/kg/dia (dose máxima 2.000 mg/dia), 2 vezes ao dia. |
| Leflunomida | Oral | Comprimidos de 20 mg | 20 mg/dia ou em dias alternados |
| Hidroxicloroquina | Oral | Comprimidos de 400 mg | 6 mg/kg/dia, até no máximo 400 mg/dia |
| Cloroquina | Oral | Comprimidos ou cápsulas de 150 mg | 4 mg/kg/dia, até no máximo 250 mg/dia |
| Medicamentos modificadores do curso da doença biológicos | | | |
| Adalimumabe | SC | Seringas preenchidas de 40 mg | Adultos: 40 mg duas vezes/mês. Crianças (a partir dos 4 anos, com peso entre 15 e 30 kg): 20 mg duas vezes/mês Crianças (a partir dos 4 anos, com peso acima de 30 kg): 40 mg duas vezes/mês. |
| Certolizumabe | SC | Seringas preenchidas de 200 mg | Início: 400 mg nas semanas 0, 2 e 4 Manutenção: 200 mg duas vezes/mês ou 400 mg a cada mês |
| Etanercepte | SC | Frascos-ampola de 25 e 50 mg; seringas preenchidas de 50 mg | Adultos: 50 mg a cada semana. Crianças (a partir dos 2 anos, com peso ≤ 63 kg): 0,8 mg/kg a cada semana até a dose máxima de 50 mg a cada semana Crianças (a partir dos 2 anos, com peso > 63 kg): 50 mg a cada semana. |
| Infliximabe | IV | Frascos-ampola de 100 mg/10ml | Adultos e crianças a partir dos 6 anos: 3 mg/kg/dose nas semanas 0, 2, 6 e a cada dois meses. |

Anexo G: Quadro de medicamentos para artrite reumatoide – Pagina 2

| MEDICAMENTOS PARA ARTRITE REUMATOIDE FORNECIDOS PELO SUS - Página 2 | | | |
|---|------|--|--|
| MEDICAMENTO | VIA | FORMA FARMACEUTICA | ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO |
| Medicamentos modificadores do curso da doença biológicos | | | |
| Golimumabe | SC | Seringas preenchidas de 50 mg | 50 mg, uma vez/mês |
| Abatacepte | IV | Frascos-ampola de 250 mg | Adultos: < 60 kg: 500 mg 60 a 100 kg: 750 mg > 100 kg: 1.000 mg Nas semanas 0, 2, 4 e a cada mês Crianças, a partir dos 6 anos de idade: < 75 kg: 10 mg/kg 75 a 100 kg: 750 mg > 100 kg: 1.000 mg Nas semanas 0, 2, 4 e a cada mês. |
| Abatacepte | SC | Seringa preenchida de 125 mg | 125 mg a cada semana |
| Rituximabe | IV | Frascos-ampola de 500 mg | Início: 1.000 mg nos dias 0 e 14 Manutenção: 1.000 mg, nos dias 0 e 14, a cada 6 ou mais meses |
| Tocilizumabe | IV | Frascos-ampola de 80 mg | 8 mg/kg/dose (dose máxima de 800 mg) a cada mês. AIJ (< 30 kg): 12 mg/kg, 2 vezes por mês AIJ (≥ 30 kg): 8 mg/kg, 2 vezes por mês |
| Medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos alvo-específicos | | | |
| Tofacitinibe | Oral | Comprimidos 5 mg | 5 mg, 2 vezes ao dia <i>Medicamento incorporado pela Portaria nº - 8, DE 1º - de fevereiro de 2017. Fica incorporado o citrato de tofacitinibe para o tratamento de pacientes adultos com artrite reumatoide ativa moderada a grave, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e condicionado à negociação de preço, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.</i> |
| Imunossuppressores | | | |
| Ciclosporina | Oral | Cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg; solução oral de 100 mg/ml em frascos de 50 ml | Adultos e crianças: 2,5 mg/kg/dia, 2 vezes ao dia, e aumentar 0,5 a 0,75 mg/kg/dia a cada dois ou três meses até 4 mg/kg/dia. |
| Ciclofosfamida | IV | Frascos-ampola de 200 ou 1.000 mg | 600 mg/m ² em pulsoterapia mensal por 3 a 6 meses. |
| Azatioprina | Oral | Comprimidos de 50 mg | Adultos e crianças: 1 mg/kg/dia, 1 ou 2 vezes ao dia, e aumentar 0,5 mg/kg/dia a cada mês até 2,5 mg/kg/dia. |
| IA: intra-articular; PA: periarticular; IV: intravenoso; SC: subcutâneo; mg: miligrama; ml: mililitro; kg: quilo; AIJ: artrite idiopática juvenil | | | |

Anexo H: Ementa do treinamento para facilitadores

Público alvo:

Facilitadores novos ou experientes que desejam aprender sobre visitas médicas em um determinado campo de conhecimento; profissionais de saúde pública e gestores que atuam na área; pessoas interessadas em aprender mais sobre a técnica de detalhamento acadêmico.

Objetivo geral:

Capacitar recursos humanos na técnica de detalhamento acadêmico em determinada área de conhecimento

Objetivos específicos:

- Conhecer o contexto no qual o detalhamento acadêmico se insere na prática médica e sua interface com a saúde pública;
- Ser capaz de interpretar evidências científicas e argumentar sobre o tema abordado;
- Compreender a dinâmica das visitas de detalhamento acadêmico e;
- Ser capaz de realizar visitas eficazes.

Programação:

| Turno | Dia 1 | Dia 2 |
|--------------|---|--|
| Manhã | Teoria e princípios do detalhamento acadêmico <i>O projeto DA/ como criamos a diretriz</i> <i>Intervalo</i> Medicina baseada em evidências e protocolos clínicos <i>Prática 1</i> | Técnicas de visita, roteiro para cada uma das visitas <i>Intervalo</i> <i>Prática 3</i> Simulação em duplas |
| Tarde | Aspectos do fenômeno a ser abordado nas visitas <i>Intervalo</i> Mensagens chave de cada visita e material de apoio <i>Prática 2</i> | Simulação gravada Discussão e feedback |
| | <i>Estudo do material para o dia 2</i> | |

Dinâmica do treinamento:

Inclui palestras expositivas, uso de material audiovisual, exercícios em grupo e individuais e simulação

Material didático:

- Diretriz de Detalhamento Acadêmico
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e das Sociedades Médicas nacionais e internacionais (Mínimo Europeia e Estadunidense)
- Boletins para prescritores
- Boletins para pacientes
- Casos clínicos
- Artigo científico

Práticas:

- **Prática 1:**

Objetivo: Compreender o que é medicina baseada em evidências e para que servem os protocolos clínicos

Execução: Reflexão em dupla sobre os termos, vídeo TED talk e leitura de artigo

- **Prática 2:**

Objetivo: Compreender e internalizar as mensagens chave discutidas

Execução: Resolução de casos clínicos em dupla e teste individual

- **Prática 3:**

Objetivo: Reforçar o conteúdo dos boletins e preparar para a simulação

Execução: Revisão do material e teste

- **Simulação:**

Objetivo: Treinar a comunicação efetiva das mensagens chave dos boletins 1, 2 e 3.

Execução: As duplas realizarão simulações entre si e em seguida serão escolhidas três pessoas para simularem as visitas 1, 2 e 3 com um médico prescritor especialista na área. (avaliador) após cada visita o grupo irá discutir os pontos de melhoria e avaliar se as mensagens chave foram abordadas de maneira adequada. As abordagens serão filmadas e entregues para os facilitadores, bem como um feedback da equipe organizadora.

Anexo I: E-mail de feedback enviado aos prescritores



A diretriz de detalhamento acadêmico prevê a existência de estudos de caso, com objetivo de transmitir cenários clínicos reais e/ou complexos ao prescritor que está recebendo a visita. Com isso, a equipe elaborou um caso clínico e distribuiu aos médicos, de forma que eles respondessem as questões de acordo com seu conhecimento prévio do assunto.

O caso clínico abaixo foi avaliado por alguns dos médicos visitados e, neste documento, mostramos um panorama geral das respostas e comentamos cada questão, de forma a indicar as condutas conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide.

Paciente, 40 anos, sexo feminino, parda e casada. Em 2013, apresentou dor e edema nos tornozelos com melhora após uso de naproxeno 500 mg, duas vezes ao dia. Após oito meses, paciente relatou dores e inchaço nos joelhos, tornozelos e mãos, que não diminuíram com o uso de anti-inflamatórios. Paciente procura a Unidade Básica de Saúde e é encaminhada à consulta especializada com o reumatologista. Após avaliação clínica, médico pede exames complementares. Paciente apresentou 10 articulações dolorosas (joelhos, punhos, 2ª e 3ª metacarpofalangeanas e 2ª interfalangeanas proximais nas duas mãos) e oito articulações edemaciadas (joelhos, punhos, 2ª e 3ª metacarpofalangeanas nas duas mãos).

Além disso, a paciente apresentava rigidez matinal durante 60 minutos, proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação acima dos valores de referência, fator reumatoide positivo e raio X de mãos com as articulações preservadas. Logo, foi diagnosticada com artrite reumatoide pelo critério ACR 1987 (cinco critérios preenchidos). Iniciou o tratamento com metotrexato 15 mg/semana, prednisona 10 mg/dia e naproxeno 500 mg, duas vezes ao dia, entretanto paciente apresentou muita dor de cabeça, tonteira e náuseas.

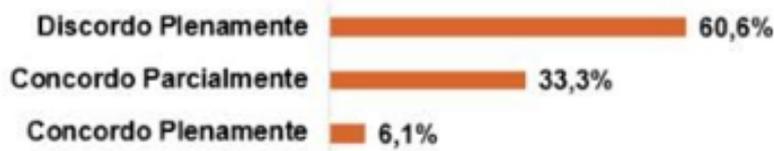
O médico trocou o metotrexato para a leflunomida 20 mg/dia, mas não houve melhora do quadro clínico:

- Sete articulações dolorosas (joelhos, punhos, 2ª metacarpofalangeanas das duas mãos, 4ª interfalangeana da mão esquerda);
- Quatro articulações inchadas (punhos, joelhos);
- Proteína C reativa de 6 mg/dL;
- Avaliação da atividade da doença pelo médico foi de 4,3;
- Avaliação da atividade da doença pelo paciente foi de 6,5
-

Logo, a paciente permaneceu em atividade da doença alta (SDAI=27,8), após seis meses de tratamento. Paciente apresenta rigidez matinal acima de 60 minutos, fadiga e dores moderadas a intensas, com comprometimento funcional (HAQ = 1,5). Nesse cenário, o reumatologista decide realizar a troca do medicamento. Considerar que a paciente não apresenta nenhuma contraindicação aos medicamentos disponibilizados pelo SUS.

APÓS LEITURA DO CASO CLÍNICO, AS AFIRMATIVAS ABAIXO FORAM AVALIADAS, COM TRÊS OPÇÕES DE RESPOSTA: DISCORDO PLENAMENTE, CONCORDO PARCIALMENTE OU CONCORDO PLENAMENTE.

A) Considerando a linha de cuidado do PCDT da Artrite Reumatoide e a melhor conduta clínica, o medicamento a ser prescrito seria a terapia tripla com metotrexato, sulfassalazina e hidroxicloroquina.



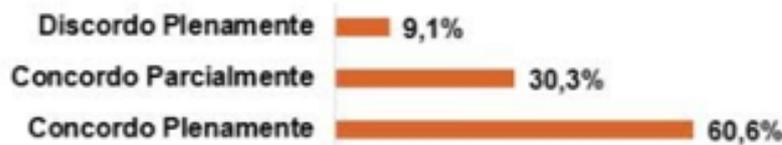
De acordo com o PCDT, e considerando a linha de cuidado estabelecida por este, a conduta ideal seria a alteração da terapia medicamentosa com a prescrição de um anti-TNF (certolizumabe pegol, golimumabe, infliximabe, etanercepte ou adalimumabe), uma vez que o paciente utilizou o metotrexato e a leflunomida e permaneceu em atividade alta da doença após seis meses de tratamento. A escolha entre os anti-TNF no momento da prescrição deve ser realizada considerando os diferentes perfis de toxicidade, eventos adversos ou contraindicações. Os anti-TNF devem ser utilizados em associação a um MMCD sintético (metotrexato, sulfassalazina ou leflunomida). Apenas para os casos de contraindicação absoluta aos MMCD sintéticos recomenda-se a monoterapia com MMCD biológico. É importante ressaltar que neste caso não existe conduta clínica certa ou errada, apenas a adequação desta frente ao estabelecido no protocolo atual para recebimento dos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

B) Considerando a linha de cuidado do PCDT da Artrite Reumatoide e a melhor conduta clínica, o medicamento a ser prescrito seria um biológico não anti-TNF.



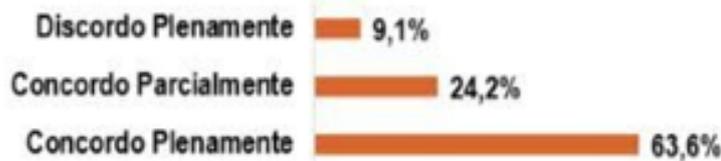
De acordo com o PCDT, e considerando a linha de cuidado estabelecida por este, a conduta ideal seria a alteração da terapia medicamentosa com a prescrição de um anti-TNF (certolizumabe pegol, golimumabe, infliximabe, etanercepte ou adalimumabe), uma vez que o paciente utilizou o metotrexato e a leflunomida e permaneceu em atividade alta da doença após seis meses de tratamento. A escolha entre os anti-TNF no momento da prescrição deve ser realizada considerando os diferentes perfis de toxicidade, eventos adversos ou contraindicações. Apenas para os casos de contraindicação absoluta a todos os anti-TNF, recomenda-se a utilização de abatacepte ou tocilizumabe. O uso do rituximabe como primeiro MMCD biológico deve ser reservado somente aos indivíduos com contraindicação absoluta a todos os anti-TNF e, também, ao abatacepte e tocilizumabe. É importante ressaltar que neste caso não existe conduta clínica certa ou errada, apenas a adequação desta frente ao estabelecido no protocolo atual para recebimento dos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

C) Considerando a necessidade de troca de medicamentos pelo SUS para o tratamento da artrite reumatoide, é necessário realizar um novo processo administrativo, incluindo: pelo menos um ICAD, critérios de inclusão (ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010), formulário HAQ preenchido e relatório médico (histórico completo do paciente, medicamentos utilizados e tempo de uso).



Em caso de troca do medicamento pelo SUS é necessário incluir toda a documentação para solicitação do novo medicamento, incluindo pelo menos um ICAD, critérios de inclusão (ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010), formulário HAQ preenchido e relatório médico. A documentação necessária está disponibilizada no site da Secretaria de Saúde de Minas Gerais: <http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/fornecimento-de-medicamentos>.

D) Considerando a linha de cuidado do PCDT da Artrite Reumatoide e a melhor conduta clínica, o medicamento a ser prescrito seria um biológico anti-TNF.



De acordo com o PCDT, e considerando a linha de cuidado estabelecida por este, a conduta ideal seria a alteração da terapia medicamentosa com a prescrição de um anti-TNF (certolizumabe, pegol, golimumabe, infliximabe, etanercepte ou adalimumabe), uma vez que o paciente utilizou o metotrexato e a leflunomida e permaneceu em atividade alta da doença após seis meses de tratamento. A escolha entre os anti-TNF no momento da prescrição deve ser realizada considerando os diferentes perfis de toxicidade de eventos adversos ou contra-indicações. É importante ressaltar que neste caso não existe conduta clínica certa ou errada, apenas a adequação desta frente ao estabelecido no protocolo atual para recebimento dos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

E) Considerando a necessidade de troca de medicamentos pelo SUS para o tratamento da artrite reumatoide, se o medicamento indicado for um biológico é necessário realizar screening para verificar a presença de tuberculose.



A tuberculose é uma contra-indicação ao uso dos MMCD biológicos. Logo, deve ser realizada avaliação de tuberculose latente ou ativa antes do início do tratamento (anamnese, exame físico, radiografia de tórax e teste tuberculínico). Caso necessário, o tratamento adequado da tuberculose deve ser realizado por no mínimo um mês antes do início do uso do MMCD biológico.

Anexo J: Aprovação do comitê de ética

Saúde
Ministério da Saúde

 **Plataforma Brasil**

[Esqueceu a senha?](#) [Cadastre-se](#) v3.2

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: Estudo de viabilidade de técnicas de visitação médica para detalhamento acadêmico de prescritores sobre medicamentos disponibilizados no SUS
 Pesquisador Responsável: Juliana Alvares
 Contato Público: Juliana Alvares
 Condições de saúde ou problemas estudados:
 Descritores CID - Gerais:
 Descritores CID - Específicos:
 Descritores CID - da Intervenção:
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 27/05/2013

Projeto Aprovado Anterior

COORDENADOR

Plataforma Brasil

- DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 Cidade: BELO HORIZONTE

- DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5149 - Universidade Federal de Minas Gerais
 Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Telefone: (31)3409-4592
 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

- CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

- CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA



Departamento de Informática do SUS

Este sistema foi desenvolvido para o navegador Mozilla Firefox.
(versão 9 ou superior)

Conselho Nacional de Saúde



Ministério da Saúde

Anexo K: Artigo submetido**AVALIAÇÃO DE VIABILIDADE DE UM PROGRAMA DE DETALHAMENTO
ACADÊMICO PARA ARTRITE REUMATOIDE EM BELO HORIZONTE, MINAS
GERAIS, BRASIL****Resumo**

Introdução: O detalhamento acadêmico é uma estratégia para fornecer informações com a intenção de mudar o comportamento de prescrição dos profissionais de saúde. O Componente Especializado do Serviço Farmacêutico (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde (SUS), cujas linhas de cuidado são definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados. Para acessar o CEAF, o médico deve seguir alguns requisitos e os PCDTs. Entregamos um programa de detalhamento acadêmico aos médicos e apresentamos informações importantes sobre o PCDT da artrite reumatoide (AR) e o processo de solicitação de medicamentos da CEAF. Este projeto tem como objetivo avaliar a viabilidade de um programa de detalhamento acadêmico sobre o PCDT da AR e o processo de solicitação de medicamentos do CEAF no SUS.

Métodos: 43 especialistas e clínicos gerais foram visitados por pesquisadores acadêmicos sobre o PCDT da RA. Após as visitas, um pesquisador contata essas pessoas para avaliar sua satisfação com o programa. A análise de custos foi realizada considerando as despesas com pessoal e materiais.

Resultados: Dos 43 médicos que foram visitados, 28 responderam ao nosso telefonema. 68 por cento disseram que estavam muito satisfeitos com a visita. 50% mostraram que o conteúdo da visita era relevante para a prática, 64,3% disseram que a duração da visita não afetou o trabalho, 60,7% disseram que o material seria útil para a prática profissional. 57,1 por cento dos entrevistados afirmaram que as visitas acrescentaram conhecimento. Um total de R \$ 14.185,00 (US \$ 3.666,80) foi gasto no programa. Os prescritores visitados representam um grande número de diferimentos para as aplicações de medicamentos da CEAF. Portanto, o montante total gasto na implementação deste programa e seu potencial para melhorar o acesso a esses medicamentos pode ter um impacto positivo no direcionamento dos gastos públicos, evitando o processo judicial, representando uma estratégia efetiva de disseminação do PCDT.

Palavras-chave: Detalhamento acadêmico. Artrite reumatoide. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Abstract

Purpose: Academic detailing is a strategy to provide information with the intent of changing health professionals' prescribing behavior. The Specialized Component of Pharmaceutical Service (CEAF) is a strategy to access high cost medicines in the National Health System of Brazil (SUS), whose lines of care are defined in published Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines (PCDT). To access the CEAF, the physician has to follow some requirements and the PCDTs. We delivered an academic detailing program to physicians and present key information regarding the PCDT of Rheumatoid Arthritis (RA) and the CEAF medicines request process. This project aims to evaluate the feasibility of an academic detailing program about the PCDT of RA and the CEAF medicines request process in SUS.

Methods: 43 specialists and general practitioners were visited by academic researchers about the PCDT of RA. After the visits, a researcher contacts those to evaluate their satisfaction with the program. A cost analysis was carried out, considering expenses with staff and materials.

Results: From 43 physicians that were visited, 28 answered to our phone call. 68 percent told that they were very satisfied with the visit. 50 percent told that the content of the visit was relevant to their practice, 64.3 percent told that the duration of the visit did not affect their work, 60.7 percent told that the distributed material were going to be useful for their professional practice. 57.1 percent of those affirmed that the visits added knowledge. A total of BRL14.185,00 (USD3.666,80) was spent in the program. The prescribers visited represent a large number of deferrals for CEAF drug applications. Therefore, the total amount spent on the implementation of this program and its potential for improving access to these drugs can have a positive impact on the targeting of public expenditures avoiding the judicial process, representing an effective strategy PCDT dissemination.

Keywords: Academic detailing. Rheumatoid arthritis. Clinical protocols and therapeutic guidelines.

1. Introdução

O detalhamento acadêmico é uma metodologia de divulgação educacional direcionada a profissionais de saúde, com o objetivo de modificar sua prática clínica. Um profissional treinado realiza visitas para profissionais de saúde em seu próprio local de atuação, como consultórios, clínicas ou hospitais. Consiste de uma entrevista face-a-face, normalmente para médicos clínicos gerais, mas podendo ser dirigida também a prescritores especialistas, enfermeiros e farmacêuticos.¹

Para obter um hábito prescritivo de melhor qualidade, os prescritores necessitam de informações atualizadas, com fontes confiáveis, de acesso fácil e de simples compreensão. Tendo em vista que muitos destes profissionais possuem pouca disponibilidade de tempo para atividades de atualização, além de obstáculos de acesso a estas informações, os representantes das indústrias farmacêuticas se apresentam como uma alternativa conveniente.^{2,3}

A indústria farmacêutica chega a gastar até um terço de seu faturamento na promoção de seus produtos. Em 2004, o valor gasto foi de US\$ 57,5 bilhões nos EUA. Cerca de 68% deste valor é investido em visitas aos prescritores, sendo o restante aplicado em propagandas diretas ao consumidor, encontros profissionais e propaganda virtual.^{4,5,6}

Os representantes da indústria farmacêutica que realizam estas visitas são agentes bem treinados e fornecem informações detalhadas sobre seus produtos e trabalham com materiais de marketing específicos, com objetivo de estreitar o relacionamento com os prescritores. São conhecidos como “drug detailers”, e transmitem informações em relação aos produtos de forma resumida e interativa no próprio consultório médico, com o objetivo de aumentar a prescrição e as vendas.⁷

Como alternativa, para melhorar a decisão sobre a prescrição de medicamentos e minimizar gastos com erros decorrentes da má prescrição, a prática do detalhamento acadêmico foi iniciada na década de 1980, na Universidade de Harvard, nos EUA.⁸

No Brasil, em cooperação entre o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), a Organização Pan-americana da Saúde e o Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde (CCATES), desenvolveu-se uma diretriz para detalhamento acadêmico. Foi elaborado

a partir de extensa busca na literatura científica e na experiência de organizações internacionais que realizam o detalhamento acadêmico como o *National Prescribing Service*, organização australiana independente e sem fins lucrativos que desempenha esta atividade por mais de quinze anos, o *National Resource Center for Academic Detailing*, dos Estados Unidos e a *Canadian Academic Detailing Collaboration*, do Canadá. Além disso, foi realizado um projeto piloto na cidade de Belo Horizonte pelo Centro Colaborador do SUS (CCATES), que visitou médicos com o objetivo de divulgar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a Doença de Alzheimer.⁹

Alguns estudos evidenciaram a eficácia e custo-efetividade do detalhamento acadêmico, como a revisão sistemática com meta-análise²⁰ que incluiu 69 estudos envolvendo mais de 15.000 profissionais de saúde, que concluiu que visitas educacionais isoladas ou combinadas com outras intervenções têm consistentes efeitos sobre a prescrição e podem beneficiar centenas de pacientes. Em relação ao custo-efetividade, estudo randomizado americano¹⁰ que avaliou os efeitos econômicos de visita face a face para reduzir prescrição inadequada de medicamentos envolvendo 435 prescritores mostrou que as sessões educacionais reduziram as despesas com medicamentos prescritos inadequadamente em 13% e que o efeito foi estável ao longo de três trimestres.

O acesso aos medicamentos do CEF envolve procedimentos administrativos complexos, e existe uma dificuldade dos prescritores em seguir os critérios do PCDT, o que ocasiona uma grande prevalência de processos não deferidos, dificultando o acesso ao tratamento pelos pacientes, além de ocasionar gastos desnecessários ao SUS. Visto que a principal razão de não liberação dos medicamentos foi a falta de conhecimento do PCDT por parte dos prescritores, existe a necessidade de novas estratégias de disseminação de protocolos clínicos no SUS.¹¹

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a viabilidade de técnicas de visita médica para detalhamento acadêmico sobre medicamentos disponibilizados no SUS para artrite reumatoide, avaliar a satisfação dos profissionais visitados em relação a percepção quanto a aceitabilidade, relevância e qualidade do detalhamento acadêmico, além de avaliar a viabilidade econômica do programa de detalhamento acadêmico executado.

2. Métodos

A metodologia do estudo foi baseada na Diretriz Metodológica para Detalhamento Acadêmico que foi desenvolvida no âmbito do termo de cooperação entre o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, a Organização Pan-americana da Saúde e o Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde.

Esta diretriz apresenta uma visão geral sobre o serviço de Detalhamento Acadêmico. Visa garantir a qualidade dos serviços de Detalhamento Acadêmico prestados, por meio da apresentação de seus principais fundamentos, processos envolvidos, resultados esperados e de materiais e formulários necessários para a documentação e avaliação de desempenho das visitas.

A partir do banco de dados do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF), foram identificados 255 prescritores que solicitaram medicamentos para o tratamento da Artrite Reumatoide por meio do CEAF no estado de Minas Gerais até março de 2017. Foram então selecionados 50 prescritores, por conveniência, de acordo com disponibilidade para as visitas e sucesso no contato inicial.

Os prescritores incluídos eram reumatologistas e clínicos gerais. Foram excluídos prescritores que atendiam fora de Belo Horizonte, que não foram encontrados, de outras especialidades e/ou que não aceitaram receber a visita. Dentre os motivos para não aceitarem a visita, relataram não poder receber a visita por política do local de atendimento, por falta de disponibilidade de horário, por estar de férias durante o período das visitas, licença maternidade ou por outro motivo não detalhado.

Foram desenvolvidos boletins informativos, contendo informações relevantes e baseadas em evidências sobre artrite reumatoide e seu PCDT (Apêndice A), além de um folder para pacientes e cuidadores. Foram criados três volumes dos boletins, que visam ser atrativos, objetivos e simples. A criação destes materiais ficou a cargo de um designer contratado. Além dos boletins, foram disponibilizados aos prescritores visitados dois volumes do livro de PCDTs do Ministério da Saúde e um pen drive contendo material complementar.

Além disso, foi criado um folder contendo um caso clínico. A diretriz de detalhamento acadêmico prevê a existência de estudos de caso, com objetivo de transmitir cenários clínicos reais e/ou complexos ao prescritor que está recebendo a visita. Com isso, foi elaborado um caso clínico e distribuído aos médicos durante as visitas, de forma que eles respondessem as questões de acordo com seu conhecimento prévio do assunto. O caso clínico visa indicar um panorama geral das condutas conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. Após leitura do caso clínico, as afirmativas foram avaliadas, com três opções de resposta: discordo plenamente, concordo parcialmente ou concordo plenamente.

Os facilitadores deveriam possuir perfil comunicativo e com capacidade de argumentação sobre a doença e conhecimento dos processos do SUS. Buscando este perfil, os facilitadores foram selecionados a partir de um curso específico com as bases para formação de visitantes médicos.

O objetivo das visitas para detalhamento acadêmico foi disseminar os PCDTs desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para artrite reumatoide, no município de Belo Horizonte, em Minas Gerais. Buscou-se, com isso, diminuir a falta de conhecimento dos prescritores em relação a estas diretrizes, melhorando assim o acesso do paciente aos medicamentos e evitando que futuras solicitações sejam negadas.

O objetivo dos facilitadores era a realização de três visitas em semanas subsequentes. As visitas tiveram sua pauta baseada em cada um dos três boletins para artrite reumatoide. De acordo com a disponibilidade do prescritor, o facilitador poderia condensar o conteúdo de mais de um boletim em uma visita.

Após a realização das visitas pelos facilitadores, foi realizado um contato telefônico para uma pesquisa de satisfação. As perguntas estão padronizadas em um formulário (Apêndice B), e foram aplicadas por colaboradores do CCATES. O contato telefônico foi realizado após a última visita, por um facilitador diferente do que visitou o médico. Este método garante que o entrevistado não se sinta pressionado a avaliar positivamente a visita pela presença do facilitador. A pesquisa foi submetida em até sete dias corridos após a última visita efetuada para cada prescritor.

As perguntas foram respondidas em uma escala de 1 a 5, onde 1 é muito insatisfeito e 5 muito satisfeito, quanto ao grau de satisfação geral com as visitas recebidas, uma

escala de 1 a 5, onde 1 você discorda completamente e 5 você concorda completamente com sete afirmações relacionadas a visita. Além disso, foram apresentadas mais seis perguntas e um espaço para comentários adicionais.

Foi realizada uma análise dos custos, considerando os gastos com os itens de equipe técnica (especialistas, pesquisadores e estagiários), serviços terceirizados (designer gráfico, entre outros), visitantes, serviços gráficos (impressão de boletins, folders e cartões de visita) e aquisição de materiais (pen drive).

3. Resultados

Foram visitados 43 prescritores, com um total de 79 visitas. 67,4% dos médicos visitados eram do sexo feminino, com média de idade de 46,1 anos e com tempo médio de atuação na área de reumatologia de 19,5 anos.

Utilizando o formulário padronizado para coleta dos dados e percepções da visita, os facilitadores relataram que em 52% das vezes muito difícil a marcação das visitas e difícil em 32,9%. Foram necessárias em média 1,4 tentativa para marcação da visita. Relataram também um tempo médio na sala de espera de 36 minutos e 12,2 minutos de duração da visita com o médico.

Os facilitadores relataram que os médicos foram muito receptivos (31,5%) ou muito receptivos (52%) nas visitas e se demonstraram interessados (25,7%) ou muito interessados (51,3%) no conteúdo apresentado. Informaram que foi possível apresentar toda a informação planejada em 91,7% das visitas.

Foram realizados 28 contatos telefônicos e dados coletados utilizando o questionário padronizado na diretriz metodológica para detalhamento acadêmico. Dos médicos questionados, 70,4% relataram muito satisfeito com a visita, concordando com a relevância do conteúdo apresentado em 85,7% das vezes (concordo 35,7%; concordo completamente 50,0%).

Tabela 1: Respostas a entrevista telefônica quanto a satisfação da visita

| | | Total | % |
|--------------------------------|---------------------------|-------|---|
| Satisfação com a visita | <i>Muito insatisfeito</i> | - | - |
| | <i>Insatisfeito</i> | - | - |

| | | | |
|---|----------------------------------|----|------|
| | <i>Neutro</i> | 2 | 7,4 |
| | <i>Satisfeito</i> | 6 | 22,2 |
| | <i>Muito satisfeito</i> | 19 | 70,4 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |
| | <i>Não soube informar</i> | - | - |
| O conteúdo das visitas foi relevante | <i>Discordo completamente</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Discordo</i> | - | - |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Concorda</i> | 10 | 35,7 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 14 | 50,0 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |
| | <i>Não soube informar</i> | - | - |
| Minhas dúvidas sobre o assunto foram solucionadas | <i>Discordo completamente</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Discordo</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 8 | 28,6 |
| | <i>Concorda</i> | 8 | 28,6 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 9 | 32,1 |
| | <i>Não se aplica</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Não soube informar</i> | - | - |
| O tempo de duração da visita não prejudicou o meu trabalho | <i>Discordo completamente</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Discordo</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Concorda</i> | 4 | 14,3 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 18 | 64,3 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |
| | <i>Não soube informar</i> | - | - |
| A bibliografia utilizada no material é confiável | <i>Discordo completamente</i> | - | - |
| | <i>Discordo</i> | 2 | 7,1 |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | - | - |
| | <i>Concorda</i> | - | - |
| | <i>Concorda completamente</i> | 21 | 75,0 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |
| | <i>Não soube informar</i> | 4 | 14,3 |
| O material distribuído vai ser útil para minha prática profissional | <i>Discordo completamente</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Discordo</i> | - | - |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Concorda</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 17 | 60,7 |
| | <i>Não se aplica</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Não soube informar</i> | 1 | 3,6 |
| As visitas contribuíram para melhorar o meu entendimento sobre a solicitação dos medicamentos no SUS | <i>Discordo completamente</i> | 4 | 14,3 |
| | <i>Discordo</i> | 2 | 7,1 |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 3 | 10,7 |
| | <i>Concorda</i> | 6 | 21,4 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 12 | 42,9 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |
| | <i>Não soube informar</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Discordo completamente</i> | 6 | 21,4 |

| | | | |
|---|----------------------------------|----|------|
| As visitas aumentaram meu entendimento sobre quais pacientes são elegíveis para o tratamento da artrite reumatoide | <i>Discordo</i> | 1 | 3,6 |
| | <i>Nem concorda nem discorda</i> | 5 | 17,9 |
| | <i>Concorda</i> | 4 | 14,3 |
| | <i>Concorda completamente</i> | 11 | 39,3 |
| | <i>Não se aplica</i> | - | - |
| | <i>Não soube informar</i> | 1 | 3,6 |

57,1% dos médicos visitados entenderam que as visitas acrescentaram algum conhecimento sobre as solicitações dos medicamentos para artrite reumatoide e que não houve nada que não tenha gostado em aproximadamente 82%. Informaram também que acreditam que o detalhamento acadêmico seja igualmente efetivo em aprofundar conhecimentos comparado à participação em eventos, como congressos em aproximadamente 44% dos contatos.

Tabela 2: Percepção do médico quanto a visita

| | | Total | % |
|---|----------------------------|--------------|----------|
| A visita acrescentou algum conhecimento sobre as solicitações dos medicamentos para artrite reumatoide? | <i>Sim</i> | 16 | 57,1 |
| | <i>Não</i> | 12 | 42,9 |
| Houve algo que você não tenha gostado na visita? | <i>Sim</i> | 5 | 17,9 |
| | <i>Não</i> | 23 | 82,1 |
| Em qual intensidade o detalhamento acadêmico, feito pelas visitas, foi efetivo em aprofundar conhecimentos comparado à participação em eventos, como congressos? | <i>Muito mais efetivo</i> | 1 | 3,7 |
| | <i>Mais efetivo</i> | 3 | 11,1 |
| | <i>Igualmente efetivo</i> | 12 | 44,4 |
| | <i>Menos efetivo</i> | 5 | 18,5 |
| | <i>Muito menos efetivo</i> | 6 | 22,2 |
| Esta atividade poderia ser melhorada? | <i>Sim</i> | 15 | 55,6 |
| | <i>Não</i> | 12 | 44,4 |

Os custos do programa de detalhamento acadêmico estão apresentados na Tabela 3 e foram divididos em materiais de apoio (impressos e pen drive), remuneração pela assessoria no conteúdo dos boletins, um designer para diagramação do material, criação e execução do treinamento dos visitantes e a remuneração dos visitantes.

Tabela 3: Custos com o programa de detalhamento acadêmico*

| | Serviço | Custo |
|----------------------------|---|--------------------|
| Gráfica | <i>Lâmina Caso Clínico</i> | USD24,04 |
| | <i>Quadro medicamentos</i> | USD33,60 |
| | <i>Cartão de Visita</i> | USD62,04 |
| | <i>Boletins - 3 modelos</i> | USD180,17 |
| | <i>Folder para paciente</i> | USD305,03 |
| Material | <i>Pen drive</i> | USD102,11 |
| Visitadores | <i>Remuneração por visita realizada</i> | USD1.641,50 |
| Criação do material | <i>Conteúdo</i> | USD620,40 |
| | <i>Design</i> | USD387,75 |
| Treinamento | <i>Criação e execução</i> | USD310,20 |
| | Total | USD3.666,80 |

*1 USD = 3,8688 BRL

Para a criação do conteúdo dos boletins e demais materiais impressos, foram convidados acadêmicos do PPGMAF com experiência sobre o PCDT da artrite reumatoide. O custo total da assessoria foi de USD620,40. Um designer foi contratado para diagramação do conteúdo de forma que fosse visualmente atrativo e didático para a realização das visitas. O custo do serviço prestado foi de USD387,75.

O treinamento dos visitadores foi idealizado e executado por acadêmicos do PPGMAF com experiência prévia em execução de programas de detalhamento acadêmico e visita médica. O gasto total foi de USD310,20.

Foram adquiridos 40 pen drive para entrega durante as visitas, totalizando USD102,11. Foram impressos 50 de cada um dos três volumes dos boletins (USD180,17), 50 lâminas contendo o caso clínico (USD24,04), 50 lâminas com o quadro de medicamentos (USD33,60), 500 cartões de visita (USD62,04) e 2000 folders com informações para os (USD305,03).

Os visitadores foram remunerados por visita realizada. Os cinco visitadores realizaram um total de 79 visitas, gerando um custo total de USD1.641,50.

O custo total do programa de detalhamento acadêmico para artrite reumatoide foi de USD3.666,80.

4. Discussão

Neste estudo, os médicos, que eram em sua maioria especialistas, já tinham conhecimento sobre o PCDT e práticas de prescrição dos medicamentos do CEAF, apesar de demonstrarem interesse e entenderam que as visitas acrescentaram algum conhecimento. Além disso, também que acreditam que o detalhamento acadêmico seja igualmente efetivo em aprofundar conhecimentos comparado à participação em eventos, como congressos.

Segundo revisão sobre mudança do comportamento do médico, da Agência de Pesquisa e Qualidade em saúde, os fatores que mais desencorajam o uso de consultores acadêmicos são: o tempo gasto do consultório para fazer a educação médica continuada, ter de programar horário do consultório para receber o consultor e ser realizada por não médico.¹⁷

Dos médicos questionados, 70,4% relataram muito satisfeito com a visita, concordando com a relevância do conteúdo apresentado em 85,7% das vezes, demonstrando aceitação por parte dos prescritores. Na prática clínica, após o período de formação, os médicos encontram dificuldade para selecionar, entre a vasta quantidade de dados existentes, quais informações são mais relevantes, úteis e válidas e quais podem ser descartadas, assim como, dispõem de pouco tempo para dispensar à pesquisa e atualização.

Quanto aos custos para a realização do programa de detalhamento acadêmico, podemos afirmar que o valor investido na assessoria dos especialistas e no designer são fixos, independentemente do número de prescritores visitados. O mesmo pode se aplicar aos gastos com o treinamento, que pode ser aplicado a um grande número de pessoas simultaneamente, inclusive de forma remota. Já os gastos com a impressão de material gráfico, aquisição de pen drive e outros insumos necessários e a remuneração dos visitantes são variáveis e aumentam de acordo com a quantidade de médicos visitados.

É importante destacar que a estrutura física para realização do treinamento foi cedida pelo PPGMAF da UFMG. Para um programa de detalhamento acadêmico os custos com estrutura física devem ser considerados. Outro ponto importante é a limitação geográfica. Como o estudo foi realizado apenas no município de Belo Horizonte - MG,

os gastos com transporte não foram considerados. Para um programa de alcance a nível estadual ou nacional, o custo de deslocamento dos visitantes pode ser limitante. Apesar da limitação geográfica do estudo, os 43 prescritores visitados representam um grande número de deferimentos para solicitações de medicamentos do CEAF.

Uma análise econômica completa dos custos e análise de custo-efetividade relacionadas às intervenções de detalhamento acadêmico está além do escopo deste estudo, porém o valor total gasto na implementação deste programa de detalhamento acadêmico e seu potencial para melhoria do acesso a estes medicamentos, podem representar um impacto positivo no direcionamento de gastos públicos evitando a via judicial. Informações divulgadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) mostra gastos com demandas judiciais por medicamentos em 2008 de BRL42 milhões (USD10 million).¹⁸

Um estudo econômico realizado por Silva et al. analisou o perfil de 11.573 pacientes em relação aos gastos com o tratamento da AR do SUS do estado de Minas Gerais, Brasil, com dados de 2008 a 2013. Neste estudo, os custos somente com os agentes biológicos variaram de BRL12.206,64 (USD3.155,40) à BRL65.801,76 (USD17009,80)/paciente/ano.

Em um estudo com dados de 2003 a 2006, Costa et al. encontraram valores pagos pelo SUS com medicamentos de alto custo de BRL99.663.754,30(USD 25.763.080,00) em que 92,17% da despesa foi com o tratamento da AR. Outros estudos demonstram que os gastos com o tratamento de AR vem tornando se mais elevados, sendo que em 2007 chegaram a BRL147.232.846,74 (USD38.059.691,00), em 2008 foram BRL238.047.931,00 (USD61.535.390,00) e em 2009, BRL351.872.288,00 (USD 90.958.986,00).^{21,22}

Costa et al. levantaram dados do período de 2003 a 2006, em âmbito nacional, e verificaram que foram gastos BRL52.324.140,03 (USD 13.525.790,00) com o Infleximabe, que representava 58,7% no primeiro a ano de seguimento e que chegou ao redor de 70% nos 3 anos posteriores de acompanhamento, do valor total para o tratamento medicamentoso da AR. O principal item do custo do tratamento da AR são os agentes biológicos.

De acordo com diretrizes clínicas do Reino Unido, do Canadá, e do Brasil, os agentes biológicos devem ser elegíveis para 5 a 6% dos pacientes com AR. No Brasil, foram encontrados registros de uso de 8,2% a 9,2%. O detalhamento acadêmico pode contribuir para a disseminação das diretrizes e melhorar o hábito prescritivo, adequando a indicação dos agentes biológicos para pacientes elegíveis dentro do previsto por diretrizes clínicas, podendo gerar uma economia de aproximadamente BRL10 milhões (USD3 million).^{20,23,24,25,26}

A educação médica continuada tradicional é a estratégia mais utilizada para implementação das Diretrizes Clínicas e tem demonstrado fraca influência na mudança das práticas. A superação das barreiras encontradas para utilização do conhecimento contido nas Diretrizes Clínicas envolve certamente ações mais diretas do que a já consolidada e amplamente empregada educação continuada tradicional.^{12,13}

A estratégia de implementação das Diretrizes Clínicas através da intervenção com visitas realizadas por consultor acadêmico, conta com uma base teórica bem estabelecida para mudar o comportamento médico. Por meio de comunicação persuasiva e alterando a cognição através de feedback personalizado e reforços o consultor acadêmico, em estudo para o rastreamento do câncer de mama, demonstrou mudar a atitude médica e confiança. Tradicionalmente empregada por companhias farmacêuticas para divulgar informações técnicas sobre drogas e aumentar a prescrição entre os médicos, o consultor acadêmico tem se mostrado efetivo em muitos estudos em que tem sido avaliado.^{14,15,16}

5. Conclusão

O detalhamento acadêmico pode representar uma estratégia eficaz na divulgação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. A boa aceitação dos médicos, a percepção de credibilidade do conteúdo apresentado como forma de atualização acadêmica e a possibilidade de escalabilidade do programa pode representar uma melhoria no acesso aos medicamentos para artrite reumatoide disponibilizados pelo

componente especializado de atenção farmacêutica e melhor direcionamento de gastos com a saúde.

6. Referências

1. O'BRIEN, MA et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2007; Issue 4. Art. No.: CD000409.
2. NATIONAL RESOURCE CENTER FOR ACADEMIC DETAILING (NaRCAD). **About Academic Detailing**. Disponível em <http://www.narcad.org/about/aboutad/> Acesso em: March 06, 2015.
3. TABA P, ROSENTHAL M, HABICHT J, TARIEN H, MATHIESEN M, HILL S, et al. Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines: a cross-sectional survey among physicians in Estonia. **BMC health services research**. 2012;12:455
4. SPURLING GK, MANSFIELD PR, MONTGOMERY BD, LEXCHIN J, DOUST J, OTHMAN N, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. **PLoS medicine**. 2010;7(10):e1000352.
5. CIVANER M. Sale strategies of pharmaceutical companies in a "pharmerging" country: the problems will not improve if the gaps remain. **Health policy** (Amsterdam, Netherlands). 2012;106(3):225-32.
6. GODMAN, B et al. Initiatives among authorities to improve the quality and efficiency of prescribing and the implications. **J Pharma Care Health Sys**. 2014; 1: 1–15.
7. AVORN, J. Academic detailing: "marketing" the best evidence to clinicians. **Jama**, v. 317, n. 4, p. 361-362, 2017.
8. AVORN J, SOUMERAI S. Improving drug therapy decisions through educational outreach: A randomised controlled trial of academically based 'detailing'. **New Engl J Med** 1983;308:1457-63
9. COSTA, J. O. ; BRASIL, C. C. A. ; JÚNIOR, A. G. A. ; ABREU, A. A. P. ; LEAL, G. S. S. ; JUNIOR, H. A. O. ; GODÓI, I. P. ; LEMOS, L. L. P. ; RODRIGUES, L. F. ; BARBORA, W. B. ; HEANEY, A. ; DARTNELL, J. ; GODMAN, B. ; ÁLVARES, J. ; ACURCIO, F. A. **Diretriz de Detalhamento Acadêmico**. 2015.
10. SOUMERAI SB, AVORN J. Economic and policy analysis of university-based drug "detailing". **Med Care**. 1986 Apr;24(4):313-31.
11. ALMEIDA-BRASIL, C C. et al. Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil Access to medicines for Alzheimer's disease provided by the Brazilian Unified National Health System in. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 7, 2016.
12. DAVIS DA, TAYLOR-VAISEY A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. **CMAJ** 1997; 157:408-16.
13. QUINLAN JD, HILL DA, MAXWELL BD, BOONE S, HOOVER F, LENSE JJ. The necessity of both anorectal and vaginal cultures for group B streptococcus screening during pregnancy. **J Fam Pract** 2000; 49:447-8.

14. GORIN SS, ASHFORD AR, LANTIGUA R et al. Academic detailing - Effectiveness of Academic Detailing on Breast Cancer Screening among Primary Care Physicians in an Underserved Community. **J Am Board Fam Med**. 2006 Mar-Apr;19(2):110-21.
15. BRIEN MA, ROGERS S, JAMTVEDT G, OXMAN AD, ODGAARD-JENSEN J, KRISTOFFERSEN DT, FORSETLUND L, BAINBRIDGE D, FREEMANTLE N, DAVIS D, HAYNES RB, HARVEY E. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009, Issue 1.
16. NAUGHTON C, FEELY J, BENNETT K. A clustered randomized trial of the effects of feedback using academic detailing compared to postal bulletin on prescribing of preventative cardiovascular therapy. **Family Practice Advance Access**, 2007.
17. LANDRY MD, SIBBALD WJ. Changing physician behavior: a review of patient safety in critical care medicine. **J Crit Care**. 2002 Jun;17(2):138-45.
18. MACHADO, MAA et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.3, pp.590-598
19. SILVA GD DA, ANDRADE EIG, CHERCHIGLIA M, JUNIOR AAG, ALMEIDA AM, ACÚRCIO FA. Perfil de gastos com o tratamento da Artrite Reumatóide para pacientes do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais – 2008 a 2013. **Cien Saude Colet**. 2017.
20. COSTA JO;, ALMEIDA AM;, JUNIOR AAG;, CHERCHIGLIA ML;, ANDRADE ELG;, ACURCIO FA. Tratamento da artrite reumatoide no Sistema Único de Saúde, Brasil: gastos com infliximabe em comparação com medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos, 2003 a 2006. **Cad Saúde Pública**. 2014.
21. CARIAS CM, VIEIRA FS, GIORDANO C V, ZUCCHI P. Exceptional circumstance drug dispensing: history and expenditures of the Brazilian Ministry of Health. **Rev Saude Publica**. 2011.
22. SCHNEIDERS RE. Caracterização dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos para artrite reumatoide, no âmbito do componente especializado da assistência farmacêutica, no período de 2008 a 2009. 2012
23. NATIONAL INSTITUTO FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE - NICE. Rheumatoid arthritis in adults: management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. NICE; [cited 2018 Apr 29]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg79112>> Acesso em: 22, novembro 2018.
24. BYKERK VP, AKHAVAN P, HAZLEWOOD GS, SCHIEIR O, DOOLEY A, HARAQUI B, et al. Canadian Rheumatology Association recommendations for pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. **J Rheumatol**. 2012.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria conjunta nº 15, de 11 de dezembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. Brasil, 2017.
26. TITTON DC. BiobadaBrasil: registro da sociedade e dos reumatologistas brasileiros. Ver **Bras Reumatol**. 2011, 51(2):111–2.