



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

JAQUELINE AMÁBILE CAMARGO

DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO PARA ACOMPANHAMENTO  
FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES COM ARTRITE PSORÍACA

Florianópolis (SC)

2019

JAQUELINE AMÁBILE CAMARGO

DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO PARA ACOMPANHAMENTO  
FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES COM ARTRITE PSORÍACA

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Ciências Farmacêuticas da  
Universidade Federal de Santa  
Catarina como requisito parcial para a  
conclusão da Disciplina de Trabalho  
de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosana  
Isabel dos Santos

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Marina  
Raijche Mattozo Rover

Florianópolis (SC)

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Camargo, Jaqueline Amábile  
DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO PARA  
ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES COM  
ARTRITE PSORÍACA / Jaqueline Amábile Camargo ;  
orientador, Rosana Isabel dos Santos,  
coorientador, Marina Raijche Mattozo Rover, 2019.  
59 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de  
Ciências da Saúde, Graduação em Farmácia,  
Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Farmácia. 2. Seguimento farmacoterapêutico.  
3. Artrite Psoriática. 4. tratamento. I. dos Santos,  
Rosana Isabel . II. Raijche Mattozo Rover, Marina .  
III. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Graduação em Farmácia. IV. Título.

JAQUELINE AMÁBILE CAMARGO

DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO PARA ACOMPANHAMENTO  
FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES COM ARTRITE PSORÍACA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Ciências Farmacêuticas da  
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a conclusão do curso de  
Farmácia.

Aprovado em: 29 de novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosana Isabel dos Santos

Orientadora

---

Dra. Marina Raijche Mattozo Rover

Coorientadora

---

Prof. Filipe Carvalho Matheus

Membro da Banca

---

Prof. Luciano Soares

Membro da Banca

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ir moldando meu caminho para que eu chegasse até aqui, permitindo que todo o meu esforço tenha valido a pena. Sei que me amparastes em vários momentos de aflições, não me deixando desistir desse sonho.

Aos meus pais, Lurdes e Robson, meus confidentes e alicerces nessa caminhada, o verdadeiro significado de amor, compreensão e zelo. Devo tudo a vocês! Mesmo de longe, cuidaram de mim e me deram forças para chegar até aqui.

À minha filha Catarina, que é a minha maior motivação e me faz ser melhor a cada dia. Planejamos a vida, mas as maiores bênçãos sempre são enviadas por Deus!

Ao pai da minha filha, André, que mesmo diante dos muitos momentos turbulentos pelos quais passamos, se manteve presente nessa jornada. Obrigada pela sua compreensão e paciência, juntos somos mais fortes!

Aos meus amigos, que fizeram o percurso desses anos ser muito mais feliz. Em especial, à Gio, que esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis da graduação, me dando forças e me auxiliando em tudo o que esteve ao seu alcance. À Mayara, por ter dividido apartamento comigo no início de tudo e ter se tornado uma verdadeira irmã. Muito obrigada!

À minha orientadora, Rosana, e Coorientadora, Marina, pelo suporte neste trabalho. Obrigada por toda a dedicação e paciência ao longo dos últimos meses.

À UFSC, a todos os professores e funcionários da FE e HU, grandes exemplos aos quais pude me espelhar e me fizeram evoluir. Agradeço por todo o conhecimento e pelas experiências compartilhadas. Em especial, à nossa querida e amada Rosalba, por todo o seu carinho e dedicação comigo e com todos os alunos do curso de Farmácia.

## RESUMO

A Artrite Psoriaca (AP) é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por manifestações dermatológicas e articulares que comprometem as atividades diárias e diminuem a qualidade de vida dos pacientes. Até o momento, não há cura para a AP, mas o tratamento medicamentoso é essencial para a remissão e o controle da atividade da doença, minimizando os danos articulares e as lesões cutâneas. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza os medicamentos elencados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriaca (PCDT-AP), publicado pelo Ministério da Saúde, o qual estabelece também os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado e os mecanismos de monitorização do tratamento farmacológico (BRASIL, 2018a). Neste sentido, o presente trabalho trata do desenvolvimento de um instrumento que visa facilitar a monitorização, por meio do acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes que recebem medicamentos para o tratamento da AP na Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina. Foram consultados métodos internacionais de acompanhamento farmacoterapêutico, tendo como referência para as questões específicas da AP, o PCDT-AP (BRASIL, 2018a), particularmente no que diz respeito à avaliação da efetividade e segurança dos medicamentos usados no tratamento desta doença. O instrumento foi desenvolvido no editor de planilhas *Microsoft Office Excel*® versão 2019 e destina-se a farmacêuticos e estudantes de Farmácia. O seu formato segue a lógica do método de Registro Clínico Orientado por Problemas, o qual prevê que as notas de evolução sejam organizadas por SOAP (CANTALE, 2003). Em uma próxima etapa, será realizada a validação do instrumento em relação à sua capacidade de facilitar a uniformização das entrevistas, das avaliações e das intervenções realizadas por estudantes e farmacêuticos, bem como o registro sistematizado de dados necessários à avaliação dos resultados dos tratamentos.

**Palavras-chave:** Artrite Psoriaca. Efetividade. Segurança. SOAP. Acompanhamento Farmacoterapêutico.

## ABSTRACT

Psoriatic Arthritis (PA) is a chronic inflammatory disease characterized by dermatological and joint manifestations that compromise daily activities and decrease patients' quality of life. To date, there is no cure for PA, but drug treatment is essential for remission and control of disease activity, minimizing joint damage and skin lesions. In Brazil, the Unified Health System (SUS) makes available the drugs listed in the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Psoriatic Arthritis (PCDT-AP), published by the Ministry of Health, which also establishes the diagnostic criteria, the recommended treatment and the pharmacological treatment monitoring mechanisms (BRASIL, 2018a). In this sense, the present work deals with the development of an instrument that aims to facilitate monitoring through pharmacotherapeutic monitoring of patients receiving drugs for the treatment of AP at the Pharmacy School of the Federal University of Santa Catarina. International pharmacotherapeutic follow-up methods were consulted, with reference to the specific issues of PA, PCDT-AP (BRAZIL, 2018a), particularly with regard to the evaluation of the effectiveness and safety of drugs used to treat this disease. The instrument was developed in Microsoft Office Excel® version editor version 2019 and is intended for pharmacists and pharmacy students. Its format follows the logic of the Problem-Oriented Clinical Record method, which provides for the evolution notes to be organized by SOAP (CANTALE, 2003). In a next step, the instrument will be validated in relation to its ability to facilitate the standardization of interviews, evaluations and interventions performed by students and pharmacists, as well as the systematic recording of data necessary for the evaluation of treatment results.

**Keywords:** Psoriatic Arthritis. Effectiveness. Safety. SOAP. Pharmacotherapeutic accompaniment.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Visualização do <i>template</i> para o acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico de pacientes com AP.....	24
Figura 2 – Visualização dos dados do coletador .....	25
Figura 3 – Visualização do registro da data da entrevista .....	26
Figura 4 – Visualização dos dados pessoais do paciente e informações gerais do médico.....	27
Figura 5 – Visualização da história clínica da AP: item CID.....	28
Figura 6 – Visualização da história clínica da AP: item Manifestação musculoesquelética predominante .....	28
Figura 7 – Visualização dos medicamentos já utilizados no tratamento da AP .....	29
Figura 8 – Visualização dos Exames realizados no diagnóstico .....	29
Figura 9 – Visualização dos dados pessoais do paciente: item Emprego.....	30
Figura 10 – Visualização dos hábitos de vida do paciente .....	31
Figura 11 – Visualização dos medicamentos utilizados para AP: coluna FF/ Concentração/ Via de adm.....	32
Figura 12 – Visualização de outros medicamentos utilizados pelo paciente .....	33
Figura 13 – Visualização dos exames do paciente para controle da efetividade e segurança do tratamento .....	34
Figura 14 – Visualização dos exames complementares .....	35
Figura 15 – Visualização da Atividade mínima da doença (MDA) .....	36
Figura 16 – Visualização do questionário que avalia a capacidade funcional do paciente (HAQ).....	37
Figura 17 – Visualização do corpo humano com destaque para as articulações que podem estar acometidas.....	37
Figura 18 – Visualização do campo para avaliação do paciente: Monitoramento da efetividade e segurança .....	39
Figura 19 – Visualização do campo destinado para o registro de intervenção farmacêutica/plano de cuidado .....	40
Figura 20 – Instrumento: Consulta anual: Dados pessoais e história clínica .....	51
Figura 21 – SOAP Trimestral / Semestral .....	53
Figura 22 – Informações sobre os medicamentos utilizados no tratamento da AP.....	56
Figura 23 – Questionário para avaliação da capacidade funcional (HAQ).....	58
Figura 24 – Contagem de articulações dolorosas e edemaciadas .....	59



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – TOM .....	21
Quadro 2 – <i>Minimal Disease Activity</i> (MDA).....	47
Quadro 3 – Avaliação da Capacidade Funcional – HAQ: <i>Health Assessment Questionnaire</i> (0 a 3).....	48
Quadro 4 – Avaliação dos Escores do HAQ: média aritmética dos maiores escores de cada componente.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE	Anti-inflamatórios não Esteroidais
ALT	Alanina aminotransferase
Anti-CCP	Anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos
AP	Artrite Psoriaca
AST	Aspartato aminotransferase
CASPAR	<i>Classification Criteria for Psoriatic Arthritis</i>
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CRM	Conselho Regional de Medicina
DAPSA	<i>Disease Activity in Psoriatic Arthritis Score</i>
FE/UFSC	Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina
FR	Fator reumatoide
HAQ	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
HDL	Lipoproteínas de alta densidade
HLA	Antígenos Leucocitários Humanos
HU	Hospital Universitário
MDA	<i>Minimal Disease Activity</i>
MMCD-b	Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Biológicos
MMCD-s	Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Sintéticos
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PWDT	<i>Pharmacotherapy WorkUp of Drug Therapy</i>
RCOP	Registro Clínico Orientado por Problemas
RM	Ressonância Magnética
PASI	Índice de Área e Gravidade da Psoríase
ProtCR	Proteína C-reativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOM	<i>Therapeutic Outcomes Monitoring</i>
US	Ultrassonografia
VAS	Escala Analógica Visual
VHS	Velocidade de Hemossedimentação

VLDL	Lipoproteínas de muito baixa densidade
VR	Valor de referência

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
3.1 LOCAL DO ESTUDO .....	20
3.2 MÉTODO.....	20
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>23</b>
4.1 CONSULTA ANUAL – DADOS PESSOAIS E HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE ... .....	25
4.2 DESENVOLVIMENTO DO SOAP TRIMESTRAL/SEMESTRAL.....	30
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICE 1 – MDA.....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE 2 – HAQ .....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO: CONSULTA ANUAL – DADOS PESSOAIS E HISTÓRIA CLÍNICA.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE 4 – INSTRUMENTO: SOAP TRIMESTRAL / SEMESTRAL .....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE 5 – INSTRUMENTO: INFORMAÇÕES SOBRE OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA AP .....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE 6 – INSTRUMENTO: QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL (HAQ) .....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE 7 – INSTRUMENTO: CONTAGEM DE ARTICULAÇÕES DOLOROSAS E EDEMACIADAS .....</b>	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Artrite Psoriaca (AP), também chamada de artrite psoriásica ou psoriática, é uma doença sistêmica e progressiva, pertencente ao grupo das espondiloartrites (MENTER *et al.*, 2008). Tem sido definida como uma artrite inflamatória crônica associada à psoríase, uma vez que as manifestações clínicas podem incluir o acometimento de articulações (como na Artrite Reumatoide) e lesões cutâneas (como na Psoríase).

O acometimento de articulações provoca dor e limitações dos movimentos. Conforme o local da inflamação articular, a AP é classificada em: periférica (acometimento das articulações periféricas), axial (acometimento das articulações da coluna vertebral, inclusive regiões sacroilíacas) e entesite (dor e aumento de volume em região de inserção de tendões, ligamentos e cápsula articular às superfícies ósseas).

As lesões cutâneas ocorrem na forma de placas vermelhas e espessas na pele, provocando descamação e coceira. Podem ser localizadas, difusas, gutatas ou pustulosas. Não há nenhum tipo de envolvimento cutâneo específico coassociado a determinado padrão de comprometimento articular, ou seja, desde lesões mínimas de pele até psoríase grave podem estar presentes em pacientes com AP (GOLDENSTEIN-SCHAINBERG; FAVARATO; RANZA, 2012). Como em outras dermatoses, as manifestações cutâneas, além do desconforto físico, provocam problemas emocionais e sociais, relacionados com baixa autoestima, transtornos do humor, vergonha e insegurança para estabelecer relações, em função do preconceito e estigmatização (PAVAN-CÂNDIDO, 2012).

Os aspectos mencionados comprometem o desenvolvimento das atividades diárias e a qualidade de vida desses pacientes. Também, segundo dados da literatura, está associado com o aumento de riscos cardiovasculares e mortalidade precoce (SOKOLL; HELLIWELL, 2001; LIU *et al.*, 2018; CANTINI *et al.*, 2010).

Pode ocorrer em qualquer faixa etária, tanto em adultos como em crianças, apesar de possuir uma incidência maior entre pessoas com 40 a 50 anos de idade, com frequência semelhante em gênero masculino e feminino. Em geral, o envolvimento cutâneo aparece por volta dos 15 aos 35 anos de idade, enquanto o quadro articular usualmente aparece duas décadas após esse período (GOLDENSTEIN-SCHAINBERG; FAVARATO; RANZA, 2012).

A prevalência da AP varia de 0,05% a 0,25%, com uma incidência que varia de 3,6 a 7,2 a cada 100.000 casos ao ano. Já em pacientes com psoríase, a prevalência aumenta, variando de 6% a 41%. Segundo Gladman *et al.* (2005), aproximadamente 50% dos pacientes apresentam erosões articulares após os primeiros dois anos de doença e 20% desenvolvem

uma forma destrutiva de artrite, o que demonstra a agressividade da doença (OGDIE; WEISS, 2015).

Em estudo realizado em 28 centros universitários no Brasil, que incluiu mais de 1.000 pacientes com diagnóstico de espondiloartrite, concluiu-se que a AP foi a segunda espondiloartropatia mais frequente no Brasil, com prevalência de 13,7% em relação às espondiloartrites; predomínio no sexo masculino (59% *versus* 41%) e com manifestação periférica da doença (SAMPAIO-BARROS, 2011).

Em relação à patogênese, a etiologia é indefinida, mas sabe-se que fatores ambientais (microtrauma e agentes infecciosos), além de elementos genéticos, têm sido relacionados. Estudos demonstraram predisposição familiar: 30% a 50% dos pacientes possuem familiar de primeiro grau com psoríase ou artrite psoríase. Sabe-se que tal predisposição genética se dá pela presença de antígenos leucocitários humanos (HLA) (RITCHLIN; COLBERT; GLADMAN, 2017; GOLDENSTEIN-SCHAINBERG; FAVARATO, RANZA, 2012; RUIZ; AZEVEDO; SANTOS, 2012).

A AP tem o estresse emocional como um dos fatores desencadeantes das crises, tanto articulares quanto cutâneas. O impacto psicológico pode ter consequências como: obesidade, tabagismo, abuso de álcool, disfunção sexual, ansiedade, depressão e até suicídio. Sendo assim, o suporte psicológico é indispensável no cuidado de pacientes com AP (GREAVES; WEINSTEIN, 1995).

O avanço no conhecimento em biologia molecular e imunologia tem possibilitado compreender melhor a fisiopatologia das doenças autoimunes, abrindo possibilidades para a busca de alvos terapêuticos. O salto na biotecnologia, em relação à patogênese, resultou em informações sobre a evolução da doença, e aspectos relacionados com a desregulação de citocinas inflamatórias. Isso proporcionou o desenvolvimento de terapias direcionadas que transformou o cenário de tratamento da AP. A identificação de novos biomarcadores possibilitou a remissão imunológica como uma estratégia de terapia-alvo mais eficaz (VEALE; RITCHLIN; FITZGERALD, 2005).

As células dendríticas, macrófagos e as células B estão envolvidas nesse processo. Todas liberam citocinas pró-inflamatórias que levam à ativação de outras células, promovendo angiogênese e a reabsorção óssea (VEALE; RITCHLIN; FITZGERALD, 2005). As citocinas desempenham um papel central. Níveis aumentados de TNF- $\alpha$ , IL-1, IL1B e IL6 podem ser encontrados na pele e no líquido sinovial de pacientes com AP. A diferenciação e proliferação anormal dos queratinócitos, quimiocinas e elementos da resposta imune inata e adaptativa estão envolvidos. Assim, alterações na imunidade inata podem levar ao

recrutamento de células T para o tecido lesado, desencadeando a doença. Esses infiltrados inflamatórios que contribuem para o espessamento das paredes de capilares e pequenas artérias, juntamente com altas concentrações dos fatores de crescimento (TGF- $\beta$ , VEGF, PDGF) têm importante papel no início do processo inflamatório, tanto na pele quanto nas articulações (GOLDENSTEINSCHAINBERG; FAVARATO; RANZA, 2012; BOS *et al.*, 2005; RUIZ; AZEVEDO; SANTOS, 2012). A interleucina-17A também desempenha um importante papel na patogênese da doença. É uma citocina pró-inflamatória que aumenta a expressão de quimiocinas, e estas recrutam monócitos e neutrófilos para o local da inflamação. Níveis de células que a produzem são encontrados na circulação, articulações e placas da pele de pacientes com AP, sendo os níveis correlacionados com a atividade da doença e os danos estruturais (VEALE; RITCHLIN; FITZGERALD, 2005).

Alguns medicamentos também podem induzir a psoríase, como o carbonato de lítio, o interferon, os  $\beta$ -bloqueadores e os antimaláricos (GOLDENSTEINSCHAINBERG; FAVARATO; RANZA, 2012; BOS *et al.*, 2005; RUIZ; AZEVEDO; SANTOS, 2012).

Até o momento, inexistem exames laboratoriais específicos para o diagnóstico de AP e, por isso, achados clínicos e de imagem são utilizados. Entretanto, como alguns desses são comuns a outras espondiloartrites, o diagnóstico diferencial é necessário. Testes para fator reumatoide (FR), anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP), ou ambos, são negativos em 95% dos pacientes com AP. Para diferenciar AP de artrite reumatoide, são analisados aspectos como: assimetria do envolvimento articular, acometimento da coluna lombar, apresentação oligoarticular, entesite, irite e lesões ungueais, que são características comuns da AP (RITCHLIN; COLBERT; GLADMAN, 2017; GLADMAN *et al.*, 2005).

Assim como em outras doenças inflamatórias, níveis elevados de velocidade de hemossedimentação (VHS), da proteína C-reativa (ProtCR), ou de ambos, podem estar presentes em 40% dos pacientes (RITCHLIN; COLBERT; GLADMAN, 2017). Como cerca de 80% dos pacientes com AP têm envolvimento ungueal. É importante considerar também que pode haver o envolvimento de outros órgãos e sistemas, ocasionando uveíte, doença valvar aórtica, pneumonite intersticial e nefropatia (RUIZ; AZEVEDO; SANTOS, 2012; CANTINI *et al.*, 2010; GOLDENSTEIN-SCHAINBERG; FAVARATO; RANZA, 2012).

A diferenciação entre AP axial e espondilite ancilosante leva em consideração sua menor prevalência no sexo masculino, menor gravidade da sacroileíte e do acometimento cervical, maior preservação da mobilidade espinhal e menor associação com o alelo HLA-B27 (IBRAHIM; WAXMAN; HELLIWELL, 2019; GLADMAN *et al.*, 1993).

O CASPAR (*Classification Criteria for Psoriatic Arthritis*) tem sido recomendado

para a classificação da AP, visando guiar os procedimentos clínicos. Para ser incluído pelo CASPAR, o paciente deve apresentar doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) e atingir três ou mais pontos de uma série de cinco categorias: (1) evidência de psoríase atual (2 pontos), histórico pessoal (1 ponto) ou histórico familiar de psoríase; (2) distrofia ungueal psoriática típica (1 ponto); (3) FR negativo (1 ponto); (4) histórico da dactilite ou dactilite atual (1 ponto); (5) formação óssea justa-articular à radiografia simples (1 ponto) (TAYLOR *et al.*, 2006).

A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado são fundamentais para o melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos (GOLDENSTEIN-SCHAINBERG; FAVARATO; RANZA, 2012).

Até o momento, não há cura para a AP. Por isso, o objetivo do tratamento é a remissão ou o controle da atividade da doença, visando minimizar a dor e a rigidez, prevenir o aparecimento de erosões das articulações afetadas, evitar a incapacidade motora, atuar na doença de pele e, assim, aumentar a qualidade de vida do paciente.

O tratamento deve ser medicamentoso e não medicamentoso. As medidas não medicamentosas incluem: abandono do tabagismo e outras drogas, controle do consumo de álcool, prática de exercícios físicos supervisionada e perda de peso. Como tratamento medicamentoso, deve-se analisar caso a caso, considerando a manifestação musculoesquelética predominante no paciente para definir a estratégia terapêutica. A decisão sobre a escolha da terapia medicamentosa deve ser considerada individualmente, pois depende de fatores como: atividade da doença, fatores prognósticos, comorbidades e acesso local a terapias. Evidências já demonstraram que um atraso no diagnóstico e no acesso ao tratamento adequado são motivos de mau resultado em resposta à terapia, danos articulares e incapacidade funcional. Por outro lado, apesar do controle rígido da doença com a utilização de medicamentos ter vários benefícios, este não ocorre sem riscos. Terapia mais intensiva pode resultar em maiores efeitos colaterais relacionados a medicamentos. Por esse motivo, algumas terapias medicamentosas podem não ser apropriadas em certos contextos, como é o caso de pacientes predispostos a infecções recorrentes (COATES; HELLIWELL, 2017).

Os medicamentos utilizados na terapêutica são: anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), glicocorticoides, medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos (MMCD-s), medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCD-b) e o inibidor de citocinas anti-IL-17 (BRASIL, 2018a)

Os AINEs representam a primeira linha de tratamento da AP e possuem um rápido



início de ação, contribuindo com o alívio de sinais e sintomas musculoesqueléticos. Porém não modificam a progressão da doença nem alteram a incapacidade funcional a longo prazo, além de possuírem uma considerável toxicidade (COATES et al., 2016).

Os glicocorticoides também atuam aliviando a inflamação e diminuindo a atuação do sistema imune (NOVARTIS, 2019). Injeções intra-articulares de corticoide podem ser utilizadas como terapia adjuvante, já o glicocorticoide sistêmico em baixas doses e por curto período de tempo pode ser uma opção de tratamento (BRASIL, 2018b).

Os MMCD-s representam a segunda linha terapêutica para os casos de AP periférica com persistência dos sintomas musculoesqueléticos (BRASIL, 2018b). Atuam controlando os sinais e sintomas de AP, bem como limitam dano radiológico. O metrotexato (MTX) é um agente antimetabólico e deve ser a primeira escolha. Além de melhorar a artrite, é eficaz na psoríase. Embora eficaz na maioria dos pacientes, tem potencial hepatotoxicidade (MENTER *et al.*, 2008). Em caso de falha terapêutica após 3 a 6 meses de tratamento, este pode ser substituído por MTX injetável ou outro MMCD-s, que seja da mesma linha terapêutica (sulfassalazina, leflunomida ou ciclosporina).

MMCD-b são utilizados de forma eficaz para as pessoas com AP moderada a grave que não respondem a outros tratamentos convencionais. Atuam rapidamente no alívio da dor e inflamação, podendo ser utilizados em combinação com os outros tratamentos referidos anteriormente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2013).

O Inibidor de citocina anti-interleucina (anti-IL) 17 (Secuquinumabe) é um anticorpo que se liga seletivamente e neutraliza a interleucina-17<sup>a</sup>, diminuindo a inflamação. Foi incorporado recentemente no SUS, para o tratamento de pacientes adultos com resposta inadequada aos medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos e biológicos da classe anti-TNF (BRASIL, 2019).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza os medicamentos elencados no Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT-AP), por meio dos Componentes Básicos da Assistência Farmacêutica (CBAF) e Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). O AINE (Ibuprofeno) e os glicocorticoides (Prednisona e Metilprednisolona) são disponibilizados pelo CBAF, e o Naproxeno, MMCD (sintéticos e biológicos) pelo CEAF. A incorporação dos medicamentos MMCDb e o inibidor de citocinas anti-L17 é relativamente recente. O medicamento mais recente, o inibidor de citocinas anti-L17 (Secuquinumabe), foi incorporado neste ano de 2019, conforme estudo realizado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (BRASIL, 2019).

No município de Florianópolis, os medicamentos do CBAF são disponibilizados nas

Unidades Básicas de Saúde, sendo condicionados à apresentação de prescrição médica. Para o acesso aos medicamentos do CEAF, exige-se a abertura de processo administrativo que, estando em conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica para AP (PCDT-AP), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a), garante o direito ao paciente recebe-los mensalmente na Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A Farmácia Escola é um ambiente de ensino e aprendizagem de acadêmicos da área da farmácia onde são orientados a realizar, durante a dispensação dos medicamentos, minientrevistas que possibilitem avaliar a efetividade e a segurança dos tratamentos.

Todos os medicamentos podem provocar efeitos adversos. Considerando as características da doença e os riscos associados ao tratamento, idealmente, os pacientes com AP devem ser monitorados por uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos reumatologistas, de atenção primária, farmacêuticos e, quando necessário, dermatologistas, fisioterapeutas, oftalmologistas, psiquiatras, terapeutas de saúde mental e saúde comportamental. A equipe deve trabalhar em conjunto com o paciente e sua família ou cuidadores (HUSNI; MEROLA; DAVIN, 2017).

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica da Artrite Psoriática (PCDT-AP), publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a), estabelece, além dos critérios de diagnóstico e do tratamento, também os mecanismos de monitorização do tratamento farmacológico, o qual deve ser realizado a cada três meses (em caso de doença ativa) e a cada seis meses (em caso de doença estável). O *Minimal Disease Activity* (MDA) é o instrumento recomendado para acompanhar a resposta terapêutica (BRASIL, 2018a), o qual inclui os seguintes *scores*: escala de dor pela Escala Analógica Visual (VAS) (0- 100) (Apêndice 1); avaliação da saúde por meio da aplicação do *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) (Apêndice 2); número de articulações dolorosas; número de articulações edemaciadas, *Psoriasis Area Severity Index* (PASI 0–72) e entesite. É considerada atividade mínima da doença se o paciente apresenta baixos *scores* para cinco critérios. Ainda inclui avaliação por imagem das articulações e exames laboratoriais, os quais podem indicar a necessidade de mudança do tratamento, de redução ou aumento de dose (GLADMAN *et al.*, 2011).

Mesmo com as recomendações do PCDT-AP para o monitorização do tratamento farmacológico, não há dados sobre a realização desta atividade. Os resultados extraídos da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil – PNAUM, sobre as atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica em nosso país, indicam que estas ainda são incipientes e improvisadas (ARAÚJO *et al.*, 2017). Supõe-se que a realidade não seja diferente em outros níveis ambulatoriais.

O serviço realizado na Farmácia Escola, pelos farmacêuticos e estudantes do curso de farmácia da UFSC, tem por base o cuidado centrado no paciente, o que exige o desenvolvimento de competências clínicas, visando a identificação de necessidades e a execução de intervenções que contribuam para a qualidade de vida dos pacientes. Para isso, foram desenvolvidos, no âmbito da Disciplina CIF 5353- Estágio em Farmácia, Protocolos de Atendimento Farmacêutico. Entretanto, o tempo destinado à dispensação; a diversidade de pacientes, dentro da gama de patologias atendidas; e a rotatividade de estudantes na Farmácia Escola dificultam a execução do acompanhamento farmacoterapêutico de forma contínua e sistematizada.

Neste sentido, considerou-se que a elaboração de um instrumento que orientasse de forma uniforme, e em conformidade com o PCDT-AP, a realização do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com AP, poderia melhorar a execução deste serviço, tanto pelos estudantes de Farmácia, quanto pelos farmacêuticos.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Qualificar o serviço farmacêutico desenvolvido na farmácia escola da UFSC.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Desenvolver um instrumento que facilite a realização do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com AP, em conformidade com o PCDT para AP (BRASIL, 2018), cuja a utilização seja destinada a farmacêuticos e estudantes do curso de Farmácia. Para este objetivo específico, o instrumento deve ser capaz de servir como:
  - “Guia” para o estudante ou farmacêutico responsável pela entrevista com o paciente;
  - “Modelo a ser seguido” (*template*) para os registros clínicos;
  - Base de dados;
  - Ferramenta para a execução de relatórios e cálculos estatísticos dos dados coletados durante as entrevistas, bem como as intervenções realizadas.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina (FE/UFSC), um ambiente de pesquisa e extensão destinado à formação e ao treinamento de acadêmicos e de profissionais da área da saúde, contando principalmente com a presença de estudantes e profissionais da área farmacêutica. Entre as atividades desenvolvidas nesse espaço pelos estagiários, as principais são: vivência no SUS e a dispensação de medicamentos, atualmente do CEAF.

Os pacientes são atendidos mensalmente com hora marcada, em guichês individuais. Faz parte das atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos e estudantes da UFSC, o registro dos dados referentes aos atendimentos e posterior análise conjunta, para o planejamento de intervenções, quando necessário. São avaliadas a efetividade e a segurança dos tratamentos, embora o acompanhamento sistemático dos pacientes seja dificultado pela rotatividade de estudantes na FE/UFSC.

Atualmente utiliza-se um sistema de registro baseado no método SOAP, o qual não direciona o raciocínio para nenhuma condição clínica específica.

#### 3.2 MÉTODO

Trata-se da elaboração de um instrumento para acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes com AP.

Em um primeiro momento, foram consultados os métodos internacionais de seguimento farmacoterapêutico descritos por Correr *et al.* (2016). Considerou-se que os passos recomendados pelo método TOM são os que mais se aproximam ao objetivo deste trabalho (conforme é possível observar no Quadro 1), tendo sido incorporados, tanto quanto possível, na própria estrutura do instrumento.

Quadro 1 – TOM

1º passo	Coleta, interpretações e registro de informações relevantes sobre o usuário	As informações dizem respeito ao uso de medicamentos, problemas de saúde, dados socioeconômicos e aspectos subjetivos e objetivos da expectativa do usuário frente a sua doença.
2º passo	Identificação dos objetivos explícitos de cada prescrição	Visando avaliar a evolução dos resultados terapêuticos frente ao uso dos medicamento e orientar o usuário. Caso seja necessário, deve-se contatar o prescritor para esclarecer os objetivos.
3º passo	Avaliação da plausibilidade do plano terapêutico	A avaliação deve levar em consideração os objetivos da terapia, as características do usuário e seu poder aquisitivo.
4º passo	Desenvolvimento do plano de monitorização para o usuário	O plano deve ser adaptado a protocolos padrões de tratamento.
5º passo	Dispensação do medicamento	Verificando o entendimento do usuário sobre a forma correta de utilização e <u>intruindo-o</u> para seu uso racional.
6º passo	Plano de monitorização	Implantação do plano de monitorização, com agendamento de novo encontro
7º passo	Avaliação	Avaliação da evolução do uso dos medicamentos em relação aos objetivos terapêuticos propostos, considerando, principalmente, a possibilidade de efeitos adversos e falha do tratamento
8º passo	Resolução	Resolução de problemas identificados ou, se for o caso, encaminhamento ou notificação destes para o <u>prescritor</u>
9º passo	Revisão ou atualização	Revisão ou atualização do plano de monitorização feita quando necessário

Fonte: CORRER, J. C. *et al.* (2016).

Entretanto, o instrumento foi pensado para também atender às seguintes funcionalidades:

1. “Guia” para o estudante ou o farmacêutico responsável pela entrevista com o paciente. Nesse sentido, nele estão presentes informações sobre:
  - a) Os medicamentos recomendados para o seu tratamento, conforme estabelecido pelo último PCDT-AP publicado (BRASIL, 2018b): nome genérico, formas farmacêuticas, dosagem, posologia, efeitos colaterais, cuidados relativos à administração e ao armazenamento;
  - b) Os exames laboratoriais necessários para avaliar a efetividade e a segurança do tratamento, conforme o último PCDT-AP publicado (BRASIL, 2018b) e o Relatório de Recomendação para a atualização do PCDT-AP, elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e divulgado para consulta pública em 2019 (BRASIL, 2019). Além disso, também foram incluídas informações sobre os parâmetros, a interpretação dos exames listados e as possíveis intervenções farmacêuticas frente à evidência de falha na efetividade ou risco.
2. “Modelo a ser seguido” (*template*) para os registros clínicos, adaptado do

método de RCOP e notas de evolução sob a forma de SOAP.

3. Base de dados.
4. Ferramenta para a execução de relatórios e cálculos estatísticos e dados coletados durante as entrevistas, bem como as intervenções realizadas.

Para contemplar tudo isso, optou-se pela elaboração do instrumento no formato de planilha eletrônica utilizando o editor de planilhas de Microsoft® Office Excel, versão 2019.

Para a definição do modelo das planilhas, foram consultados exemplos de prontuários médicos eletrônicos, disponíveis na plataforma digital Google, utilizando as expressões “prontuário”, “prontuário clínico”, sendo que o modelo “Planilha de Prontuário Médico”, comercializado por Luz Lab. de Ideias Ltda. (disponível em <https://luz.vc/products/planilha-de-prontuario-medico-de-paciente-excel>) serviu como base inicial.

Várias versões do instrumento foram construídas até chegar em um modelo final. Foi realizado por esta autora em conjunto com a orientadora e coorientadora deste trabalho, com base na experiência profissional de cada integrante, no âmbito da FE/UFSC.

O instrumento desenvolvido será testado e avaliado por estudantes, farmacêuticos e professores da FE/UFSC a partir de 2020/1.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tanto na concepção quanto no desenvolvimento do instrumento, algumas ideias-chave sempre estiveram presentes. A primeira foi o entendimento de que o acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico é uma atividade farmacêutica desenvolvida no contexto do cuidado centrado no indivíduo, ainda que seja destinado prioritariamente à avaliação da efetividade e da segurança dos medicamentos empregados por este indivíduo para o tratamento da AP. Nesse sentido, é importante conhecer o paciente de maneira integral (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Durante a coleta dos dados, condições ambientais, psicológicas e sociais devem ser levadas em consideração, para que a estratégia de identificar e solucionar os problemas de saúde não seja falha. Uma avaliação global é fundamental para que o profissional farmacêutico conheça o paciente. Visto isso, o modelo de instrumento consistiu na seguinte linha de desenvolvimento: anamnese do paciente, interpretação dos dados e processo de orientação (BRASIL, 2014).

Outra ideia-chave diz respeito à facilidade de uso pelos estudantes e farmacêuticos. Dessa forma, contou em favor do editor de planilhas de Microsoft® Office Excel, o fato deste ser familiar ao público a quem se destina, além de atender às funcionalidades esperadas e expostas anteriormente, bem como estar disponível na Farmácia Escola, sem custos adicionais.

O instrumento foi elaborado na forma de um arquivo (*template*) organizado em seis planilhas (abas) com diferentes finalidades (Figura 1-A). As duas primeiras planilhas se destinam ao registro dos dados do paciente, da avaliação e das intervenções realizadas ou a realizar (1ª aba: Consulta anual – Dados pessoais e história clínica do paciente; 2ª aba: SOAP trimestral/semestral). Na terceira, consta o Questionário de Avaliação da Capacidade Funcional do paciente (HAQ). Essas três primeiras abas se encontram detalhadas nos itens 4.1 a 4.3. A quarta aba serve como banco de dados, com informações sobre todos os medicamentos constantes no PCDT-AP. As duas últimas contêm uma ilustração do corpo humano, para auxiliar o paciente na descrição das articulações dolorosas (5ª aba) e das edemaciadas (6ª aba).

As instruções para o preenchimento do campo (célula) ou para a interpretação dos dados lá registrados foram inseridas na forma de “comentário”, sinalizado pela marcação em vermelho do canto direito superior (Figura 1-B).



Figura 1 – Visualização do *template* para o acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico de pacientes com AP

PRONTUÁRIO ARTRITE PSORÍACA		NOME DO PACIENTE	
<b>DADOS DO COLETADOR</b>			
Dados coletados por:			
Função:	Bolsista		
Data da coleta:			
<b>DADOS PESSOAIS DO PACIENTE</b>			
Nome completo:	NOME DO PACIENTE		
Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):	19/11/1980	Idade:	38 anos
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Endereço:		Telefone:	
Emprego:	Empregado(a)	Peso (kg):	
Função:		Altura (cm):	
Escolaridade:		Cartão do SUS:	
Nome do médico:		CRM:	
		Especialidade:	
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">Dados pessoais e Hist clínica</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">SOAP-TRIMESTRAL dia-mês</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">Medicamentos</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">MDA</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">Articulações Dolorosas</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">Articulações E...</span> </div>			

(A) Destaque para as planilhas (abas). (B) Destaque para os comentários destinados à instrução do preenchimento ou à interpretação dos dados registrados naquele campo (célula).

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Este *template* será utilizado para cada paciente em acompanhamento, gerando-se arquivos individuais, identificados com o nome completo do paciente e atualizados a cada entrevista.

O serviço de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico será divulgado entre os usuários, seus cuidadores e os médicos que os acompanham, esclarecendo o seu objetivo: alcançar os melhores resultados possíveis com o tratamento medicamentoso para a AP. Isso significa que as metas terapêuticas serão: minimizar a dor e a rigidez, prevenir o aparecimento de erosões das articulações afetadas, evitar a incapacidade motora, atuar na doença de pele e aumentar a qualidade de vida do paciente. A contribuição do serviço farmacêutico será a avaliação da resposta terapêutica e a avaliação de efeitos colaterais e riscos, conforme estabelece o PCDT-AP (BRASIL, 2018b), considerando todos os medicamentos em uso pelo paciente. Para pacientes em início de tratamento e/ou com doença ativa, as entrevistas serão agendadas a cada três meses; para pacientes com doença estável, a cada seis meses.

O acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico só será realizado com os pacientes que concordarem em participar. Estes serão avisados sobre o tempo de duração das entrevistas e da necessidade de trazerem todos os resultados de exames laboratoriais, prescrições e lista de medicamentos não prescritos em uso.

#### 4.1 CONSULTA ANUAL – DADOS PESSOAIS E HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

A primeira aba, destinada ao registro dos “Dados pessoais e histórico clínico” do paciente, deve ser preenchida no início do acompanhamento e atualizada, se necessário, anualmente.

Inicialmente, foram inseridos campos para a identificação de quem está realizando a entrevista (nome completo e função), bem como a data de sua realização (Figura 1). Estas informações são necessárias para garantir a rastreabilidade, em caso de possíveis erros de digitação ou problemas de interpretação. Salienta-se que a rotatividade de estudantes na Farmácia Escola é muito elevada. Com essa identificação, dúvidas ou problemas no registro têm mais chances de serem esclarecidos, uma vez que possibilita contatar quem realizou a coleta dos dados.

A Figura 2-A ilustra o “comentário” a respeito do preenchimento do campo destinado à função do entrevistador, que é aberto quando se desliza o cursor sobre o canto. Clicando com o botão direito do “mouse” sobre o campo, surge, ao lado direito, o ícone de função que possibilita a escolha de uma das opções (farmacêutico, estagiário, bolsista e outro), desde que se clique sobre ele, também com o botão direito do “mouse” (Figura 2-B).

Figura 2 – Visualização dos dados do coletador

The figure consists of two screenshots, A and B, of a web form titled 'DADOS DO COLETADOR'. The form has three input fields: 'Dados coletados por:', 'Função:', and 'Data da coleta:'. In screenshot A, a red circle highlights a tooltip that appears over the 'Função:' field, containing the text 'Selecionar sua função dentro da FE'. In screenshot B, a red circle highlights the dropdown menu for the 'Função:' field, which lists the following options: 'Estudante', 'Estagiário', 'Farmacêutico', and 'Outro'.

(A) Destaque destinado à instrução do preenchimento da função do coletador na FE.

(B) Destaque para lista suspensa contendo as opções para seleção da função do coletador na FE.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

De forma semelhante, há instruções para o preenchimento da data da entrevista (Figura 3 A e B)

Figura 3 – Visualização do registro da data da entrevista

**A**

DADOS DO COLETADOR	
Dados coletados por:	
Função:	
Data da coleta:	

**B**

DADOS DO COLETADOR	
Dados coletados por:	
Função:	Dolores
Data da coleta:	29/11/2019
Nome completo:	
Data de Nascimento (dd/mm/aa):	
CIN:	
Endereço:	
Emprego:	
Função:	
Escolaridade:	
Nome do médico:	
Diagnóstico Médico - CID 10:	
Manifestação mucocutânea:	
Ano do diagnóstico (aaaa):	
Medicamentos:	
Nedum	
Bismoprotolol	
Nedum	
Histaminol	

Calendário

2019

novembro

D	S	T	Q	Q	S	S
27	28	29	30	1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
1	2	3	4	5	6	7

Hoje: 14/11/2019

Clicar 2 vezes para abrir o calendário ou digitar manualmente

(A) Destaque destinado à instrução do preenchimento da data da coleta.

(B) Visualização da caixa suspensa “calendário”.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

A consulta farmacêutica tem início com o registro dos dados pessoais do paciente (Figura 4-A e 4-B). Algumas informações como nome completo, sexo e o CPF servem para identificação do paciente. Após o registro, esses dados estarão salvos, e ficarão visíveis durante todo o atendimento. Ao completar a data de nascimento, a idade também será automaticamente atualizada. Essa informação é importante para avaliações farmacocinéticas (absorção e excreção) e de medicamentos potencialmente inapropriados para a faixa etária.

As informações de endereço, além de auxiliarem na identificação socioeconômica do paciente, podem ajudar na elucidação de problemas relacionados com o acesso ao tratamento, o qual deve ser considerado em casos de falha terapêutica. Esses dados, juntamente com o preenchimento do número de telefone do entrevistado, também facilitam o contato da Farmácia Escola com o paciente, quando necessário.

Dados informativos em relação ao médico, designando a especialidade e o número no Conselho Regional de Medicina (CRM), identificam se o paciente vem em acompanhamento com especialista ou não e facilitam uma possível comunicação, como por exemplo em casos de posologias inadequadas, ou até mesmo quando verificada a existência de interações

medicamentosas graves, com alternativa de outros fármacos, de maior segurança e com a mesma efetividade.

No item Emprego, incluiu-se as opções: Empregado(a); Desempregado(a); Aposentado(a); e Afastado(a) (Figura 4-B). Quando assinalada a opção Empregado, pode-se acrescentar, abaixo, a função. Essas informações podem estar relacionadas com a piora do paciente, visto que algumas atividades podem sobrecarregar e comprometer o quadro articular.

Figura 4 – Visualização dos dados pessoais do paciente e informações gerais do médico

**A**

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE			
Nome completo:	NOME DO PACIENTE		
Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):	19/11/1980	Idade:	38 anos
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Endereço:		Telefone:	
Emprego:	Empregado(a)	Peso (kg):	
Função:		Altura (cm):	
Escolaridade:		Cartão do SUS:	
Nome do médico:		CRM:	
		Especialidade:	

**B**

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE			
Nome completo:	NOME DO PACIENTE		
Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):	19/11/1980	Idade:	38 anos
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Endereço:		Telefone:	
Emprego:	Empregado(a)	Peso (kg):	
Função:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desempregado(a)</li> <li>Desempregado(a)</li> <li>Afastado do emprego</li> <li>Aposentado(a)</li> </ul>	Altura (cm):	
Escolaridade:		Cartão do SUS:	

(A) Campos destinados ao preenchimento manual dos dados pessoais do paciente e do médico.

(B) Destaque para a lista suspensa com as opções disponíveis para seleção de situação empregatícia do paciente.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Para registro da história clínica do paciente, segundo laudo do médico especialista, foi inserida a janela que elenca as seguintes opções: CID-10 (Figura 5) e a manifestação musculoesquelética (Figura 6). Essas informações estão diretamente ligadas com a farmacoterapia, assim como a gravidade da doença. O ano de diagnóstico também está inserido nessa etapa, sendo essa informação fundamental, pois sabe-se que quanto mais cedo for diagnosticada a AP, e quanto mais rápido se iniciar o tratamento, maiores as chances de diminuir a progressão da doença, prevenir o aparecimento de erosões nas articulações, e proporcionar qualidade de vida ao paciente.

Figura 5 – Visualização da história clínica da AP: item CID

HISTÓRIA CLÍNICA ARTRITE PSORIACA	
Diagnóstico Médico - CID 10:	M070 Artropatia psoriática interfalangeana distal
Manifestação musculoesquelética	M070 Artropatia psoriática interfalangeana distal M072 Espondilite psoriásica M073 Outras artropatias psoriáticas
Ano do diagnóstico (aaaa):	

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Figura 6 – Visualização da história clínica da AP: item Manifestação musculoesquelética predominante

HISTÓRIA CLÍNICA ARTRITE PSORIACA	
Diagnóstico Médico - CID 10:	M070 Artropatia psoriática interfalangeana distal
Manifestação musculoesquelética predom	AP axial
Ano do diagnóstico (aaaa):	AP periférica (artrita, entese ou dactilite) AP axial

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

A próxima etapa é a área para registro dos medicamentos que já foram utilizados pelo paciente no tratamento da AP (Figura 7). Adicionou-se uma lista completa, na qual é possível selecionar os medicamentos já utilizados, assim como a sua forma farmacêutica, concentração e via de administração. Outra célula, identificada por “motivo de interrupção/substituição” também está disponível, com respostas já formadas: Não alcançou a meta terapêutica proposta; Causou um novo problema de saúde; Agravou um problema preexistente; Falta de adesão. Logo após essa célula, o ano em que o mesmo medicamento foi utilizado também deve ser registrado.

O esquema de tratamento da AP é organizado em linhas de cuidado, sendo os AINEs considerados como primeira linha. Quando não há controle satisfatório dos sintomas com AINEs e glicocorticoides, as drogas modificadoras do curso da doença sintéticas (MMCD-s) estão indicadas como a segunda linha do tratamento. Nos casos de inefetividade ou contraindicação do tratamento com os MMCDs, os MMCD-b podem ser a próxima opção (BRASIL, 2018a). Esses dados fornecem uma ideia da progressão da doença e, principalmente, as estratégias farmacológicas já testadas, com o seu possível motivo de suspensão/substituição. Essas informações são importantes para a avaliação de opções terapêuticas nos casos de baixa efetividade ou problemas de segurança.

Figura 7 – Visualização dos medicamentos já utilizados no tratamento da AP

MEDICAMENTOS JÁ FORAM UTILIZADOS PARA AP				
Medicamentos	FF/ Concentração/ Via de adm	Posologia	Motivo de interrupção/substituição	Ano
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Apesar de não existirem exames específicos para o diagnóstico da AP, a avaliação de exames laboratoriais auxilia no diagnóstico e na monitorização da eficácia dos tratamentos (Figura 8), conforme preconizado no PCDT-AP. Ao lado de cada exame há campos para registro dos resultado, da data (por meio da seleção no calendário) e da avaliação, com as opções: normal, acima do VR e abaixo do VR.

Figura 8 – Visualização dos Exames realizados no diagnóstico

EXAMES REALIZADOS NO DIAGNÓSTICO			
Exame	Data do exame:	Resultado do exame:	Situação:
Fator reumatoide	29/11/2019		Negativo
VHS			Acima do VR
PCR			Normal
▼ Hemograma: Hemácias			Normal
└ Hemoglobina			Normal
└ Hematócrito			Abaixo do VR
└ Leucócitos Totais			Normal
└ Neutrófilos			Normal
└ Linfócitos			Normal
└ Contagem de Plaquetas			Normal
Dosagem de creatinina			Normal
AST/TGO			Normal
ALT/TGP			Normal

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Informações acerca da VHS e ProtCR são importantes, pois, de acordo com dados epidemiológicos, possuem relação com a atividade da doença. Os exames hemograma,

contagem de plaquetas e dosagens séricas de creatinina, AST/TGO e ALT/TGP são importantes para a avaliação da segurança do tratamento, ou seja, constituem o painel laboratorial de monitorização trimestral dos principais efeitos adversos ocasionados pelo tratamento medicamentoso. Assim, em caso de alteração nos resultados dos exames laboratoriais ou sintomas e sinais de infecção, o médico pode reduzir a dose do medicamento ou até interrompê-lo (BRASIL, 2018a).

#### 4.2 DESENVOLVIMENTO DO SOAP TRIMESTRAL/SEMESTRAL

O SOAP é o método clássico de registro na área da saúde, o qual organiza os dados clínicos permitindo o acompanhamento dos pacientes e auxiliando no raciocínio para avaliação dos cuidados e na tomada de decisão. Assim, desenvolveu-se a segunda aba do instrumento, designada como “SOAP trimestral/semestral”, de modo que a avaliação e o registro devem ser realizados a cada três meses (em casos de doença ativa), ou a cada seis meses (quando a doença estiver estável, com sintomas controlados e sem mudanças na terapêutica) (BRASIL, 2018a).

De acordo com o PCDT, para a monitorização da resposta terapêutica deve-se utilizar o *Minimal Disease Activity* (MDA), conforme apresentado no Apêndice 1. Os critérios contidos foram adaptados para a avaliação no modelo proposto (COATES; HELLIWELL, 2010).

Após o preenchimento dos dados do atendente (farmacêutico ou estudante), devem ser preenchidos alguns dados pessoais do paciente, visto que os dados completos já estão na primeira aba do instrumento (consulta anual) (Figura 9). Nessa parte, destaca-se que a informação sobre o peso do paciente é importante visto que para alguns medicamentos as doses devem ser calculadas de acordo com o peso, além do sobrepeso e da obesidade sobrecarregarem as articulações.

Figura 9 – Visualização dos dados pessoais do paciente: item Emprego

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE	
Emprego:	Empregado(a)
Função:	<input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Aluno(a) do ensino <input type="checkbox"/> Aprendizado(a)
Nome do médico:	<input type="checkbox"/> não (kg) <input type="checkbox"/> sim (kg) especialidade: CRM:

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Devido ao risco aumentado de doenças cardiovasculares é indicada a adoção de medidas não medicamentosas para o controle desses fatores, entre elas: abandono do tabagismo e outras drogas, prática de exercícios físicos e perda de peso (OGDIE *et al.*, 2014). Embora a evidência científica disponível seja de baixa qualidade, os estudos apontam que a

educação do paciente, a promoção do autocuidado e a realização de atividade física supervisionada, visando à proteção articular, são os tratamentos não medicamentosos indicados nos casos das artrites inflamatórias (DAIEN *et al.*, 2017).

Considerando esses fatores que podem influenciar na progressão da doença, uma janela com “hábitos de vida” foi criada (Figura 10). As respostas já estão prontas para serem selecionadas (Sim/Não), assim como a frequência/dia e a frequência/semana. O item “alimentação” é o único, dessa parte, que está aberto para digitação. Uma alimentação inadequada influencia na patogênese da doença e pode levar à obesidade, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, levando a uma piora da qualidade de vida do paciente. Estudos demonstraram que o abuso de álcool aumenta a prevalência da psoríase, e o fumo está relacionado com risco cardiovascular aumentado (DUARTE; MACHADO-PINTO, 2009). Assim, a prática de exercícios físicos orientada por um fisioterapeuta, e supervisionada por um educador físico, assim como o abandono do álcool e do tabagismo, são indicados como tratamento não medicamentoso.

Figura 10 – Visualização dos hábitos de vida do paciente

HÁBITOS DE VIDA			
Exercício?	<input type="radio"/> Não	Alimentação:	
Cigarro/dia	<input type="radio"/> Sim		
Ingerir bebida alcoólica?	<input type="radio"/> Não	Prática atividade física?	<input type="radio"/> Não
AP de abuso de bebida alcoólica/semana:	<input type="radio"/> Sim	Frequência/semana:	<input type="radio"/> Sim
Descrição dos sinais e sintomas da AP, dos possíveis efeitos adversos aos medicamentos, outras queixas do paciente e outras observações			
Paciente relata:			

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Ainda na Figura 10, é possível observar um espaço, logo abaixo dos “hábitos de vida”, destinado ao registro dos sintomas relatados pelo paciente, sinais avaliados e de outras queixas, como possíveis efeitos adversos dos medicamentos. Outras observações que também afetam a sua qualidade de vida também podem ser inseridas nessa janela.

Para o acompanhamento do paciente, o farmacêutico deve buscar conhecer todos os medicamentos em uso, ou seja, não apenas os específicos para tratamento da AP, incluindo qualquer outro medicamento em uso pelo paciente, seja ele prescrito ou não. Por esse motivo, foram criadas as duas próximas etapas, conforme Figura 11 e Figura 12.

Na etapa mencionada na Figura 11, nomeada como “medicamentos em uso para AP”, deve-se selecionar o medicamento em uso. Na sequência, seleciona-se a forma farmacêutica, a concentração e via de administração, cujas opções já estão inseridas na planilha. A lista



completa de medicamentos específicos para o tratamento da doença foi adicionada, facilitando o preenchimento e conseqüentemente o atendimento. Ao selecionar o medicamento, automaticamente as informações sobre limites de posologia, efeitos adversos frequentes e forma de armazenamento aparecem. Essas informações são importantes e sua disponibilização automática facilita o processo de orientação, avaliação, minimiza os erros e facilita a intervenção, quando necessário.

O único campo em aberto para digitação é o da “posologia prescrita”, no qual deve-se adicionar a informação com base na prescrição médica. Nessa etapa também é possível fazer a associação das possíveis queixas e dos sintomas relatados pelo paciente, na etapa anterior, com os efeitos adversos potenciais de cada medicamento.

O farmacêutico tem um importante papel na avaliação dos tratamentos. E, para isso, são necessárias habilidades de comunicação para encorajar o paciente a falar, e direcionar a coleta das informações pertinentes, assim como de escuta ativa para interpretar a linguagem verbal e não verbal do interlocutor. Assim, foi criado um espaço (inserido na Figura 11 e na Figura 12) para o registro de observações feitas em relação ao uso dos medicamentos, conforme o relato do paciente.

Figura 11 – Visualização dos medicamentos utilizados para AP: coluna FF/ Concentração/ Via de adm

MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA AP					
Medicamento	FF/ Concentração/ Via de adm	Posologia prescrita/ (faixa de idades 20-0-9)	Limites de posologia	Efeitos adversos	Armazenagem
Metformina			7,5 a 25mg 1x/dia. Usar e manter dose eficaz e aumentar o Jodo Tóxico, por via oral, 1 a 10 mg/dia.	Anemia, neuropatia, intolerância gastrointestinal, inchaço e elevação de enzimas hepáticas.	Comp: conservar em temperatura ambiente (15 a 30°C), proteger da luz e umidade. Frasco: vedação adequada deve ser conservada em temperatura ambiente (abaixo de 25°C), protegido.
Neridum					
Neridum					
Neridum					
Neridum					
Neridum					
OBSERVAÇÕES					

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Tão importante quanto saber sobre os medicamentos utilizados pelo paciente no tratamento da AP, são as informações relacionadas a “outros medicamentos” em uso (Figura 12). Estes podem ser por automedicação, como suplementos vitamínicos, plantas medicinais, ou para o tratamento de outras doenças. Interações medicamentosas podem ser previstas com



Figura 13 – Visualização dos exames do paciente para controle da efetividade e segurança do tratamento

EXAMES DO PACIENTE			
EXAMES PARA CONTROLE DE EFETIVIDADE DO TRATAMENTO			
Exame	Data do exame:	Resultado	Situação:
VHS	29/11/2019	250	Acima do VR
PCR			Normal
EXAMES DA SEGURANÇA DO TRATAMENTO			
Exame	Data do exame:	Resultado	Situação:
PA			Normal
Hemograma: Hemácias			Normal
Hemoglobina			Normal
Hematócrito		12	Abaixo do VR
Leucócitos Totais			Normal
Neutrófilos			Normal
Linfócitos			Normal
Contagem de Plaquetas			Normal
Dosagem de creatinina			Normal
AST/TGO	29/11/2019	550	Acima do VR
ALT/TGP	29/11/2019	610	Acima do VR

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Boa parte dos medicamentos utilizados na terapia da AP interfere no sistema imunológico. Sendo assim, alguns exames devem estar presentes na monitorização e fazem parte da avaliação da “segurança do tratamento” (Figura 13). O registro de informações referentes ao hemograma é fundamental para avaliar a presença de anemia e possíveis infecções, os quais são efeitos adversos comuns da terapia com MMCD-s, MMCD-b e inibidor do TNF alfa (Secuquinumabe) (BRASIL, 2018).

Alguns medicamentos utilizados na terapia da AP podem levar à nefrotoxicidade e hepatotoxicidade, sendo os exames de creatinina, níveis de AST/TGO e ALT/TGP, de grande suporte para prever a necessidade de ajustes de doses, ou até mesmo a interrupção destes.

Vale ressaltar a importância da interpretação adequada dos resultados laboratoriais e de se considerar fatores que podem provocar alterações, incluindo a variabilidade biológica e a idade (XAVIER, 2010).

A falha na monitorização dos efeitos adversos pode levar à não adesão ao tratamento e a prejuízos na qualidade de vida do paciente, com impactos sociais e econômicos, como a necessidade de outros medicamentos, consultas, exames, internações e, conseqüentemente, aumento do custo de tratamento.

Alguns exames complementares (Figura 14) também são necessários para acompanhar o paciente. Assim, essa próxima etapa foi pensada em decorrência das comorbidades associadas com a AP. Estudos já demonstraram aumento de peso em pacientes com psoríase e, conseqüentemente, uma incidência maior de diabetes e hipertensão, sendo comuns níveis

elevados de VLDL e HDL. Para investigar e controlar essas alterações, foram incluídos nessa parte do instrumento os seguintes exames: colesterol, triglicerídeos e glicose. Em seguida, cálcio e vitamina D, os quais são necessários para avaliar e prevenir a osteoporose. Tanto a AP aumenta o risco para o desenvolvimento da osteoporose, do diabetes e da dislipidemia quanto estes podem ser eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, como os corticosteroides e a ciclosporina (BRASIL, 2010). Na parte denominada “outro”, fica em aberto caso seja necessária a solicitação de outros exames, de acordo com a condição clínica de cada paciente.

Figura 14 – Visualização dos exames complementares

EXAMES COMPLEMENTARES			
Exame	Data do exame:	Resultado	Situação:
▼ Colesterol Total:			Normal
HDL:			Normal
LDL:			Normal
Triglicerídeos			Normal
Glicose em jejum:			Normal
Vitamina D			Normal
Cálcio			Normal
OUTRO			Normal
OUTRO			Normal

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

A monitorização da resposta terapêutica, envolvendo, além do acometimento das articulações, mas também a progressão da doença de pele, faz-se necessária. Para isso, o PCDT preconiza uma avaliação clínica, seguindo o *Minimal Disease Activity* (MDA) (Figura que elenca seis critérios: VAS, HAQ, contagem de articulações dolorosas, contagem de articulações edemaciadas, PASI e entesite. Para cada um desses, há uma especificação recomendada. O paciente é considerado com a atividade mínima da doença quando apresenta baixos *scores* para 5 critérios. Dessa forma, a próxima etapa do instrumento conta com um quadro (Figura 15) que permite que o farmacêutico/estagiário aplique cada um desses itens de uma forma prática e objetiva.

Figura 15 – Visualização da Atividade mínima da doença (MDA)

ATIVIDADE MÍNIMA DA DOENÇA (MDA)			
(1) Capacidade Funcional (HAQ) Última Aplicação:	29/11/2019	Próxima aplicação a partir de:	28/11/2020 <span>Aplicar Agora</span>
(2) Nº de articulações dolorosas:	<span>Marcar</span>		
(3) Nº de articulações edemaciadas:	<span>Marcar</span>		
(4) Escala de dor do VAS (Anterior)			
(4) Escala de dor do VAS (Atual)			
(5) Entesite	2		
(6) PAS (Grauidade em Percentual)	Grauidade:	2	Percentual: 100 %
(7) Paciente atingiu a atividade mínima da doença			

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

O primeiro passo, conforme a Figura 15, é aplicação do HAQ. Para acessar o HAQ basta clicar no botão “Aplicar Agora”. Esse é um questionário (Figura 16) com perguntas e respostas que avaliam como a doença afeta as atividades diárias do paciente. Ele é composto por oito categorias, entre elas: vestimenta, acordar, alimentar-se, caminhar, higiene, entre outras atividades do dia a dia. Para cada uma dessas, o paciente indica o grau de dificuldade em quatro possíveis respostas que vão de “nenhuma dificuldade = 0” até “incapaz de fazê-lo = 3”. A interpretação final se dá pela pontuação de cada categoria, na qual se utiliza o maior *score* dentro de cada categoria. A pontuação final é a média das pontuações das oito categorias.

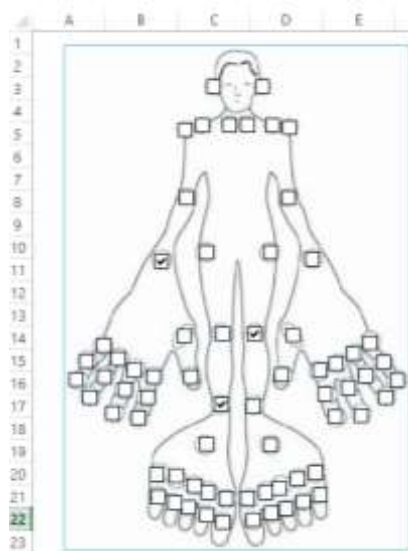
Figura 16 – Visualização do questionário que avalia a capacidade funcional do paciente (HAQ)

HAQ						
Nº	Atividade	Sem dificuldade (=0)	Com alguma dificuldade (=1)	Com muita dificuldade (=2)	Incapaz de fazer (=3)	Escreva o score de maior valor dentro dos grupos (definidos pelo tom de azul)
12	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	☒	○	○	○	2
13	Levantar os braços e pegar um objeto de mais ou menos 2,5 quilos, que está posicionado um pouco acima de sua cabeça?	☒	○	○	○	
14	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	○	○	☒	○	0
15	Segurar-se em pé no ônibus ou no metrô?	☒	○	○	○	
16	Abrir potes ou vidros de conserva que tenham sido previamente abertos?	☒	○	○	○	
17	Abrir e fechar torneiras?	☒	○	○	○	
18	Fazer compras na redondeza onde mora?	☒	○	○	○	0
19	Entrar e sair de um ônibus?	☒	○	○	○	
20	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água?	☒	○	○	○	
<b>TOTAL</b>						0,875
<b>INTERPRETAÇÃO</b>						Deficiência leve

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Para relatar o número de articulações dolorosas e edemaciadas, utiliza-se o *Disease Activity in Psoriatic Arthritis Score (DAPSA)*, que promove a fácil identificação destas. Clicando na opção “Marcar” (Figura 15), é exibida uma imagem do corpo humano, com destaque para as articulações, o que facilita a identificação, por parte dos pacientes, das articulações acometidas (Figura 17). Depois, o farmacêutico/estagiário somará as marcações realizadas e irá registrar o número correspondente ao somatório.

Figura 17 – Visualização do corpo humano com destaque para as articulações que podem estar acometidas



Fonte: Brasil (2018b, p. 27).

O VAS (traduzido do inglês: Escala Visual Analógica – EVA) visa auxiliar na avaliação da intensidade da dor no paciente. Sendo assim, é possível acompanhar a evolução da dor durante o tratamento de maneira mais fidedigna, analisando as oscilações, melhoras e pioras. Conforme a imagem apresentada na Figura 15, o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor, sendo que 0 significa ausência total de dor e 100 o nível de dor máxima suportável pelo paciente. (BERGAMASCO; CRUZ, 2007)

A entesite é um processo inflamatório da êntese (local onde ligamentos, tendões e a cápsula que envolve as articulações “se ligam” aos ossos) (MIGUEL *et al.*, 2009). Uma opção na qual é possível selecionar o número de entesites que o paciente apresenta, foi inserido como a próxima etapa. Esta será registrada, conforme o relato do paciente.

O PASI (traduzido do inglês: Índice de Área e Gravidade da Psoríase) será registrado conforme a avaliação médica, visto que o farmacêutico não é um profissional habilitado para realizar tal avaliação. Esse índice varia de 0 a 72 e com ele é possível medir a gravidade e extensão da psoríase, a partir da análise das quatro regiões do corpo: cabeça, tronco, membros superiores e membros inferiores, quanto à presença de eritema, espessura, descamação das placas e, por fim, o cálculo da área corporal acometida.

Analisados os critérios descritos anteriormente, o farmacêutico registrará se o paciente atingiu a atividade mínima da doença, selecionando uma das opções de resposta: Sim/Não.

Para facilitar a avaliação do paciente, foi criada uma etapa (Figura 18), a qual interliga os resultados dos exames do paciente (conforme Figura 13) nesse mesmo espaço. Por exemplo, quando os resultados de VHS e ProtCR estiverem acima do VR, automaticamente esses campos serão preenchidos, indicando presença de inflamação. O mesmo acontece com os itens do “monitoramento da segurança”. Um hematócrito abaixo do VR, por exemplo, pode predizer uma anemia, assim como alterações na AST e ALT podem indicar problema hepático. Ou seja, os resultados dos exames que apresentarem alterações aparecerão nesse campo como forma de alerta e para facilitar a avaliação e a elaboração da intervenção.

Figura 18 – Visualização do campo para avaliação do paciente: Monitoramento da efetividade e segurança

AVALIAÇÃO DO PACIENTE (A)					
Monitoramento da efetividade					
Intensidade da dor do mês passado	0	Houve piora	VHS	250	Presença de inflamação
Intensidade da dor desse mês	0		PCR	0	
SIM					
AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE					
Monitoramento da segurança					
PA	0		Hipertensão:		NÃO
Hemograma: Hemácias	0		Anemia		SIM
Hemoglobina	0		Leucopenia:		NÃO
Hematócrito	12		Neutropenia:		NÃO
Leucócitos Totais	0		Linfopenia:		NÃO
Neutrófilos	0		Trombocitopenia:		NÃO
Linfócitos	0		Função renal:		Normal
Contagem de Plaquetas	0		Função hepática:		Alterada
Dosagem de creatinina	0				
AST/TGO	350				
ALT/TGP	610				
Descrição dos sinais e sintomas da AP e dos possíveis efeitos adversos aos medicamentos:					
Paciente relata..					

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Assim, na última etapa do SOAP está prevista a elaboração de um plano de cuidado. Neste, serão planejadas e registradas as intervenções farmacêuticas, visando à resolução ou prevenção de problemas relacionados à farmacoterapia e ao alcance do sucesso na terapêutica. Essa elaboração deve ser documentada (conforme Figura 19) por meio das respostas (0 = Não, 1 = Sim), para cada uma das opções de intervenção elencadas, como, por exemplo, se identificado durante o atendimento que o paciente não compreende o modo correto de uso do seu medicamento, o paciente deve ser orientado e o formulário deve ser assinalado no plano com a opção “Explicado como fazer uso dos medicamentos”.

De acordo com a literatura, os principais erros no uso de medicamentos se referem a erros de dose, de administração, omissão de dose e interação medicamentosa (REIS *et al.*, 2013; LESAR; BRICELAND; STEIN, 1997). Qualquer uma dessas situações pode ser identificada pelo farmacêutico durante o atendimento do paciente.



Figura 19 – Visualização do campo destinado para o registro de intervenção farmacêutica/plano de cuidado

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA/PLANO (P)	
ASSINALE O QUE FOI REALIZADO (S=1/N=0):	
<input checked="" type="checkbox"/>	Explicado como fazer uso dos medicamentos.
<input checked="" type="checkbox"/>	Explicado como armazenar os medicamentos em casa.
<input checked="" type="checkbox"/>	Aprazamento
<input checked="" type="checkbox"/>	Reforçada a importância da atividade física no controle/manifestação da AR.
<input checked="" type="checkbox"/>	Reforçada a importância da alimentação no controle/manifestação da AR.
<input checked="" type="checkbox"/>	Reforçada a relação entre o tabagismo e a manifestação da AR.
<input checked="" type="checkbox"/>	Reforçada a relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a manifestação da AR.
Outro. Descrever:	
ASSINALE O QUE SERÁ REALIZADO (S=1/N=0):	
<input checked="" type="checkbox"/>	Busca de informações sobre efeitos adversos dos medicamentos em uso.
<input checked="" type="checkbox"/>	Busca de informações sobre riscos de interações entre os medicamentos em uso.
<input checked="" type="checkbox"/>	Carta ao prescritor sugerindo a troca de dosagem de algum medicamento.
<input checked="" type="checkbox"/>	Carta ao prescritor sugerindo a substituição de algum medicamento.
Outro.	

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Há situações em que o próprio farmacêutico consegue resolver (por exemplo, orientar o uso adequado), e outras em que poderá ser necessário um encaminhamento para o médico assistente (como nos casos de interações clinicamente significativas, em que os tratamentos não podem ser descontinuados). A boa taxa de aceitação das intervenções farmacêuticas observadas em estudos confirma o reconhecimento, por parte dos médicos, quanto a uma possível contribuição dos farmacêuticos na prevenção e redução de problemas no uso de medicamentos (REIS *et al.*, 2013; COOPER *et al.*, 2015; RIORDAN *et al.*, 2016).

Destaca-se que os problemas existentes para o acompanhamento regular de pacientes com doenças crônicas (falta de especialistas, longas filas para a realização de exames etc.) podem resultar em baixas taxas de resposta aos tratamentos e maior incidência de eventos adversos, o que frequentemente requer cuidados mais complexos. Ou seja, podem resultar na piora do quadro clínico do paciente, levando a um maior número de terapias adicionais, aumento de retornos aos serviços de saúde e maiores gastos nos tratamentos (VIEIRA, 2010). Dessa forma, é importante salientar o valor do serviço farmacêutico para a ampliação da efetividade e segurança dos tratamentos.

A última aba do instrumento é destinada a caracterização de todos os medicamentos estabelecidos no tratamento da AP, conforme o PCDT 2018. Estão disponíveis as seguintes informações: classe do medicamento, ff/conc. e via de adm., limites de posologia, efetividade, efeitos adversos, os principais efeitos adversos, avaliação da segurança, e armazenamento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática profissional farmacêutica, em colaboração com o paciente, permite detectar, prevenir e solucionar problemas relacionados com a medicação, a fim de aumentar a qualidade de vida do mesmo.

O acompanhamento farmacoterapêutico é um serviço que, para ser ofertado, requer a sistematização da coleta de dados e dos registros.

No instrumento desenvolvido, procurou-se manter a sequência proposta pelo método do Registro Clínico Orientado por Problemas, ainda que com maior ênfase na avaliação da efetividade e segurança da terapia medicamentosa para a Artrite Psoriática.

Acredita-se que, por agregar as orientações para a monitorização, conforme PCDT-AP, em uma sequência compatível com a dinâmica de uma entrevista farmacêutica, irá facilitar o trabalho de estudantes de Farmácia e farmacêuticos, na realização do acompanhamento farmacoterapêutico.

Salienta-se que este instrumento, mesmo já tendo sido avaliado por farmacêuticos e professores, ainda será testado e validado, em relação à sua capacidade de facilitar a uniformização das entrevistas, das avaliações e das intervenções realizadas por estudantes e farmacêuticos, bem como o registro sistematizado de dados necessários à avaliação dos resultados dos tratamentos.

## REFERÊNCIAS

- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, Supl. 3, p. 3603-3614, 2010.
- ARAÚJO, P. S. *et al.* Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, Supl. 2, 2017.
- BERGAMASCO, E. C.; CRUZ, D. de A. L. M. da. Adaptação das Visual Analog Sleep Scales para a língua portuguesa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, set./out., 2007.
- BOS, J. D. *et al.* Psoriasis: dysregulation of innate immunity. **British Journal of Dermatology**, [s.l.], v. 152, p. 1098-1107, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Secuquinumabe para o tratamento de artrite psoriásica em pacientes adultos com resposta inadequada a medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos ou biológicos da classe anti-TNF**. Brasília: Ministério da Saúde/CONITEC, 2019. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio\\_Secuquinumabe\\_Artrite\\_Psoriasica.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_Secuquinumabe_Artrite_Psoriasica.pdf). Acesso em: 10 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Caderno 2 - Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_farmaceutico\\_atencao\\_basica\\_saude\\_2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmaceutico_atencao_basica_saude_2.pdf). Acesso em: 10 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Caderno 1 - Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos\\_farmaceuticos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_1ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude_1ed.pdf). Acesso em: 10 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/29/FTN-2010.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 1854/2018-CGJUD/SE/GAB/SE/MS. Doença: psoríase grave recalcitante**. Maio, 2018a. Disponível em: [https://sei.saude.gov.br/sei/documento\\_consulta\\_externa.php?id\\_acesso\\_externo=26156&id\\_documento=4205065&infra\\_hash=576d3594fe74e64aad763786d7832ff1](https://sei.saude.gov.br/sei/documento_consulta_externa.php?id_acesso_externo=26156&id_documento=4205065&infra_hash=576d3594fe74e64aad763786d7832ff1). Acesso em: 18 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Conjunta nº 26**, de

24 de outubro de 2018b. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriática. Out., 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/09/PCDT-Artrite-Psoriaca-22-10-2018.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

CANTINI, F. *et al.* Psoriatic arthritis: a systematic review. **International Journal of Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 13, p. 300-317, 2010.

COATES, L. C. *et al.* Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis. **Arthritis & Rheumatology**, [s.l.], v. 68, n. 5, p. 1060-1071, maio, 2016.

COATES, L. C.; HELLIWELL, P. Psoriatic arthritis: state of the art review. **Clinical Medicine**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 65-70, 2017.

COATES, L. C.; HELLIWELL, P. Validation of minimal disease activity criteria for psoriatic arthritis using interventional trial data. **Arthritis Care & Research**, Hoboken, v. 62, n. 7, p. 965-969, jul., 2010.

COOPER J. A. *et al.* Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. **BMJ Open**, [s.l.], v. 5, n. 12, 2015.

CORRER, J. C. *et al.* **Assistência Farmacêutica no Brasil: Atuação clínica do farmacêutico**. Editora UFSC, v. 5, p. 221-249, 2016.

DABÉS, C. G. e S.; ALMEIDA, A. M.; ACURCIO, F. de A. Não adesão à terapia biológica em pacientes com doenças reumáticas no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 599-2609, dez., 2015.

DAIEN, C. I. *et al.* Non-pharmacological and pharmacological interventions in patients with early arthritis: a systematic literature review informing the 2016 update of EULAR recommendations for the management of early arthritis. **RMD Open**, [s.l.], v. 3, n.1, 2017.

DUARTE, A. A.; MACHADO-PINTO, J. Artrite Psoriásica e comorbidades. *In: Consenso Brasileiro de Psoríase 2009*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2009. p. 31-36.

EDER, L. *et al.* The Incidence and Risk Factors for Psoriatic Arthritis in Patients With Psoriasis: A Prospective Cohort Study. **Arthritis & Rheumatology**, [s.l.], v. 68, n. 4, p. 915-923, abr., 2016.

FERREIRA, J. S.; DIETRICH, S. H. C.; PEDRO, D. A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 792-801, jul./set., 2015.

GLADMAN, D. D. *et al.* Differences in the expression of spondyloarthropathy: a comparison between ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. **Clinical and Investigative Medicine**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 1-7, fev., 1993.

GLADMAN, D. D. *et al.* Do patients with psoriatic arthritis who present early fare better than those presenting later in the disease? **Annals of the Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 70, p. 2152-2154, 2011.

GLADMAN, D. D. *et al.* Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. **Annals of the Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 64, suppl. II, p. ii14-ii17, 2005.

GOLDENSTEIN-SCHAINBERG, C.; FAVARATO, M. H. S.; RANZA, R. Conceitos atuais e relevantes sobre Artrite psoriásica. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 52, n. 1, p. 92-106, jan., 2012.

GREAVES, M. W.; WEINSTEIN, G. D. Treatment of psoriasis. **New England Journal of Medicine**, [s.l.], v. 332, p. 581-588, 1995.

HUSNI, M. E.; MEROLA, J. F.; DAVIN, S. The psychosocial burden of psoriatic arthritis. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, [s.l.], v. 47, p. 351-360, 2017.

IBRAHIM, G.; WAXMAN, R.; HELLIWELL, P. S. The prevalence of Psoriatic Arthritis in people with Psoriasis. **Arthritis & Rheumatism**, [s.l.], v. 61, n. 10, p. 1373-1378, out., 2009.

LESAR, T. S.; BRICELAND, L.; STEIN, D. S. Factors related to errors in medication prescribing. **Journal of the American Medical Association**, [s.l.], v. 277, n. 4, p. 312-317, 1997.

LIMA, A. P. V. de; NETO FILHO, M. dos A. Efeitos em longo prazo de inibidores da bomba de prótons. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, [s.l.], v. 5, n. 3, p. 45-49, 2014.

LIU, J. *et al.* Psoriatic arthritis: Epidemiology, diagnosis, and treatment. **World Journal of Orthopedics**, [s.l.], v. 5, n. 4, p. 537-543, set., 2018.

MENTER, A. *et al.* Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. **Journal of the American Academy of Dermatology**, [s.l.], v. 58, n. 5, p. 827-849, 2008.

MIGUEL, E. *et al.* Validity of enthesis ultrasound assessment in spondyloarthropathy. **Annals of the Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 68, n. 2, p. 169-174, fev., 2009.

MOTA, L. M. H. da *et al.* Diretrizes para o diagnóstico da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 53, n. 2, mar./abr., 2013.

NOVARTIS. **Artrite psoriásica**: Tratamento da artrite psoriásica. 2019. Disponível em: <https://saude.novartis.com.br/artrite-psoriasica/tratamento-da-artrite-psoriasica/>. Acesso em: 10 out. 2019.

OGDIE, A. *et al.* Comprehensive Treatment of Psoriatic Arthritis: Managing Comorbidities and Extraarticular Manifestations. **The Journal of Rheumatology**, [s.l.], v. 41, n. 11, p. 2315-2322, nov., 2014.

OGDIE, A.; WEISS, P. The Epidemiology of Psoriatic Arthritis. **Rheumatic Diseases Clinics of North America**, [s.l.], v. 41, n. 4, p. 545-568, nov., 2015.

PAVAN-CÂNDIDO, C. C. **Avaliação da eficácia de um grupo psicoeducativo sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com psoríase**. 2012. 124 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, 2012.

REIS, W. C. T. *et al.* Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 190-6, 2013.

RESENDE, G. G. *et al.* Enteropathic arthritis in Brazil: data from the Brazilian registry of spondyloarthritis. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 53, n. 6, p. 452-459, 2013.

RIORDAN, D. O. *et al.* The effect of pharmacist-led interventions in optimising prescribing in older adults in primary care: a systematic review. **SAGE Open Med**, [s.l.], v. 4, jun., 2016.

RITCHLIN, C. T.; COLBERT, R. A.; GLADMAN, D. D. Psoriatic Arthritis. **The New England Journal of Medicine**, [s.l.], v. 376, p. 957-70, mar., 2017.

RUIZ, D. G.; AZEVEDO, M. N. L. de; SANTOS, O. L. da R. Artrite psoriásica: entidade clínica distinta da psoríase? **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 52, n. 4, p. 623-638, 2012.

SAMPAIO-BARROS, P. D. Epidemiology of Spondyloarthritis in Brazil. **The American Journal of the Medical Sciences**, [s.l.], v. 341, n. 4, p. 287-288, 2011.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA. **Manual Informativo para o doente com Artrite Psoriática**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2013. Disponível em: [https://www.spreumatologia.pt/upload/Manual\\_DT\\_PsA\\_01.pdf](https://www.spreumatologia.pt/upload/Manual_DT_PsA_01.pdf). Acesso em: 10 out. 2019.

SOKOLL, K. B.; HELLIWELL, P. S. Comparison of disability and quality of life in rheumatoid and psoriatic arthritis. **The Journal of Rheumatology**, [s.l.], v. 28, n. 8, p. 1842-1846, 2001.

TAYLOR, W. *et al.* Classification Criteria for Psoriatic Arthritis: Development of New

Criteria from a Large International Study. **Arthritis & Rheumatism**, [s.l.], v. 54, n. 8, p. 2665-2673, ago., 2006.

TERENZI, R. *et al.* One year in review 2017: spondyloarthritis. **Clinical and Experimental Rheumatology**, [s.l.], v. 36, p. 1-14, jan., 2018.

VEALE, D. J.; RITCHLIN, C.; FITZGERALD, O. Immunopathology of psoriasis and psoriatic arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 64, Suppl. II, p. ii26–ii29, 2005.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

XAVIER, R. M. *et al.* Laboratório na prática clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

YANG, Y. X. *et al.* Long-term proton pump inhibitor therapy and risk of hip fracture. **Journal of the American Medical Association**, [s.l.], v. 296, n. 24, p. 2947-2953, dez., 2006.

## APÊNDICE 1 – MDA

Quadro 2 – *Minimal Disease Activity* (MDA)

CRITÉRIO	PONTO DE CORTE
Escala de Dor por VAS, escala 0 a 100	<15
HAQ, 0-3	$\leq 0,5$
Contagem de articulações dolorosas	$\leq 1$
Contagem de articulações edemaciadas	$\leq 1$
PASI, 0–72 OU área de superfície corporal envolvida, 0 a 100%	$\leq 1$  $\leq 3$
Entesite	$\leq 1$

VAS: escala analógica visual;

HAQ: Questionário de Avaliação de Saúde; PASI: Área de Psoríase e Índice de Gravidade.

\*Tradução literal para o português validada pela Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).



## APÊNDICE 2 – HAQ

Quadro 3 – Avaliação da Capacidade Funcional – HAQ: *Health Assessment Questionnaire* (0 a 3)

o	Atividade	Sem dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
1	Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos seus sapatos, abotoar as suas roupas?				
2	Lavar sua cabeça e os seus cabelos?				
3	Levantar-se de uma maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?				
4	Deitar-se e levantar-se da cama?				
5	Cortar um pedaço de carne?				
6	Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?				
7	Abrir um saco de leite comum?				
8	Caminhar em lugares planos?				
9	Subir cinco degraus?				
0	Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?				
1	Tomar um banho de chuveiro?				
2	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?				

o	Atividade	Sem dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
3	Levantar os braços e pegar um objeto de mais ou menos 2,5 quilos, que está posicionado um pouco acima de sua cabeça?				
4	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?				
5	Segurar-se em pé no ônibus ou no metrô?				
6	Abrir potes ou vidros de conserva que tenham sido previamente abertos?				
7	Abrir e fechar torneiras?				
8	Fazer compras na redondeza onde mora?				
9	Entrar e sair de um ônibus?				
0	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água?				

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Quadro 4 – Avaliação dos Escores do HAQ: média aritmética dos maiores escores de cada componente

Componentes	Perguntas	Maior escore
Componente 1 (vestir-se).	Perguntas 1 e 2.	
Componente 2 (levantar-se).	Perguntas 3 e 4.	
Componente 3 (alimentar-se).	Perguntas 5, 6 e 7.	
Componente 4 (caminhar).	Perguntas 8 e 9.	
Componente 5 (higiene pessoal).	Perguntas 10, 11 e 12	

<b>Componentes</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Maior escore</b>
Componente 6 (alcançar objetos).	Perguntas 13 e 14.	
Componente 7 (apreender objetos).	Perguntas 15, 16 e 17.	
Componente 8 (outras atividades).	Perguntas 18, 19 e 20.	

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

A fórmula do HAQ é calculada a partir dos maiores escores de cada componente: somatório dos maiores escores de cada componente (o maior escore do componente 1, mais o maior escore do componente 2, mais o maior escore do componente 3, mais o maior escore do componente 4, mais o maior escore do componente 5, mais o maior escore do componente 6, mais o maior escore do componente 7, mais o maior escore do componente 8) dividido.

## APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO: CONSULTA ANUAL – DADOS PESSOAIS E HISTÓRIA CLÍNICA

Figura 20 – Instrumento: Consulta anual: Dados pessoais e história clínica

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE				
Nome completo:	NOME DO PACIENTE			
Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):	19/11/1980	Idade:	38 anos	
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Endereço:		Telefone:		
Emprego:	Empregado(a)	Peso (kg):		
Função:		Altura (cm):		
Escolaridade:		Cartão do SUS:		
Nome do médico:		CRM:		
		Especialidade:		
HISTÓRIA CLÍNICA ARTRITE PSORIACA				
Diagnóstico Médico - CID 10:	M070 Artropatia psoriática interfalangeiana distal			
Manifestação musculoesquelética predileta:	AP axial			
Ano do diagnóstico (aaaa):				
MEDICAMENTOS JÁ FORAM UTILIZADOS PARA AP				
Medicamentos	FF/ Concentração/ Via de adm	Posologia	Motivo de interrupção/substituição	Ano
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
Nenhum			Nenhum	
EXAMES REALIZADOS NO DIAGNÓSTICO				
Exame	Data do exame:	Resultado do exame:	Situação:	
Fator reumatoide			Negativo	
VHS			Normal	
PCR			Normal	
▼ Hemograma: Hemácias			Normal	
Hemoglobina			Normal	
Hematócrito			Normal	
Leucócitos Totais			Normal	
Neutrófilos			Normal	
Linfócitos			Normal	
Contagem de Plaquetas			Normal	
Dosagem de creatinina			Normal	
AST/TGO			Normal	
ALT/TGP			Normal	

OUTRAS OBSERVAÇÕES			
Descrição dos sinais e sintomas que o paciente relata sobre o começo da AR			
Intensidade da dor	0	Número de articulações acometidas	0
Outras observações			

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

## APÊNDICE 4 – INSTRUMENTO: SOAP TRIMESTRAL / SEMESTRAL

Figura 21 – SOAP Trimestral / Semestral

PRONTUÁRIO ARTRITE PSORIÁICA					
<b>DADOS DO COLTADE</b>					
Dados coletados por:					
Função:			Balsista		
Data de coleta:			06/11/2018		
<b>DADOS PESSOAIS DO PACIENTE</b>					
Emprego:		Empregado(a)		Peso (kg)	
Função:				Altura (cm)	
Nome do médico:				Especialidade:	
				CRM:	
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>					
Fumante?		Não		Alimentação:	
Egípcico/a?		0			
Ingerir bebida alcoólica?		Não		Prática atividade física?	
0		0		Não	
0		0		0	
Descrição dos sinais e sintomas de AP, dos possíveis efeitos adversos aos medicamentos, outras queixas do paciente e outras observações					
Paciente está:					
<b>MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA AP</b>					
Medicamento	FR/ Concentração/ Via de adm.	Posologia prescrita/ Hora de adm. (S-D-N)	Uso em psoríase	Uso em artrite	Uso em dor
Aspirina			*	*	*
Aspirina			*	*	*
Aspirina			*	*	*
Aspirina			*	*	*
Aspirina			*	*	*
Aspirina			*	*	*
Aspirina			*	*	*
Aspirina			*	*	*
Aspirina			*	*	*
Aspirina			*	*	*
Aspirina			*	*	*
<b>OBSERVAÇÕES</b>					
<b>OUTROS MEDICAMENTOS</b>					
Medicamento	FR/ Concentração/ Via de adm.	Posologia	Finalidade		
<b>OBSERVAÇÕES</b>					

EXAMES DO PACIENTE			
EXAMES PARA CONTROLE EFETIVIDADE DO TRATAMENTO			
Exame	Data do exame:	Resultado	Situação:
VHS			Normal
PCR			Normal
EXAMES DA SEGURANÇA DO TRATAMENTO			
Exame	Data do exame:	Resultado	Situação:
PA			Normal
▼ Hemograma: Hemácias			Normal
Hemoglobina			Normal
Hematócrito			Normal
Leucócitos Totais			Normal
Neutrófilos			Normal
Linfócitos			Normal
Contagem de Plaquetas			Normal
Dosagem de creatinina			Normal
AST/TGO			Normal
ALT/TGP			Normal
EXAMES COMPLEMENTARES			
Exame	Data do exame:	Resultado	Situação:
▼ Colesterol Total:			Normal
HDL:			Normal
LDL:			Normal
Triglicédeos:			Normal
Glicose em jejum:			Normal
Vitamina D			Normal
Cálcio			Normal
OUTRO			Normal
OUTRO			Normal
ATIVIDADE MÍNIMA DA DOENÇA (MDA)			
(1) Capacidade Funcional (HAQ) Última Aplicação:	24/11/2019	Próxima aplicação a partir de:	23/11/2020 <a href="#">Aplicar Agora</a>
(2) Nº de articulações dolorosas:	<a href="#">Marcar Articulações</a>		
(3) Nº de articulações edemaciadas:	<a href="#">Marcar Articulações</a>		
(4) Escala de dor do VAS (Anterior)			
(4) Escala de dor do VAS (Atual)			
(5) Entesite	2		
(6) PASI (Gravidade ou Percentual)	Gravidade:	2	Percentual: 100 %
(7) Paciente atingiu a atividade mínima da doença?			
AVALIAÇÃO DO PACIENTE (A)			
Monitoramento da efetividade			
Intensidade da dor do mês passado	0	Houve piora	VHS
Intensidade da dor desse mês	0		PCR
			0
			0
			Presença de inflamação
			NÃO
AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE			

Monitoramento da segurança			
PA	0	Hipertensão:	NÃO
Hemograma: Hemácias	0	Anemia	NÃO
Hemoglobina	0		
Hematócrito	0	Leucopenia:	NÃO
Leucócitos Totais	0	Neutropenia:	NÃO
Neutrófilos	0	Linfopenia:	NÃO
Linfócitos	0	Trombocitopenia:	NÃO
Contagem de Plaquetas	0	Função renal:	Normal
Dosagem de creatinina	0	Função hepática:	Normal
AST/TGO	0		
ALT/TGP	0		
Descrição dos sinais e sintomas da AP e dos possíveis efeitos adversos aos medicamentos			
Paciente relata...			
Descrição dos sinais e sintomas da AP e dos possíveis efeitos adversos aos medicamentos			
Paciente relata...			
AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA			
INTERVENÇÃO FARMACÉUTICA/PLANO (P)			
ASSINALE O QUE FOI REALIZADO (S=1/N=0):			
<input checked="" type="checkbox"/>	Explicado como fazer uso dos medicamentos.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Explicado como armazenar os medicamentos em casa.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Aprazamento		
<input type="checkbox"/>	Reforçada a importância da atividade física no controle/manifestação da AR.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Reforçada a importância da alimentação no controle/manifestação da AR.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Reforçada a relação entre o tabagismo e a manifestação da AR.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Reforçada a relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a manifestação da AR.		
Outro, Descrever:			
ASSINALE O QUE SERÁ REALIZADO (S=1/N=0):			
<input checked="" type="checkbox"/>	Busca de informações sobre efeitos adversos dos medicamentos em uso.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Busca de informações sobre riscos de interações entre os medicamentos em uso.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Carta ao prescritor sugerindo a troca de dosagem de algum medicamento.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Carta ao prescritor sugerindo a substituição de algum medicamento.		
Outro, Descrever:			

Fonte: Elaborada pela autora (2019).



**APÊNDICE 5 – INSTRUMENTO: INFORMAÇÕES SOBRE OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA AP**

Figura 22 – Informações sobre os medicamentos utilizados no tratamento da AP

AVALIAÇÃO DO USO DOS MEDICAMENTOS PARA AR								
CLASSE	MEDICAMENTO	FRM CONCENTRAÇÃO VIA DE ADM	LIMITES DE POSOLOGIA	EFETIVIDADE	EFEITOS ADVERSOS	EVOLUÇÃO DA SEGURANÇA	PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS	ARMAZENAMENTO
AINEs	Naproxeno	comprimidos revestidos de 250, 500 e 500 mg, solução oral de 50 mg/ml	600 a 1.200 mg/dia, por via oral, divididos em três administrações (50% %)	Analgésico, antiinflamatório e atividade antitrombótica	dores, náusea, agranulocitose, anemia, apendicite, emaciamento, anemia hemolítica, neutropenia, pancreatopatia, trombotocitopenia (com ou sem aparecimento de púrpura, redução de agregação plaquetária, reações anafiláticas anafiláticas), redução do apetite, retenção de líquidos, confusão, tontura, cefaleia, hipertensão, vômito, úlcera no estômago e do trato gastrointestinal	Hemograma, creatinina, AST/TGO e ALT/TGP A cada 1 a 3 meses	Queimadura no estômago, náuseas, tonturas, retenção de líquidos e edemas. Anemia, neutropenia, trombotocitopenia	conservar em temperatura ambiente (15 a 30°C), protegido da luz e umidade.
	Naproxeno	comprimidos de 250 mg ou de 500 mg (VO)	500 a 1.000 mg/dia, 2x de (vítima e menor dose pelo menor tempo possível)	Anti-inflamatório com ação analgésica e antipéptica	Dor abdominal, náusea, constipação, diarreia, dispnéia, náuseas, estomatite, acne, sonolência, vertigens, emaciamento, tontura, erupções cutâneas, prurido, rubor facial, síndrome de disfunção sistêmica e visual, pediculose, edemas, dispnéia e púrpura.		Dor abdominal, náusea, constipação, diarreia, dispnéia, náuseas, estomatite, acne, sonolência, vertigens, emaciamento, tontura	Conservar em temperatura ambiente (15 a 30°C) e protegido da luz e umidade.
Glicosídeos	Verapamilina	PO para solução injetável 500 mg (B) (IV)	40 a 80 mg, três ou quatro vezes, a cada 3 meses, 1.000 mg/dia, por via intravenosa (administrados durante pelo menos 2 horas), por 3 dias consecutivos (pulsoterapia)	Anti-inflamatório e imunossupressor	retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problemas nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlcera), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de coordenação de movimentos, pele seca e fígado, irregularidades na menstruação, e manifestação de diabetes mellitus.	Hemograma, creatinina, glicemia A cada 1 a 3 meses. Controle da pressão arterial	retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problemas nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlcera)	Mantém o produto em sua embalagem original e conservar em temperatura ambiente (entre 15° e 30°C), protegido da luz e umidade. Armazenar a solução preparada à temperatura ambiente (entre 15° e 30°C), útilizada e no período de 48 horas.
	Prednisona	Comprimidos de 5 ou 20 mg (VO)	Até 60mg -10mg/dia Base dose = 1mg/dia	Anti-inflamatório, esteroide e analgésico no tratamento de doenças que respondem a corticosteróides	Aumento do apetite, indigestão, ulceração do estômago em indivíduos com possível perfuração e sangramento, inflamação do pâncreas, inflamação do estômago com úlcera, nevralgia, cegueira e insônia.		Aumento do apetite, indigestão, ulceração do estômago em indivíduos com possível perfuração e sangramento	Conservar em temperatura ambiente (15 a 30°C) e protegido da luz e umidade.
IMiD - sintéticos	Methotrexato	Comprimidos 2,5mg (VO); frasco de 10 mg/2 ml (SC e IM)	7,5 a 20mg 1x/semana. Utilizar a menor dose eficaz e associar a ácido fólico, por via oral, 1 a 10 mg/semana.	Fármaco padrão no tratamento de AR. Seguro e eficaz na redução de danos e sintomas de danos, capacidade funcional e duração das lesões radiográficas. É semelhante ao leflunomida e superior aos outros IMiDs.	Anemia, leucopenia ou trombocitopenia novas ou mais acentuadas. Elevação de AST/TGO e ALT/TGP. Elevação de AST/TGO e ALT/TGP, pode afetar creatinina. Febre, cefaléia, sonolência, queda de cabelo, exantema, furúnculos, erupções de pele leves a graves, sensibilidade à luz, alterações de pigmentação da pele e de mucosas, náuseas, vômitos, perda de apetite, inflamação da boca, úlcera do trato gastrointestinal, fígado, dor e necrose hepática, diminuição das células brancas do sangue e das plaquetas, neutrofilos reabsorção, febre, rubor facial e dorção das defesas imunológicas do organismo com ocorrência de infecções.	Hemograma, creatinina, AST/TGO e ALT/TGP A cada 1 a 3 meses	Anemia, neutropenia, esofagite gastroesofágica, mucosite e elevação de enzimas hepáticas	Comp: conservar em temperatura ambiente (15 a 30°C), protegido da luz e umidade. Frasco: solução injetável deve ser conservada em temperatura ambiente (dentro de 20° C), protegido da luz.
	Sulfassalazina	Comprimidos de 500 mg (VO)	500 mg podendo aumentar para 1 a 3g/dia, divididos em duas a três administrações	Redução de danos e sintomas de atividade de AR. Melhora o estado funcional e melhora radiográfica modesta	Anemia, leucopenia ou trombocitopenia novas ou mais acentuadas. Elevação de AST/TGO e ALT/TGP. Elevação de AST/TGO e ALT/TGP. Dor de cabeça, aumento da sensibilidade aos raios solares, erupções de pele graves, dores abdominais, náuseas, vômitos, perda de apetite, diarreia, hepatite, dificuldade para engolir, diminuição do número das células brancas do sangue, perda na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição aumentada das células vermelhas do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue, falta de ar associada a fôlego e febre (neumonite intersticial), dores articulares, cegueira e reações alérgicas.	Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP a cada 1 a 3 meses.	Intolerância gastrointestinal, exantema cutâneo, elevação de enzimas hepáticas, úlcera oral e malabsorção	Mantém em sua embalagem original, a temperatura ambiente (entre 15 e 30° C), protegido da luz e umidade
	Leflunomida	Comprimidos 20mg (VO)	20 mg/dia ou em duas alternadas	Redução de danos e sintomas de atividade de AR. Melhora o estado funcional e a qualidade de vida a longo e progressão radiográfica	Anemia, leucopenia ou trombocitopenia novas ou mais acentuadas. Elevação de AST/TGO e ALT/TGP. Elevação de AST/TGO e ALT/TGP, pode afetar creatinina. Pressão alta, dor no peito, pediculose, aumento do número de batimentos do coração, vasculite, vômitos, edema, infecções respiratórias, sangramento nasal, diarreia, hepatite, náuseas, vômitos, perda de apetite, prurido, gastroenterite, dor abdominal, acne, gástrica, candidíase oral, aumento dos glóbulos brancos, febre, náusea, alterações dentárias, distúrbios do paladar, infecções do trato gastrointestinal, anorexia, depressão, fraqueza, dores de cabeça, tonturas, febre, sonolência, distúrbios do sono, formigamentos, alteração da cor e queda de cabelo, erupções de pele, cegueira, pele seca, esfoliação, hematomas... entre outros.	Hemograma, creatinina, AST/TGO e ALT/TGP a cada 1 a 3 meses.	Náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, alterações das enzimas hepáticas, exantema cutâneo e hepatomegalia	Mantém em sua embalagem original, a temperatura ambiente (entre 15 e 30° C), protegido da luz e umidade.

MBCD - Imunobiológicos	Adalimumab	Solução injetável 40 mg/0,2 mL (SC)	40mg a cada 2 semanas				Reações infusoras para medicamentos IV (febre, calafrios, dor torácica, sensação de pressão arterial, dispnéia, prurido e/ou urticária) e manifestações nos locais de injeção para medicamentos SC (infecção, prurido, dor local e/ou urticária). Aumento dos riscos de infecções, reativação de tuberculose latente, vasculites cutâneas	Deve ser mantido em sua embalagem original e armazenado entre 2 e 8°C (na geladeira); não congelar. Após aberto, este medicamento deve ser utilizado imediatamente; a parte da solução não utilizada e todo o material utilizado para a injeção devem ser adequadamente descartados.
	Etanercepto	Solução injetável 25 e 50mg (SC)	50mg, 1x/semana	Reduzem a inflamação articular, o dano estrutural e a incapacidade funcional e melhoram a qualidade de vida, o bem-estar, reduzem a fadiga. Para o defeito ACRD, em seis meses de tratamento, os biológicos se mostram significativamente melhores que o placebo.	Anemia, leucopenia ou trombocitopenia novas ou mais acentuadas. Elevação de AST/TGO e ALT/TGP, Elevação de AST/TGO e ALT/TGP. Reações no local de aplicação de injeção como dor e coceiras, dor de cabeça, tontura, náuseas, vômitos, febre, cansaço, elevação na pressão arterial; reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas do trato respiratório superior, como faringite, sinusite, tuberculose, histoplasmoze, esporidíose e recidivas, podendo, em casos raros, ser fatal.	Avaliação de tuberculose latente ou ativa antes do início do tratamento (anamnese, exame físico, radiografia de tórax e teste tuberculínico). Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, a cada 1 e 3 meses.	Reações infusoras para medicamentos IV (febre, calafrios, dor torácica, sensação de pressão arterial, dispnéia, prurido e/ou urticária) e manifestações nos locais de injeção para medicamentos SC (infecção, prurido, dor local e/ou urticária). Aumento dos riscos de infecções, reativação de tuberculose latente, vasculites cutâneas	conservar o pH látilo sob refrigeração (temperatura entre 2°C e 8°C) antes da reconstituição; não congelar.
	Infliximab	Frasco-ampola 100mg/10mL, (IV)	3 mg/kg/2se nas semanas 0, 2, 6. Após manter a mesma dose a cada 8 semanas.				Reações infusoras para medicamentos IV (febre, calafrios, dor torácica, sensação de pressão arterial, dispnéia, prurido e/ou urticária) e manifestações nos locais de injeção para medicamentos SC (infecção, prurido, dor local e/ou urticária). Aumento dos riscos de infecções, reativação de tuberculose latente, vasculites cutâneas	Conservar sob refrigeração (entre 2°C e 8°C); não congelar.
	Golimumab	Solução injetável 30 mg/4,0 mL. Aprovado apenas para pacientes adultos (SC)	30mg, 1x a cada 4 semanas				Reações infusoras para medicamentos IV (febre, calafrios, dor torácica, sensação de pressão arterial, dispnéia, prurido e/ou urticária) e manifestações nos locais de injeção para medicamentos SC (infecção, prurido, dor local e/ou urticária). Aumento dos riscos de infecções, reativação de tuberculose latente, vasculites cutâneas	conservar sob refrigeração (entre 2°C e 8°C); proteger da luz; não congelar; não agitar; manter o frasco-ampola na embalagem original até o momento do uso.
Humanarespressores	Ciclosporina	Cápsula 10mg, 50mg e 250mg. Solução oral 100 mg/mL, 50 mL (VO)	Iniciar com 2,5mg/kg/dia em duas administrações e aumentar a 0,5 – 5,7mg/kg/dia a cada dia, ou três meses. Em caso de falta terapêutica aumentar até 4mg/kg/dia		Elevação PA, disfunção renal, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, hipertrofia gengival, aumento dos níveis de colesterol e triglicérides, torçamentos, dor no peito, edema do tornozelo, sintomas rápidos de coração, convulsões, contusão, anorexia, depressão, fraqueza, dor de cabeça, urina e cãibras gastrointestinais, cãibras, espasmos, náuseas, vômitos, perda de apetite, gastrite, úlcera péptica, exsúscos, eritema na boca, dificuldade para engolir, hemorragias, infestação do pênis, prisão de ventre, disacortíco alérgico, síndrome hemolítico-urêmica, diminuição das células brancas do sangue, infome, calafrios, hipertensão, hipertrofia, hiperuricemia, toxicidade para os rins, disfunção respiratória, sensibilidade aumentada a temperatura e reações alérgicas, toxicidade renal e hepática e pancreática.	Pressão arterial e creatinina: a cada 1 a 3 meses.	Elevação PA, disfunção renal, tremores.	as cápsulas de 25 mg e 50 mg devem ser conservadas sob refrigeração (temperatura entre 2 e 8°C); as cápsulas de 100 mg e a solução oral devem ser conservadas em temperatura ambiente (entre 15 e 30°C); devendo a solução oral ser utilizada dentro de 2 meses após a abertura do frasco; não manter em geladeira.
	Secukinumab	100mg/ml nas semanas 0, 1, 2 e 3, posteriormente, uma vez a cada 4 semanas. Aprovado apenas para pacientes adultos (SC)	100mg/ml, por via subcutânea, nas semanas 0, 1, 2 e 3, posteriormente, uma vez a cada 4 semanas. Aprovado apenas para pacientes adultos.		Reações no local de aplicação, como dor e coceiras, dor de cabeça, tontura, náuseas, vômitos, febre, cansaço, elevação na pressão arterial; reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas, como tuberculose, histoplasmoze, esporidíose e recidivas, podendo, em casos raros, ser fatal.	Avaliação de tuberculose latente ou ativa antes do início do tratamento (anamnese, exame físico, radiografia de tórax e teste tuberculínico). Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP a cada 1 e 3 meses	Reações no local de aplicação, como dor e coceiras, dor de cabeça, tontura, náuseas, vômitos, febre, cansaço, elevação na pressão arterial; reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas, como tuberculose, histoplasmoze, esporidíose e recidivas, podendo, em casos raros, ser fatal.	Deve ser armazenado sob refrigeração (entre 2°C e 8°C); proteger da luz e não congelar. Se necessário, poder ser mantido fora da geladeira por um curto período de até 4 dias em temperatura ambiente, não acima de 30°C. Se não utilizado dentro dos 4 dias após retirada da temperatura de refrigeração, o produto deve ser descartado.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

## APÊNDICE 6 – INSTRUMENTO: QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL (HAQ)

Figura 23 – Questionário para avaliação da capacidade funcional (HAQ)

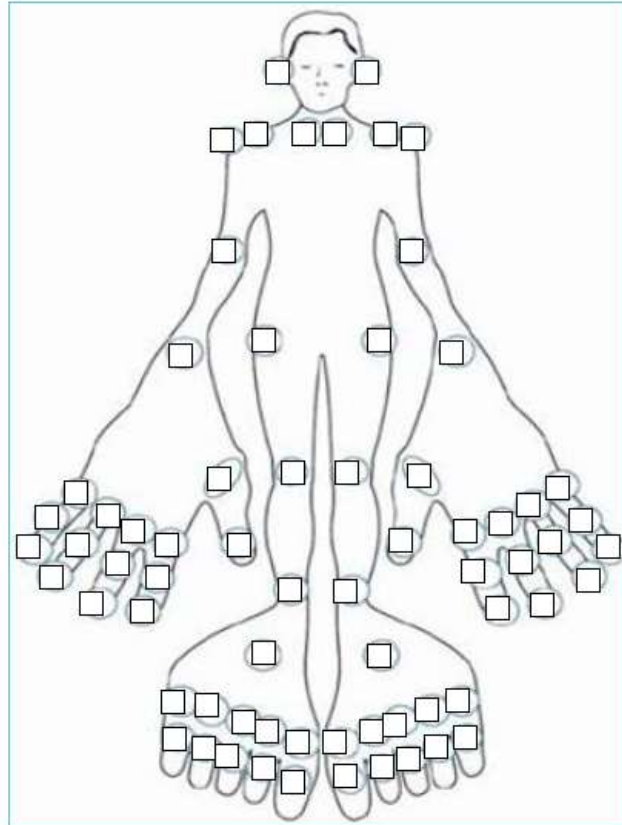
HAQ						
nº	Atividade	Sem dificuldade (0)	Com alguma dificuldade (1)	Com muita dificuldade (2)	Incapaz de fazer (3)	Câmbio de pontuação para cada item de acordo com o grau de dificuldade (ver item de pontuação)
1	Você se adapta sempre as condições das suas roupas, abotoar os seus botões?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
2	Lavar sua cabeça e os seus cabelos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
3	Levantar-se de uma maneira entre dois cadeiros de madeira ou de uma cama e sentar-se?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4
4	Deitar-se e levantar-se de cama?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
5	Cortar um pedaço de carne?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5
6	Lavar a boca com água ou uma solução de água e sal, antes de comer?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7	Abrir um saco de farinha com um garfo?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6
8	Comer em lugares públicos?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9	Deitar-se de costas?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7
10	Lavar seu rosto com o rosto lavado com água e sabão?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11	Tomar um banho de chuveiro?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8
12	Levantar e levantar-se de um vaso sanitário?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13	Levantar-se do chão e pegar um objeto de mais ou menos 2,5 quilos, que está posicionado em algum ponto de sua sala?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9
14	Levantar-se para pagar suas contas no dólar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15	Segurar um garfo no bolso ou no bolso?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10
16	Abrir potes ou vidros de conserva que tenham sido previamente abertos?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17	Abrir e fechar torneiras?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11
18	Fazer compras no supermercado sozinho?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19	Entrar e sair de um ônibus?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12
20	Realizar tarefas tais como lavar a roupa e lavar o rosto para usar água?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>TOTAL</b>						4,475
<b>INTERPRETAÇÃO</b>						Deficiência leve

**Atenção: uma vez só.**

Este questionário permite avaliar a capacidade funcional do paciente. Marque "0" se você não tem nenhuma dificuldade, "1" se você tem alguma dificuldade, "2" se você tem muita dificuldade e "3" se você não consegue fazer a atividade. Marque "4" se você não sabe fazer a atividade. Marque "5" se você não sabe fazer a atividade. Marque "6" se você não sabe fazer a atividade. Marque "7" se você não sabe fazer a atividade. Marque "8" se você não sabe fazer a atividade. Marque "9" se você não sabe fazer a atividade. Marque "10" se você não sabe fazer a atividade. Marque "11" se você não sabe fazer a atividade. Marque "12" se você não sabe fazer a atividade.

**APÊNDICE 7 – INSTRUMENTO: CONTAGEM DE ARTICULAÇÕES DOLOROSAS  
E EDEMACIADAS**

Figura 24 – Contagem de articulações dolorosas e edemaciadas



Fonte: Brasil (2018b, p. 27).