



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Cynthia Simões da Silva

**Monitoramento do tratamento de pacientes com artrite reumatoide atendidos pelo
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no contexto da pandemia
causada pela COVID-19**

Florianópolis
2022

Cynthia Simões da Silva

**Monitoramento do tratamento de pacientes com artrite reumatoide atendidos pelo
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no contexto da pandemia
causada pela COVID-19**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-
graduação em Assistência Farmacêutica da
Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do título de Mestre em
Assistência Farmacêutica
Orientador: Prof. Filipe Carvalho Matheus, Dr.

Florianópolis
2022

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

Silva, Cynthia Simões
Monitoramento do tratamento de pacientes com artrite reumatoide atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no contexto da pandemia causada pela COVID-19 / Cynthia Simões Silva ; orientador, Filipe Carvalho Matheus, 2022.
65 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Assistência Farmacêutica, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Assistência Farmacêutica. I. Matheus, Filipe Carvalho . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. III. Título.

Cynthia Simões da Silva

Monitoramento do tratamento de pacientes com artrite reumatoide atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no contexto da pandemia causada pela COVID-19

O presente trabalho em nível de mestre foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Filipe Carvalho Matheus, Dr.
UFSC

Prof.(a) Diogo Pilger, Dr.
UFRGS

Prof.(a) Marina Raijche Matozzo Rover, Dr.(a)
UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Assistência Farmacêutica.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Filipe Carvalho Matheus, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à minha mãe por toda dedicação para que tudo, sempre estivesse ao meu alcance, ao meu pai pelo dom da vida, minha avó paterna por permitir que a vida continuasse e todos os outros familiares, sempre presentes em minha caminhada;

Ao prof. Filipe Carvalho Matheus, meu orientador, por toda doação, auxílio, apoio e ensinamentos, digo que lhe sou imensamente grata;

Aos professores Marina Rajche Matozzo Rover, Marení Rocha Farias, Bernd Heinrich, Genival Araújo dos Santos Júnior que certamente contribuíram para conclusão deste trabalho e aos professores Diogo Pilger e Luciano Sores, estendo meus cumprimentos e gratidão;

À professora Silvana Nair Leite, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, que inicialmente, ainda durante a graduação, me trouxe ao mundo das Políticas Públicas;

Por fim, meus sinceros agradecimentos a todos os colegas e amigos que o PPGASFAR me concedeu, e a todos os que, de alguma forma, contribuíram para que fosse possível a realização deste trabalho.

"Em qualquer lugar que estejam os vestígios do Mestre, os ouvidos daquele que estiver preparado para receber o seu ensinamento, se abrirão completamente"
(O CAIBALION)

RESUMO

A AR é uma doença inflamatória sistêmica, autoimune caracterizada principalmente pela inflamação da membrana sinovial das articulações periféricas e necessita de tratamento crônico. Em 2020 foi caracterizada a síndrome respiratória aguda grave causada pelo novo coronavírus do tipo 2 (COVID-19) apresentando diversas manifestações clínicas apresentando alta mortalidade. Emergiu uma pandemia e os novos procedimentos adotados nos serviços de saúde influenciaram de alguma forma no manejo terapêutico dos pacientes portadores de AR. Nesse sentido, a Farmácia Escola da UFSC, realizou diversas modificações para se adaptar à pandemia com modificações na rotina dos profissionais farmacêuticos, para a manutenção da dispensação dos medicamentos do CEAF incluindo os indicados para a AR. Dentre as alterações nos serviços houve, descentralização da dispensação de alguns medicamentos e uso do teleatendimento, cumprindo os requisitos de distanciamento social. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi monitorar o tratamento dos pacientes com AR, entre julho/2020 e julho/2021, atendidos pela Farmácia Escola da UFSC em Florianópolis através do CEAF, identificando o perfil demográfico e analisando o tempo de tratamento bem como a efetividade e a segurança, dentro do contexto pandêmico. Para isso, foi realizado um estudo observacional e prospectivo com os pacientes em tratamento de AR (CID-10 M05, M06). Foram utilizados dados secundários (sistemas de informação) e dados primários obtidos nas entrevistas de monitoramento visando à coleta de dados referentes a efetividade e a segurança dos tratamentos, como presença de sintomas e resultados de exames laboratoriais, baseado no preconizado no PCDT publicado pelo Ministério da Saúde. Para o estudo da capacidade funcional foi utilizado o questionário validado HAQ. Os dados sociodemográficos apontaram maioria dos pacientes era do sexo feminino, referia cor da pele branca e como situação conjugal casada. Não houve dados suficientes para avaliar os parâmetros laboratoriais. Quanto aos EA a maioria dos usuários relataram não ter nenhuma reação e os que afirmaram possuir algum EA, os que utilizavam MTX foram os mais citaram. Os dados apontam que a frequência de sintoma de AR não está associada com a prática ou não de exercício físico. Não houve impacto na rotina de acesso dos pacientes atendidos pelo CEAF durante o enfrentamento da COVID-19. Os resultados encorajam à busca de soluções através de ferramentas que permitam aos farmacêuticos realizarem a monitorização e acompanhamento dos indivíduos atendidos pelo CEAF através de meio remotos como a teleatendimento instituída na Farmácia Escola, durante o enfrentamento da pandemia e posteriormente como uma nova realidade.

PALAVRAS-CHAVE: Artrite Reumatoide, COVID-19, Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

RA is a systemic inflammatory, autoimmune disease characterized mainly by inflammation of the synovial membrane of peripheral joints and requires chronic treatment. In the context of the pandemic, the new procedures adopted in health services somehow influenced the therapeutic management of patients with RA. Severe acute respiratory syndrome caused by the new coronavirus type 2 (COVID-19) emerged with several clinical manifestations, being associated with admission to the Intensive Care Unit (ICU) and high mortality. In this sense, the Pharmacy School of UFSC made several changes to adapt to the pandemic, including the routine of pharmaceutical professionals, for the maintain of dispensation of CEAF drugs, including those indicated for RA. Among the changes in the services, there was the decentralization of the dispensing of some medicines and the use of telepharmacy, fulfilling the requirements of social distance. The objective of this study was to monitor the treatment of patients with RA, between July/2020 and July/2021, attended by the Pharmacy School of UFSC in Florianópolis through CEAF, identifying the demographic profile and analyzing the treatment time as well as the effectiveness and the security, within the context of a pandemic. For this, an observational and prospective study was carried out with patients undergoing RA treatment (ICD-10 M05, M06). Secondary data (information systems) and primary data obtained from monitoring interviews were used to collect data regarding the effectiveness and safety of treatments, such as the presence of symptoms and laboratory test results, based on the recommendations of the PCDT published by the Health Ministry. For the study of functional capacity, the validated HAQ questionnaire was used. The sociodemographic data showed that the majority of patients were female, reported white skin color and had a married marital status. There were not enough data to assess laboratory parameters. As for the AE, most users reported not having any reaction and those who claimed to have some AE, those who used MTX were the most cited. The data indicate that the frequency of RA symptom is not associated with the practice or not of physical exercise. There was no impact on the access routine of patients treated by CEAF during the confrontation of COVID-19. The results encourage the search for solutions through tools that allow pharmacists to carry out the monitoring and follow-up of individuals served by CEAF through remote means such as telepharmacy established at Pharmacy School, during the face of the pandemic and later as a new reality.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, COVID-19, Pharmaceutical Service.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de usuários cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Florianópolis, Santa Catarina – julho/2020 a julho/2021.....	33
Tabela 2: Distribuição de medicamentos em uso durante a primeira e quarta coleta – Florianópolis, Santa Catarina – julho/2020 e julho/2021.....	35
Tabela 3: Distribuição de frequência relacionada ao relato dos indivíduos entrevistados quanto a ocorrência de efeito adverso.....	37
Tabela 4: Distribuição da frequência de atendimento com o reumatologista versus o tipo de atendimento durante a primeira coleta.....	38
Tabela 5: Distribuição da Frequência de atendimento com o reumatologista versus o tipo de atendimento durante a quarta coleta.....	39
Tabela 6: Distribuição da Frequência de atendimento com o reumatologista versus sintoma de AR na primeira coleta.....	40
Tabela 7: Distribuição da Frequência de atendimento com o reumatologista versus sintoma de AR na quarta coleta.....	41
Tabela 8: Distribuição da Frequência de sintoma de artrite versus atividade física na quarta coleta.....	42
Tabela 9: Distribuição do sintoma de AR versus HAQ na quarta coleta.....	43
Tabela 10: Distribuição do tipo de atendimento versus diagnóstico de COVID-19 na quarta coleta.....	44
Tabela 11: Distribuição da dificuldade em conseguir medicamento versus isolamento social primeira coleta.....	45
Tabela 12: Distribuição do tipo de atendimento versus isolamento social na primeira coleta.....	46
Tabela 13: Distribuição do tipo de atendimento versus isolamento social na quarta coleta.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE	Anti-inflamatórios não Esteroidais
ALT	Alanina aminotransferase
AR	Artrite Reumatoide
AST	Aspartato aminotransferase
ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
ACR/EULAR	<i>American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism</i>
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
FE/UFSC	Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina
FR	Fator reumatoide
HAQ	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
HCQ	Hidroxicloroquina
HDL	Lipoproteínas de alta densidade
IFT	Articulações Interfalangianas Proximais
IL	Interleucina
LFN	Laflunomida
MCF	Articulações Metacarpofalangianas
MTF	Articulações Metatarsofalangianas
MMCDbio	Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Biológicos
MMCDs	Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Sintéticos
MTX	Metotrexato
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PCR	Proteína C-reativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNF- α	Fator de necrose tumoral
OMS	Organização Mundial da Saúde
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SSZ	Sulfassalazina

UAF CENTRAL	Unidade Central de Assistência Farmacêutica
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VHS	Velocidade de Hemossedimentação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.2	ARTRITE REUMATOIDE.....	14
1.2.1	Caracterização.....	14
1.2.2	Epidemiologia.....	17
1.2.3	Tratamentos Farmacológicos.....	18
1.2.4	Estratégias de Tratamento.....	19
1.3	SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA (COVID-19).....	20
1.3.1	Síndrome respiratória aguda (COVID-19) e Pandemia.....	20
1.4	ALTERAÇÕES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA PELA COVID-19.....	23
1.5	ALTERAÇÕES NO ACESSO DOS PACIENTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA PELA COVID-19.....	24
1.6	BARREIRAS PARA O CONTROLE ÓTIMO DA AR.....	26
1.7	ESTRATÉGIAS PARA A ADAPTAÇÃO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS.....	28
2	OBJETIVOS	289
2.1	Objetivo geral	289
2.2	Objetivos específicos.....	289
3	METODOLOGIA.....	30
3.1	Delineamento e Local do Estudo	30
3.2	Aspectos Éticos.....	30

3.3	Amostra.....	30
3.4	Procedimento para coleta dos dados	31
3.5	Instrumentos utilizados no estudo para a coleta dos dados	31
3.6	Análise dos dados	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
5	CONCLUSÃO.....	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	ANEXO 01. DADOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIOECONOMICOS.....	59
	ANEXO 02. MONITORAMENTO DO TRATAMENTO.....	60
	ANEXO 03. Avaliação dos escores do HAQ.....	62
	ANEXO 04. Avaliação de dados referente ao Covid-19.....	65

1. INTRODUÇÃO

1.2 ARTRITE REUMATOIDE

1.2.1 Caracterização

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória sistêmica caracterizada pela inflamação da membrana sinovial (sinovite) das articulações periféricas (principalmente mãos e pés) podendo, também, causar alterações pulmonares, alterações cardíacas, anemia, entre outras alterações extra articulares (CALABRESI et al., 2018).

Sua etiologia ainda não está completamente esclarecida, no entanto, trata-se de uma doença autoimune, que pode ter influência de fatores genéticos e ambientais (JIANG et al., 2015). Idade avançada, tabagismo, diabetes e osteoporose foram associados ao aumento de risco de AR (XU; LIN, 2017). Estudos estimam que entre 0,5 - 1% da população mundial é acometida pela AR, sendo que as mulheres são de 2 a 3 vezes mais afetadas do que os homens, com maior incidência na faixa etária acima de 40 anos (ALAMANOS; VOULGARI; DROSOS, 2006; CARMONA et al., 2002; CIMMINO et al., 1998). Embora os autoanticorpos sejam uma característica importante, nem sempre estão presentes (CASTRO-SANTOS; DÍAZ-PEÑA, 2016). Sabe-se também, que a AR é mediada por uma variedade de eventos patogênicos que culminam na ativação de células B, células T e outras populações celulares, e levam à secreção de citocinas pró-inflamatórias, como o fator de necrose tumoral (TNF- α) e as interleucinas (IL) 1 e 6 (FALEIRO; ARAÚJO; VARAVALLO, 2011).

Quanto à apresentação clínica, trata-se de uma doença heterogênea, embora sejam características comuns, o acometimento das articulações periféricas que manifestam sinovite de forma simétrica, com caráter crônico e destrutivo e rigidez matinal prolongada (KOBAYASHI, et al., 2016). A AR pode evoluir para deformidades irreversíveis com limitação funcional, comprometendo a capacidade laboral e a qualidade de vida, resultando em significativo impacto pessoal e social (BLOM; VAN RIEL, 2007; BOMBARDIER et al., 2012; DA ROCHA MOTTA et al., 2014). Sabe-se também que a taxa de mortalidade dos pacientes com AR é maior do que a da população em geral e que a expectativa de vida cai de acordo com a gravidade da doença e o tempo de evolução da mesma (SMOLEN; ALETAHA, 2008; MYASOEDOVA et al., 2010).

O diagnóstico da AR é feito através de achados clínicos e exames complementares, e baseado nos critérios de classificação do *American College of Rheumatology* (ACR 1987) e *American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism* (ACR/EULAR 2010), os quais estabelecem que são necessários a presença de quatro dos sete critérios abaixo para o diagnóstico (BRASIL, 2021):

1. Rigidez matinal (com pelo menos 1 hora de duração);
2. Artrite de 3 ou mais das seguintes áreas: articulações interfalangianas proximais (IFT), articulações metacarpofalangianas (MCF), punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e articulações metatarsofalangianas (MTF);
3. Artrite de mãos (punhos, articulações MCF ou IFT proximais);
4. Artrite simétrica;
5. Nódulo reumatoide;
6. Fator Reumatoide (FR) - presente em qualquer título;
7. Alterações radiográficas.

Os avanços no diagnóstico e monitoramento da atividade da doença favoreceram sua identificação precoce e o tratamento mais adequado, ainda no estágio inicial da doença, prevenindo a incapacidade funcional e reduzindo a lesão articular irreversível (NAGAYOSHI et al., 2018; BRASIL, 2021). A titulação de FR é um exame diagnóstico relevante, mas não é específico, podendo estar presente em outras doenças, como na artrite reumatoide. Outro exame importante é a titulação de anticorpos contra peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP), caracterizado por ter especificidade superior à do FR, mas deve ser utilizado apenas se o FR for negativo ou em caso de dúvida diagnóstica (WASSERMAN, 2018).

A avaliação da velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR) devem ser realizados, já que são marcadores de inflamação e frequentemente estão elevados na presença da doença. Também devem ser realizados exames de imagem para diagnóstico (radiografia, ultrassonografia e ressonância magnética), a avaliação do índice de atividade de doença (ICAD), e da capacidade funcional, por meio do *Health*

Assessment Questionnaire (HAQ). Estes últimos também são recomendados para o monitoramento da AR (BRASIL, 2021; WASSERMAN, 2018).

O tratamento de AR deve ser iniciado o mais breve possível, uma vez que a terapia medicamentosa intensiva instituída precocemente previne danos estruturais (erosões), melhorando a capacidade funcional. Envolve a educação do paciente e de seus familiares, terapia ocupacional, exercícios, fisioterapia, apoio psicossocial, cirurgia e a terapia farmacológica (BOMBARDIER et al., 2012; DA ROCHA MOTTA et al., 2013).

1.2.2 Epidemiologia

Há um debate contínuo sobre a incidência e prevalência de acordo com os locais de estudo, mas sabe-se que afeta de 0,5 a 1,0% da população mundial (VAN DER WOUDE e VAN DER HELM-VAN, 2018). A maioria dos estudos de prevalência em países ocidentais foi realizado utilizando os critérios de classificação de 1987 instituído pela *American College of Rheumatology* (ACR) (ALETAHA, et al., 2010). Com a instituição de novos critérios em 2010, a incidência/ prevalência aumentaram devido as maiores chances de detecção de forma precoce com os novos parâmetros (SEOANE-MATO, et al., 2019).

Em países europeus, a prevalência foi muito bem estabelecida. Na Espanha a taxa de prevalência foi de 0,5%, na Polônia 0,9% e na França 0,31% (SEOANE-MATO, et al., 2019) (BATKO, et al., 2019) (ROUX, et al., 2007). Na América do Norte varia de 0,6% nos EUA a 0,9% no Canadá, com taxa mais alta devido à grande parte da população indígena (PELAEZ-BALLESTAS, et al., 2018).

Na África do Sul a prevalência varia de 0,13 a 0,9% tendo as taxas mais baixas nos países mais tropicais. Houve uma incidência maior em homens do que em mulheres, resultado divergente do que ocorre em outros países, que pode ser explicado porque nestes países, as mulheres têm menos acesso a saúde do que homens. Os resultados neste continente ainda são escassos e com resultados heterogêneos indo na contramão dos resultados mundiais (SLIMANI e LADJOUZE-REZIG, 2014).

De acordo com um estudo multicêntrico, no Brasil é semelhante a estimativa mundial, variando de 0,2 a 1%. As diferenças de prevalência podem ser explicadas por fatores genéticos e ambientais, como tabagismo ou prevalência de obesidade, variações raciais além de outros desconhecidos (HOY, et al., 2014).

1.2.3 Tratamentos Farmacológicos

Para a definição do tratamento deve-se analisar cada caso individualmente, levando em consideração fatores como a intensidade da dor e a gravidade da doença. A terapia farmacológica é considerada o ponto principal na terapêutica da AR e sua implantação nos primeiros meses da doença, e de forma intensiva, são fundamentais para melhora na qualidade de vida do paciente (MOTA et al., 2013). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), disponibiliza aos pacientes com AR medicamentos através dos Componentes Básico (CBAF) e Especializado (CEAF) da Assistência Farmacêutica. Atualmente, os medicamentos são:

- CBAF: anti-inflamatório não esteroidal (AINE) - ibuprofeno; anti-inflamatório esteroidais (AIE) – prednisona e prednisolona.

- CEAF: AINE – naproxeno; AIE – metilprednisolona; medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos – MMCDs (metotrexato, leflunomida, sulfassalazina, hidroxiclороquina, cloroquina, tofacitinibe, upadacitinibe e baracitinibe); medicamentos modificadores do curso da doença biológicos – MMCDbio (abatacepte, adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, golimumabe, infliximabe, rituximabe, tocilizumabe); imunossuppressores (azatioprina, e ciclosporina) (BRASIL, 2021).

Os objetivos da terapia incluem minimizar a dor nas articulações e o edema, impedir as deformidades, mantendo a qualidade de vida do paciente e controlando possíveis manifestações sistêmicas (WASSERMAN, 2018). Internacionalmente, a estratégia ou abordagem “alvo de tratamento” (*treat to target* ou T2T), que é usada com sucesso no controle de doenças como hipertensão e diabetes, e começou a ser preconizada para a AR. Para tal, é necessário (1) estabelecer um alvo; (2) dispor de uma maneira de mensurar se o alvo foi atingido; e (3) dispor de opções de tratamento que possibilitem “acertar o alvo”. No caso do tratamento de AR, esta estratégia envolve o estabelecimento da remissão ou baixa atividade da doença, como alvo; avaliação frequente do paciente; e rápido ajuste do tratamento. Entretanto, em uma revisão sistemática sobre estratégias T2T em AR, foi verificado que os estudos variam em termos de alvos, protocolos de tratamento e frequência das avaliações (WAILOO et al., 2017).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para AR, do Ministério da Saúde, estabelece, como objetivo do tratamento, manter a doença em nível baixo de

atividade ou, preferencialmente, a remissão. Para isso, recomenda que os pacientes sejam avaliados em intervalos de 1 a 3 meses, no início do tratamento e, uma vez atingida a remissão da AR, podem ser considerados intervalos de 6 a 12 meses (BRASIL, 2021).

Intolerância ou falha terapêutica podem exigir mudança de tratamento. A efetividade pode ser monitorada pela sintomatologia descrita pelo paciente (dor, inchaço e rigidez articular), bem como pela avaliação de resultados de exames laboratoriais destinados à identificação de processos inflamatórios, como a VHS e PCR. A capacidade funcional do paciente pode ser avaliada por meio de questionários validados, como o HAQ. A segurança do tratamento é avaliada em relação aos efeitos adversos dos medicamentos em uso. Os MMDCs, por exemplo, podem causar anemia, disfunção renal e hepática, que podem ser identificados nos exames de monitoramento (hemograma, creatinina sérica e transaminases) (BRASIL, 2021) e avaliados quanto a necessidade de uma intervenção.

Em relação aos MMCDbio, destaca-se o aumento do risco de infecções, de alterações hepáticas e hematológicas (DA MOTA et al., 2015). Estes também representam os maiores custos do tratamento da artrite, e alguns foram recentemente incorporados e são, relativamente, recentes no mercado, o que resulta em menor volume de informações pós-comercialização. Estes fatos ressaltam a necessidade de estudos que avaliem a efetividade e segurança em longo prazo.

1.2.4 Estratégias de Tratamento

O metotrexato deve ser a primeira escolha terapêutica (em caso de intolerância ao oral, deve-se tentar empregar a formulação injetável). Na impossibilidade do uso MTX por toxicidade, deve-se usar preferencialmente a leflunomida ou sulfassalazina, sendo a terapia isolada com hidroxicloroquina pouco efetiva (WASSERMAN, 2018).

Se houver falha na monoterapia inicial (MTX, LFN ou SSZ) em dose máxima tolerada e adesão adequada, após 3 meses de tratamento deve-se considerar a associação de medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos (MMCDs) (BRASIL, 2021).

Terapia combinada dupla com MTX (BRASIL, 2021):

→ MTX + HCQ ou

→ MTX + SSZ ou

→ MTX + LFN

Terapia combinada dupla com LFN:

→ LFN + MTX

→ LFN + HCQ

→ LFN + SSZ

Terapia combinada tripla:

→ MTX + HCQ + SSZ

Outras associações podem ser utilizadas particularmente no caso de intolerância ao metotrexato, porém seu emprego deve ser justificado pelo médico assistente. Havendo falha de tratamento aos 3 meses fica definido falta de redução significativa dos valores dos índices compostos de atividade da doença, não sendo necessariamente, considerado remissão (WASSERMAN, 2018).

Após o uso de pelo menos dois esquemas terapêuticos, sendo um deles com associação de MMCDs, por no mínimo 3 meses cada um, sem atingir remissão, passa-se a considerar a segunda etapa, sendo associação entre um MMCDbio, anti-TNF ou não anti-TNF com metotrexato (em caso de contraindicação considera-se a possibilidade de instituir LFN ou SSZ), monoterapia com tofacitinibe ou upadacitinibe (podendo ser associado a MTX, LFN, SSZ), monoterapia com baricitinibe (pode ser associado somente ao MTX) (BRASIL, 2021).

Após pelo menos 3 meses da segunda etapa terapêutica e havendo persistência da atividade da doença ou toxicidade inaceitável ao medicamento utilizado nas etapas anteriores, pode-se prescrever outro MMCDbio (anti-TNF ou não anti-TNF) ou MMCDs (baricitinibe, tofacitinibe, upadacitinibe), desde que o novo medicamento não tenha sido utilizado anteriormente (BRASIL, 2021). O medicamento selecionado deve ser associado a um MMCDs (preferencialmente Metotrexato) (WAILOO et al., 2017).

Importante destacar que o uso do rituximabe deve ser reservado somente aos indivíduos com contraindicação absoluta, toxicidade ou falha terapêutica a todos os MMCDbio (anti-TNF) e também ao abatacepte e tocilizumabe, bem como os MMCDs (BRASIL, 2021).

Considerando que todos os medicamentos podem gerar alguma reação adversa, as características que envolvem a AR e os riscos associados, torna-se de grande importância o acompanhamento multiprofissional (HUSNI; MEROLA; DAVIN, 2017), sendo o farmacêutico o responsável pela dispensação do medicamento, mantendo contato com o paciente com maior frequência, este profissional pode agregar no que pertine a monitoração da frequência dos realização dos exames (BRASIL, 2021), no controle da doença, bem como na orientação e encaminhamento do paciente ao prescritor responsável, em caso de reações adversa ou não efetividade do tratamento reduzindo e prevenindo efeitos indesejados.

Historicamente a Assistência Farmacêutica obteve investimentos por parte do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021). No entanto, ainda possui lacunas pertinentes ao cuidado farmacêutico atreladas a um serviço multidisciplinar voltado a manutenção farmacoterapêutica, fundamentais para controle das doenças que geram grande impacto na vida dos acometidos.

Neste sentido, através do monitoramento de indicadores abrangentes e multifatoriais preconizados pelo Ministério da saúde através da Portaria Conjunta nº 16/SAES/SCTIE/MS, de 03 de setembro de 2021 (BRASIL, 2021), é possível delinear melhorias por meio da assistência farmacêutica na atenção e cuidado com os pacientes ampliando e acarretando impactos positivos no atendimento e consequentemente melhoria da qualidade de vida dos portadores de AR.

Assim, tendo em vista o custo dos medicamentos, o impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes, e a série de empecilhos existentes no acompanhamento sistemático dos tratamentos no cenário da pandemia pela COVID-19, o objetivo deste trabalho foi realizar o monitoramento de pacientes com AR atendidos pelo CEAF no contexto da pandemia pela COVID-19.

1.3 SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA (COVID-19)

1.3.1 Síndrome respiratória aguda (COVID-19) e Pandemia

A síndrome respiratória aguda grave causada pelo novo coronavírus do tipo 2 (SARS-CoV-2) foi caracterizada pela primeira vez no final de dezembro de 2019, em

Wuhan, cidade da República Popular da China, com manifestação clínica comum de febre, tosse, mialgia, fadiga e dispneia, disfunção de órgãos, sendo associada à admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e alta mortalidade (HUANG et al., 2020). Por conta dos sintomas relatados somados à uma elevada taxa de transmissibilidade, foi emitido um sinal de alerta à Organização Mundial da Saúde (OMS). O patógeno foi então identificado como uma nova cepa do coronavírus, um vírus de RNA, que até o momento não havia sido identificado em seres humanos (ZHU et al., 2020).

Em janeiro de 2020, a OMS declarou o surto uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) (OMS, 2020). O número de reprodução viral (R_0) desse microrganismo é significativamente maior do que o de outros vírus respiratórios conhecidos, como o da influenza, tornando a doença pelo novo coronavírus (COVID-19) consideravelmente mais contagiosa, por isso seu surgimento representa uma grande ameaça aos sistemas de saúde (HUESPE; MARCO; PRADO; BISSO et al., 2021). Por conta da facilidade e velocidade com que o vírus se transmite, no mês de março de 2020, a COVID-19 rapidamente evoluiu para uma pandemia, conceituada como a disseminação mundial de uma nova doença (OMS, 2020). Os números aumentaram exponencialmente de forma que em 7 de abril de 2020, já se relatava 1.429.437 casos totais em 184 países e regiões dos cinco continentes, com um número de 82.074 mortes em todo o mundo (TEICH; KLAJNER; ALMEIDA; DANTAS et al., 2020).

O período recente e atual tem sido considerado um dos maiores perigos à prosperidade e ao bem-estar da população mundial, aumentando mortalidade, morbidade, prejudicando condições de saúde mental e causando perdas econômicas diretas, tornando-se um dos maiores desafios sanitários a nível global (REZENDE, 2021). A elevada taxa de disseminação do coronavírus causador da doença e o crescente número de casos reforçam a importância do conhecimento sobre a situação epidemiológica, em um país ou região, para que sejam planejadas as respostas mais adequadas pelos sistemas de saúde (PILECCO; COELHO; FERNANDES; SILVEIRA et al., 2021). Com o aumento constante de casos, seu agravamento e demanda excessiva de assistência, os serviços de saúde necessitaram se adaptar à nova realidade de distanciamento social. Dessa forma, é necessário verificar se os procedimentos adotados nos serviços de saúde e as normas publicadas pelos governos estaduais e municipais que restringiam a circulação de pessoas, influenciaram de alguma forma no manejo terapêutico dos pacientes portadores de artrite reumatoide, uma doença crônica não transmissível.

1.4 ALTERAÇÕES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA PELA COVID-19

Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia em março de 2020, restrições de circulação foram impostas em todo o mundo. Os sistemas de saúde enfrentaram, a partir de então, uma pressão enorme para o enfrentamento à COVID-19 (NAGESH & CHAKRABORTY, 2020). Nesse contexto, os serviços de saúde fizeram adaptações para suprir as novas demandas oriundas da pandemia, bem como o sistema de saúde precisa auxiliar a expandir a capacidade de trabalho e garantir o pleno uso da mesma em condições seguras (LITEWKA & HEITMAN; NAGESH & CHAKRABORTY, 2020). Nesse sentido, não é apenas importante garantir os serviços de saúde para cuidar das pessoas infectadas pelo novo coronavírus e prevenir novos casos, mas também é de grande importância garantir que existem profissionais de saúde suficientes e um ambiente de trabalho seguro para os atendimentos de outras demandas de saúde que não estejam relacionados à COVID-19. A pandemia atual de COVID-19 e as diversas estratégias que têm sido adotadas para enfrentá-la estão gerando mudanças no acesso a serviços de saúde para outras condições, potencialmente produzindo um impacto na saúde da população além daquela causada pela própria COVID-19 (LINN; OLIEL; BALDWIN, 2020; GHC, 2020; WHO, 2020; WHO, 2021).

Nesse sentido, algumas estratégias adotadas para combater o aumento das taxas de infecção por COVID-19 podem ter afetado negativamente o acesso aos serviços de saúde para outras condições. Em primeiro lugar, ao nível dos serviços de saúde, uma das medidas mais influentes foi a classificação dos serviços como essenciais ou não essenciais, seguindo as orientações da OMS, o que permitiu o redirecionamento de recursos para a resposta à pandemia. No entanto, isso também causou cancelamentos ou atrasos em procedimentos eletivos e não urgentes (LINN; OLIEL; BALDWIN, 2020; GHC, 2020; WHO, 2020; WHO, 2021). Muitos países implementaram estratégias para mitigar o impacto dessas interrupções (por exemplo, consultas de saúde on-line) (WHO, 2020; WHO, 2021) medida significativa adotada foi o distanciamento social para reduzir a interação entre as pessoas, incluindo bloqueios parciais ou completos em todo o país, fechamento de escolas e negócios não essenciais e instruções para ficar em casa, o que em alguns casos ergueu uma barreira em termos de mobilidade para a entrada nos serviços de saúde (TESLYA et al., 2020).

Algumas revisões de literatura abordam as mudanças nos serviços de saúde devido à pandemia e focam principalmente na adoção da telemedicina (MONAGHESH & HAJIZADEH 2020; PARKER et al, 2021). Outra revisão da literatura investigou em que consiste a tele reabilitação para pacientes com doenças do trato respiratório, quão segura pode ser para pacientes com doenças do trato respiratório e quão viável seria, para pacientes hospitalizados com COVID-19. Essa revisão aponta um novo cenário positivo a partir dos resultados promissores através do uso da telemedicina (TAITO et al 2021). Nesse sentido, a Farmácia Escola da UFSC, que na época (março 2020 a agosto de 2020) era o local no qual se prestava o serviço de dispensação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no município de Florianópolis realizou diversas alterações para se adaptar à pandemia no que tange aos trabalhadores da saúde (farmacêuticos), aos estagiários (bolsistas e estudantes regulares) e aos pacientes, para a manutenção da dispensação (LEITE et al., 2020). Podem ser citadas dentre essas alterações nos serviços: descentralização da dispensação de alguns medicamentos para outros centros de saúde do município para minimizar o deslocamento dos pacientes, uso da teleatendimento para comunicação com os pacientes, divisão da equipe de trabalho em dois subgrupos os quais não mantinham contato físico e criação de barreiras físicas para a entrada no serviço. Todas essas estratégias foram pensadas, implementadas e avaliadas a cada semana e foram mantidas neste período de tempo para a manutenção da dispensação, fator esse que é muito importante para o acesso ao medicamento via SUS.

1.5 ALTERAÇÕES NO ACESSO DOS PACIENTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA PELA COVID-19

O efeito da pandemia, a crise econômica decorrente da redução da atividade econômica, e o conseqüente aumento do desemprego e da perda de rendimento das famílias, agravou as barreiras de acesso aos serviços de saúde (incluindo farmácias) associadas à perda de cobertura de saúde, seja por dificuldades em copagamentos nos planos de saúde ou nos serviços privados. Dessa forma, acentuou-se as desigualdades existentes no acesso, como mostram estudos sobre crises econômicas anteriores (PORTHÉ et al, 2016). Ademais, é de extrema importante mencionar a questão do acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil durante a pandemia causada pela COVID-19,

que além da demanda de outras causas somou-se às demandas da COVID-19 e de usuários que anteriormente à crise econômica não utilizavam o sistema único de saúde.

O estudo de Malta e colaboradores (2021) avaliou a utilização dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na pandemia da COVID-19 no Brasil. Neste trabalho, considerou-se diabetes, hipertensão, doença respiratória, doença do coração e câncer como DCNT. Como conclusão, a investigação apontou que a presença de DCNT associou-se à maior adesão ao distanciamento social, procura por atendimento de saúde e dificuldade na utilização dos serviços de saúde (MALTA et al., 2021). Quando observou-se as maiores dificuldades desse pacientes destaca-se: marcar consulta, conseguir atendimento de saúde e os seus medicamentos, realizar exames e intervenções programadas (MALTA et al., 2021).

Da perspectiva das associações em defesa dos pacientes da América Latina, um estudo transversal realizado em agosto de 2020 investigou os efeitos da COVID-19 dos pacientes portadores de DCNT nos acessos aos serviços de saúde (KRUSE; DURSTINE; EVANS, 2022). O trabalho apontou que 83% das associações disseram que seus pacientes receberam seus tratamentos e serviços de cuidado em saúde com atraso, sendo que para 30% esse atraso foi superior a 30 dias. Ademais, o trabalho demonstrou que as associações relataram que os pacientes possuem dificuldades em acessar dispositivos eletrônicos (76%) o que prejudica o alcance das estratégias de comunicação remota que foram implementadas na pandemia (KRUSE; DURSTINE; EVANS, 2022; UNFPA, 2019).

Em uma revisão sistemática publicada em 2021, foi avaliado o impacto da pandemia pela COVID-19 nos serviços de saúde relacionados ao atendimento de pacientes com câncer, ressaltando a experiência dos pacientes e de seus cuidadores. A revisão demonstrou que pacientes e cuidadores sofreram atrasos no processo de triagem, no tratamento e nos cuidados do câncer durante a pandemia de COVID-19. Ademais, a pandemia afetou negativamente o bem-estar psicológico tanto de pacientes quanto de cuidadores (DHADA et al., 2021).

Nesse cenário de crise, é necessário investigar quais grupos populacionais foram particularmente afetados em termos de acesso aos cuidados e como os fatores determinantes interagem entre si, existem alguns sinais - incluindo evidências precoces e

experiências de crises anteriores - para indicar que grupos populacionais vulneráveis (populações com baixo nível socioeconômico, idosos, pacientes crônicos ou com condições graves, migrantes de países de baixa renda) sofrem um impacto maior (FROHLICH & POTVIN, 2008; SUHRCKE et al., 2011; PORTHÉ et al, 2016; KRUSE; DURSTINE; EVANS, 2022).

É importante ressaltar que, como em outras epidemias e surtos anteriores, as repercussões sanitárias da atual pandemia não se limitam apenas à infecção e mortalidade por COVID-19. Também incluem efeitos negativos indiretos no acesso à saúde e na qualidade dos tratamentos curativos e cuidados preventivos para outras condições, e a exacerbação de dificuldades e barreiras relacionadas a fatores socioeconômicos (NAGAI et al., 2020; NUZZO et al., 2019). As evidências científicas acumuladas anteriormente, como na síndrome respiratória aguda grave ou SARS, na síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS, no Ebola e o vírus Zika, mostram uma diminuição na utilização de serviços de saúde (por exemplo, atendimento ambulatorial, internações hospitalares, cirurgias eletivas) (CHANG et al., 2004; ELSTON et al., 2017; SCHULL et al, 2004; VAZQUEZ et al., 2020). Essas dificuldades de acesso são atribuídas a mudanças feitas nos serviços de saúde em resposta às emergências de saúde pública, bem como ao medo de contágio entre a população (CHANG et al., 2004; SCHULL et al, 2004; VAZQUEZ et al., 2020). Isso, por sua vez, pode ter um impacto no aumento da carga de doenças e mortalidade nos meses seguintes a um surto epidêmico (CORREA, 2020; KRUSE; DURSTINE; EVANS, 2022; MALTA et al., 2021; MASRESHA et al., 2020). Nesse cenário emerge a Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória sistêmica crônica, a qual os pacientes acometidos necessitam acessar tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e os serviços de saúde para manter sua doença em remissão e possuir uma boa qualidade de vida.

1.6 BARREIRAS PARA O CONTROLE ÓTIMO DA AR

Existe uma busca por melhora constante na avaliação da atividade da AR na prática clínica diária. A grande variação entre diferentes abordagens clínicas na avaliação das barreiras de controle, indica que ainda há espaço para melhorias. Muitas razões contribuem para a falta de adesão ao tratamento, incluindo farmacológico, no manejo da AR, como ausência de uma avaliação formal da atividade da doença, falha em determinar

e/ou documentar um alvo de tratamento, preferência do médico em não acelerar a terapia e preferência do paciente em não modificar os tratamentos (TYMSS et al 2014).

Widdifield e colaboradores (2014), em um estudo que avaliou o acesso a reumatologistas entre pacientes com AR recém-diagnosticada em um sistema de saúde público universal canadense, apontou que a maioria dos pacientes com AR teve acesso a um reumatologista dentro de 1 ano enquanto que o acesso, nos 3 primeiros meses logo após o diagnóstico obtido por um médico de família, pareceu prejudicado. Estes, atrasos no acesso a cuidados e tratamentos oportunos de qualidade, mediados por um médico reumatologista resultam no aumento da incapacidade para pacientes com AR, bem como no aumento dos custos para o sistema de saúde visto que quanto mais tardiamente ocorre o início da terapia medicamentosa, maiores são as chances de evolução do quadro com desdobramentos irreversíveis.

Existem muitas barreiras diferentes que implicam o atraso do tratamento por um reumatologista. Molina e colaboradores (2015), indicaram que, fatores com longo tempo de espera para acesso ao atendimento médico, tempo para encaminhamento a um reumatologista, status socioeconômico mais baixo, bem como morar em áreas rurais demonstraram retardar o tratamento de pacientes com AR. A dificuldade de acesso ao reumatologista foi considerada uma potencial barreira de acesso assim como pacientes com status socioeconômico mais baixo apresentaram maior atraso no início de acesso ao tratamento com medicamentos da classe dos modificadores do curso da doença, bem como maior atividade da doença medida pelo DAS28 (Disease Activity Score 28, do inglês Pontuação de Atividade da Doença 28), maior dano articular medido por radiografias de mão e pior incapacidade física medida pelo questionário de avaliação de saúde.

Neste contexto, a pandemia emergiu com uma nova barreira impactante para o controle ótimo da AR. Um estudo realizado na Suécia, evidenciou um declínio de menos de 20% no número total de visitas entre pacientes com doenças articulares inflamatórias durante o ano de 2020 (BOWER et al 2021). Um outro estudo nos EUA relatou que 57% dos pacientes com doenças reumáticas evitaram visitas pessoais durante os meses de março à maio de 2020 (GEORGE et al 2021) assim como em pacientes dinamarqueses com AR onde houve impacto na redução da busca por atendimento presencial

(GLINTBORG et al 2021). Esta nova realidade global, invoca uma reestruturação dos atendimentos na saúde.

1.7 ESTRATÉGIAS PARA A ADAPTAÇÃO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS

Gossenheimer e colaboradores (2020), apontaram uma experiência na qual o tele cuidado farmacêutico foi estruturado e lançado em 20 de maio de 2020 durante o combate à COVID-19 em um estado brasileiro. O telecuidado possibilita o profissional farmacêutico realizar a prestação de serviços farmacêuticos clínicos de forma remota a uma pessoa, por meio do uso de telecomunicações e outras tecnologias. Nesta experiência o estado do Rio Grande do Sul, teve o sistema de dispensação de medicamentos adaptado, incluindo o registro das consultas realizadas pelos profissionais farmacêuticos. O teleatendimento manifesta um potencial de aprimoramento na qualidade dos serviços farmacêuticos bem como obstáculos relacionados aos medicamentos. Os benefícios do teleatendimento, incluem possibilidade de acesso ao serviço de a pessoas com limitações na locomoção, que residem em lugares remotos ou em situações incomuns, como durante a pandemia.

O cuidado farmacêutico a partir do teleatendimento, emerge com a possibilidade de informar e educar a comunidade como um papel fundamental atrelado transmitindo informações oficiais e baseadas em evidências científicas, especialmente no que diz respeito às pesquisas na área de desenvolvimento de medicamentos e de vacinas para a Covid-19. A assistência farmacêutica, como parte integrante e essencial do SUS do Brasil, é responsável pela disponibilização de medicamentos à população. O papel do farmacêutico clínico, em um cenário pandêmico, através do teleatendimento, surge substancialmente no que concerne a divulgação de informações em prol da sua utilização segura e racional de medicamentos e contribuição para a integralidade, a resolubilidade e a eficiência das intervenções em saúde (LULA-BARROS E DAMASCENA, 2020).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar o tratamento dos pacientes com artrite reumatoide atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e analisar a influência da pandemia pela Covid-19 sobre o seu tratamento.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes com artrite reumatoide atendidos pelo CEAF;
- Analisar a influência da frequência de acompanhamento com médico especialista reumatologista no contexto da pandemia pela Covid-19;
- Analisar presença/ausência de reações adversas a medicamentos;
- Analisar o acesso dos pacientes com artrite reumatoide aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, durante o enfrentamento da Covid-19.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento e Local do Estudo

Foi realizado um estudo observacional e prospectivo com os pacientes em tratamento de artrite reumatoide (CID-10 M05, M06) atendidos pelo CEAF na Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em Florianópolis, no período de julho/2020 a julho/2021.

A Farmácia Escola da UFSC é um estabelecimento vinculado ao ensino superior, destinado à formação, que agrega atividades de pesquisa, em concomitância à prestação de serviços a usuários/pacientes em suas necessidades relacionadas aos medicamentos. Neste serviço, funcionou durante doze anos, o atendimento dos usuários de medicamentos do CEAF, moradores de Florianópolis. Na época da pesquisa eram realizados em torno de 5.500 atendimento/mês para todas as doenças.

O estudo foi desenvolvido pensando na realidade enfrentada mundialmente. Neste sentido é importante ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou como emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o surto gerado pelo novo coronavírus, em 30 de janeiro de 2020 (GALLASCH CH et al., 2020). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2020) afirmou que rapidamente o vírus da Covid-19 se espalhou por vários países, tendo sido declarado como pandemia, em 11 de março de 2020 pela OMS.

3.2 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob número CAAE 42598720.5.0000.0121.

3.3 Amostra

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes, de ambos os gêneros, em tratamento para artrite reumatoide (CID-10 M05, M06), que receberam pelo menos um dos medicamentos padronizados no CEAF, e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos indivíduos que não foram localizados ou que, mesmo com processo ativo no CEAF, estão sem uso de medicamento no momento da abordagem inicial.

Inicialmente foi realizado um levantamento prévio dos pacientes cujos CID-10 estavam incluídos na pesquisa no sistema informatizado utilizado para gerenciamento e operacionalização do CEAF. Através desse sistema, foi possível ter acesso aos dados pessoais de cada paciente, e dos medicamentos utilizados. Após esse levantamento prévio, através de contato telefônico, os pacientes foram convidados a participar do estudo.

3.4 Procedimento para coleta dos dados

Todas as etapas para a coleta de dados foram realizadas por bolsistas e/ou farmacêuticos atuantes no serviço através de contato telefônico. Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista inicial e depois a cada três meses por um período de um ano. As entrevistas visaram à coleta de dados referentes ao monitoramento da efetividade e segurança dos tratamentos, como presença de sintomas e resultados de exames laboratoriais. Os resultados de exames solicitados para registro foram aqueles, solicitados pelo médico assistente e definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, para o monitoramento dos tratamentos. Cita-se como exemplo: VHS, PCR, hemograma, plaquetas, transaminases, creatinina, e perfil lipídico. A captação dos pacientes ocorreu em julho/2020 e o acompanhamento dos pacientes ocorreu de julho de 2020 a julho de 2021. Os dados apresentados nessa dissertação estão relacionados à primeira e à quarta coletas.

3.5 Instrumentos utilizados no estudo para a coleta dos dados

O questionário inicial (ANEXO 01) continha perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos e socioeconômicos dos pacientes tais como: sexo; idade; raça/cor; estado civil; escolaridade e ocupação. Também relacionadas ao tipo de atendimento em saúde (público, privado ou ambos) e frequência de acompanhamento com reumatologista. A partir do primeiro atendimento, os demais foram agendados considerando a disponibilidade dos participantes.

Dados referentes ao monitoramento do tratamento incluindo (ANEXO 02): medicamentos utilizados pelo indivíduo anteriormente e no momento da coleta, sinais e sintomas ativos relacionados a AR (dor, inchaço, rigidez articular ou outros), reações adversas e resultados de exames laboratoriais (velocidade de hemossedimentação [VHS],

proteína C reativa [PCR], hemoglobina, plaquetas, creatinina, AST, ALT, colesterol total, HDL, LDL e triglicérides).

Dados referentes aos esquemas terapêuticos já utilizados foram obtidos do sistema informatizado utilizado no serviço. Para o estudo da capacidade funcional foi utilizado o questionário validado HAQ (ANEXO 03) que foi aplicado na primeira e na última entrevista. 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, e assim sucessivamente até o escore do componente 8) dividido por 8. Os componentes avaliam as dificuldades na realização das atividades do dia a dia, como vestir-se, caminhar e alcançar objetos.

Por fim, dados referentes a COVID-19 (ANEXO 04), com respostas objetivas sim ou não, para os seguintes questionamentos: se havia dificuldade no acesso ao medicamento durante a pandemia, se o paciente estava em isolamento social, se havia apresentado sintomas suspeitos de COVID-19, se testou positivo e/ou se algum contato próximo havia sido diagnosticado para doença.

3.6 Análise dos dados

Todos os dados coletados foram registrados em arquivo digital, através do editor de planilhas de Microsoft Office Excel®, versão 2019 e exportados para o software estatístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)® versão 28. Após a análise dos dados, nas variáveis qualitativas foram utilizados a análise estatística descritiva com as frequências e o teste estatístico não paramétrico de qui-quadrado ou teste exato de Fisher para variáveis dicotômicas. Considerou-se o valor de $p < 0,05$ e o intervalo de confiança de 95% para determinar a significância estatística.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo visou fornecer subsídios para o aprimoramento da assistência farmacêutica no SUS, à estruturação de serviços e à capacitação de recursos humanos comprometidos com seus princípios e diretrizes no contexto de uma emergência de saúde.

Em julho de 2020, estavam cadastrados no CEAF de Florianópolis 289 usuários, autorizados a retirar medicamentos para o tratamento da AR (CID-10 M05, M06) que receberam pelo menos um dos medicamentos padronizados no CEAF. Dentre os 289 usuários cadastrados no início do estudo, 263 participaram da primeira coleta de dados. Dentre esses 26 usuários que não iniciaram o estudo, 3 haviam falecido antes da pandemia, 1 não foi possível contato na primeira coleta pois o número de telefone cadastrado estava incorreto, 2 estavam com processo inativo e 1 estava com processo encerrado. Os demais não obtivemos informações. Apenas 96 indivíduos chegaram ao final da pesquisa, tendo participado, portanto, das quatro coletas realizadas entre julho de 2020 e julho de 2021. Dentre os indivíduos que participaram da primeira coleta 193 pararam de participar, pois não tiveram interesse ou não puderam continuar ao longo do estudo. Para fins de análise estatística e comparação temporal do possível efeito da pandemia nas variáveis coletadas, foram consideradas para esse estudo a primeira e a quarta coletas de dados.

Conforme pode ser observado na Tabela 1, a partir dos dados de caracterização sociodemográfica de usuários cadastrados no CEAF, na primeira coleta de dados a maioria dos pacientes (86,31%) era do sexo feminino, referia cor da pele branca (80,08%) e como situação conjugal casado (47,27%). Quanto à escolaridade, houve maior frequência na faixa de 12 anos ou mais de estudo (40,40%). Na quarta coleta o perfil segue o mesmo com a maioria dos pacientes (84,37%) sendo do sexo feminino, referindo cor da pele branca (76,15%) e como situação conjugal casado (56,32%). Quanto à escolaridade, houve maior frequência na faixa de 12 anos ou mais de estudos (38,89%).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de usuários cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Florianópolis, Santa Catarina – julho/2020 a julho/2021.

Variáveis sociodemográficas	1ª Coleta		4ª Coleta	
	n	%	n	%
Sexo	263		96	
Masculino	36	13,69	15	15,63
Feminino	227	86,31	81	84,37
Raça/ Cor/Etnia*	246**		88**	
Branca	197	80,08	67	76,15
Preto	12	4,87	05	5,68
Pardo	32	13,01	13	14,77
Amarelo	04	1,63	03	3,40
Indígena	01	0,41	-	-
Situação conjugal	256**		87**	
Solteiro	48	18,75	17	19,54
Casado	121	47,27	49	56,32
Separado	18	7,03	-	-
Divorciado	18	7,03	06	6,90
Viúvo	35	13,67	09	10,34
União Estável	16	6,25	06	6,90
Escolaridade	250**		90**	
Até 4 anos	15	6,0	06	6,67
De 5 a 8 anos	52	20,80	19	21,11
De 9 a 11 anos	82	32,80	30	33,33
12 anos ou mais	101	40,40	35	38,89

*Cor da pele autorreferida

**Valores válidos, excluídos os não identificados.

Fonte: Dados de pesquisa.

Em um contexto de análise sociodemográfica em pacientes com AR durante a pandemia, estudos abordaram as implicações da COVID-19 em indivíduos acometidos com AR, apontando resultados divergentes. Faye e colaboradores (2021) não encontraram risco aumentado de resultados adversos da COVID-19 entre indivíduos com doença autoimune em comparação com o grupo controle, por idade e gênero.

Um estudo de coorte comparativo usou uma rede de pesquisa multicêntrica dos EUA para analisar dados de pacientes adultos diagnosticados com COVID-19, com e sem AR e apontaram que o grupo acometido por AR, tinha uma população mais velha e a maioria era do gênero feminino enquanto que o sexo masculino foi associado a maior risco de hospitalização, internação em UTI, ventilação mecânica, COVID-19 grave, lesão renal aguda, tromboembolismo venoso e sepse (RAIKER et al., 2021), ou seja, o gênero feminino foi a maioria assim como os resultados da população deste estudo.

Neste mesmo sentido, tendo em vista que AR afeta três vezes mais mulheres do que homens, Adriano e colaboradores (2017), encontraram que o perfil sociodemográfico tem um predomínio de pacientes do sexo feminino.

Os dados apresentados na tabela 2, correspondem a distribuição dos medicamentos em uso durante a pesquisa pelos pacientes. Importante ressaltar que um mesmo paciente pode utilizar mais de um medicamento ao mesmo tempo. Na primeira e na última coleta o perfil de utilização manteve-se parecido, tendo o metotrexato como medicamento mais utilizado pelos indivíduos (122 pacientes em uso), seguido de leflunomida (79 pacientes em uso) e adalimumabe (56 pacientes em uso). Naproxeno (um paciente) e certulizumabe (34 pacientes) estavam em uso por algum paciente apenas na primeira coleta, enquanto que a azatioprina (um paciente) foi citada somente na quarta coleta. Os medicamentos, metilprednisolona, cloroquina, baricitinibe, upadacitinibe e ciclosporina, não integravam a farmacoterapia de nenhum paciente em nenhuma das duas coletas.

Tabela 2 – Distribuição de medicamentos em uso durante a primeira e quarta coleta – Florianópolis, Santa Catarina – julho/2020 e julho/2021.

Medicamentos	N Total de indivíduos que utilizavam o medicamento no momento da 1ª coleta (N=)	N Total de indivíduos que utilizavam o medicamento no momento da 4ª coleta (N=)
Naproxeno 500mg	01	-
Sulfassalazina 500mg	09	04
Metilprednisolona	-	-
Hidroxicloroquina 400mg	15	04
Cloroquina	-	-
Tofacitinibe 5mg	09	04
Baricitinibe	-	-
Upadacitinibe	-	-
Metotrexato (várias apresentações)	122	43
Ciclosporina (várias apresentações)	-	-
Azatioprina 50mg	-	01
Leflunomida 20mg	79	24
Infliximabe 10mg/ml	07	04
Adalimumabe 40mg injetável	56	16
Etanercepte 25 e 50mg injetável	22	12
Certolizumabe 200mg/ml injetável	34	-
Golimumabe 50mg injetável	11	02
Abatacepte 125mg injetável	03	01
Tocilizumabe 20mg/ml injetável	30	10
Rituximabe 20mg/ml injetável	07	02

***O usuário pode ter sido contabilizado mais de uma vez devido a possibilidade de associação medicamentosa.**

Fonte: Dados de pesquisa.

Nam e colaboradores (2016) publicaram uma revisão sistemática afim de atualizar a conduta do tratamento farmacológico com a classe dos MMCDbio e apontou que a terapia combinada (MMCDbio+MMCDs) foi, em geral, novamente superior à monoterapia com os biológicos e pacientes em monoterapia com MTX alcançaram remissão sustentada ao seguir uma estratégia de abordagem “alvo de tratamento” (*treat*

to target ou T2T), concordando com os dados resultantes desta pesquisa onde o MTX foi o medicamento que mais pacientes estavam em uso.

Chatzidionysiou e colaboradores (2016), encontraram que as evidências de que a monoterapia com MTX não é inferior à terapia combinada com os MMCDs quando usada em combinação com outros medicamentos e quando uma abordagem rigorosa de “alvo de tratamento” é empregada. Neste sentido, e similarmente aos dados obtidos neste estudo, o MTX continua sendo o fármaco de escolha, confirmando, novamente, que o MTX tem sido uma terapia de escolha na conduta clínica do tratamento da AR e que, mesmo durante a pandemia, não houve alterações nesta determinação.

Os dados na tabela 3 apontem a distribuição de frequência relacionada ao relato dos indivíduos entrevistados quanto a ocorrência de evento adverso. No momento inicial, primeira coleta, a maioria dos pacientes não relataram nenhuma reação adversa. Dentre os que apresentaram algum tipo de EA, os indivíduos que estavam em uso de MTX associado a leflunomida foram os mais afetados, seguidos por indivíduos que usavam MTX + adalimumabe. Considerando o número total de pacientes que responderam a este quesito, mais da metade estava em uso de MTX, tanto em monoterapia ou associado a outro medicamento. Neste ponto cumpre ressaltar que, considerando que há outro medicamento envolvido, não foi possível afirmar se o EA era devido ao MTX ou a outro medicamento. Com relação aos dados da última coleta, houve um pequeno número de usuários que relataram está com algum EA em atividade no momento da ligação, entretanto, assim como na primeira coleta de dados, a maior parte dos relatos estavam relacionados ao uso do MTX.

Tabela 3 – Distribuição de frequência relacionada ao relato dos indivíduos entrevistados quanto a ocorrência de efeito adverso.

Medicamento	N Total de indivíduos que utilizavam o medicamento no momento da 1ª coleta (N=)	N Total de indivíduos que utilizavam o medicamento no momento da 4ª coleta (N=)
MTX	4	1
LFN	5	-
SSZ	1	-
Adalimumabe	6	-
Golimumabe	1	-
Tocilizumabe	1	1
Certolizumabe	2	-
MTX + LFN	15	1
MTX + Etanercepte	6	-
MTX + Adalimumabe	14	1
MTX + Tocilizumabe	4	1
MTX + Sulfazalassina	1	-
MTX + HCQ	3	1
MTX+ Tofacitinibe	3	1
LFN + Adalimuimabe	2	-
LFN + Certolizumabe	1	1
LFN + Tofacitinibe	3	-
LFN + Abatacepte	1	-
LFN + Golimumabe	1	1
HCZ + SSZ	1	-
MTX + Certolizumabe + Tocilizumabe	1	1
MTX + LFN + Tofacitinibe	1	-
HCZ + Adalimumabe + LFN	1	-

Fonte: Dados de pesquisa.

Entre os pacientes com AR com COVID-19, análises mostraram que o sexo masculino, raça negra e uso de glicocorticoides estavam associados a resultados adversos (RAIKER et al., 2021). Chatzidionysiou e colaboradores (2017), mencionaram as preocupações quanto à segurança no uso dos glicocorticoides associados aos MMCDs. Os resultados iniciais sugerem uma baixa ocorrência de RAs, porém indicam pela primeira vez um risco cardiovascular aumentado para os pacientes com AR tratados com prednisona por pelo menos 2 anos. Embora os glicocorticoides tenham bastante relação com RA conforme demonstrado pelo estudo anterior, não há como gerar comparações

neste sentido, já que neste estudo, nenhum paciente relatou uso de metilprednisolona (medicamento da classe dos glicocorticoides disponibilizados pelo SUS através do CEAF).

Conforme pode ser visualizado na Tabela 4, quando se analisou a primeira coleta do estudo atual, no que tange à relação de distribuição da frequência de atendimento com reumatologista versus o tipo de atendimento, na primeira coleta, a maioria dos pacientes eram atendidos pelo SUS, 130 usuários (50,58%). Destes 130 pacientes iniciais, a maior frequência de atendimento com o reumatologista ocorreu no intervalo de tempo ≥ 3 meses e < 6 meses, com 111 usuários (85,38% - do total de usuários atendidos pelo SUS). A análise estatística identificou que a associação das variáveis é estatisticamente significativa (Fisher exact p-valor = 0,001), ou seja, a frequência de atendimento com o médico especialista pode variar dependendo do tipo de atendimento dos pacientes.

Tabela 4: Distribuição da frequência de atendimento com o reumatologista versus o tipo de atendimento durante a primeira coleta.

Tipo Atendimento	Frequência de atendimento com reumatologista			Total
	N (%)			
	<3 meses	≥ 3 meses e < 6 meses	≥ 6 meses	
SUS	11 (4,28)	111 (43,19)	8 (3,11)	130 (100)
Privado	5 (1,95)	42 (16,34)	11 (4,28)	58 (100)
Plano de Saúde	17 (6,61)	47 (18,29)	5 (1,95)	69 (100)
Total				257 (100)

Analisando a quarta coleta, quando se relaciona a frequência de atendimento com reumatologista versus o tipo de atendimento, diferentemente da primeira coleta (Tabela 4), menos da metade da população, 43 usuários (46,24%), eram atendidos pelo sistema público de saúde sendo que, destes 43 indivíduos atendidos pelo SUS, mais da metade

deles, assim como na primeira coleta, o atendimento pelo reumatologista ocorreu no mesmo intervalo de frequência, com 34 indivíduos (79,07% - do total de usuários atendidos pelo SUS). A análise estatística identificou que a associação das variáveis não é estatisticamente significativa (Fisher exact p-valor = 0.643), ou seja, a frequência de atendimento com o médico especialista não varia a depender do tipo de atendimento do pacientes (Tabela 4). Dessa forma, parece que o início da pandemia influenciou de alguma forma na relação entre a frequência de atendimento com o reumatologista e o tipo de atendimento. Fato esse não observado na quarta coleta, a qual foi realizada cerca de 17 meses após o início da pandemia no Brasil. É importante ressaltar que a diminuição no número de participantes entre as coletas pode ter influenciado na ausência de relação estatística. Ademais, as diferenças encontradas entre as duas coletas, levantam a hipótese de questões como o isolamento social possam ter impactado de alguma forma esta variação na frequência de atendimento encontrada na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição da Frequência de atendimento com o reumatologista versus o tipo de atendimento durante a quarta coleta.

Tipo Atendimento	Frequência de atendimento com reumatologista			Total
	N (%)			
	<3 meses	≥ 3 meses e < 6 meses	≥ 6 meses	
0 (SUS)	5 (5,38)	34 (36,56)	4 (4,30)	43 (100)
1 (Privado)	3 (3,23)	18 (19,35)	1 (1,07)	22 (100)
2 (Plano)	4 (4,30)	19 (20,43)	5 (5,38)	28 (100)
Total				93 (100)

O surgimento da COVID-19 no início de 2020 impactou de forma sem precedentes a prática clínica, incluindo os pacientes reumatológicos em todo o mundo, levando à transição para o atendimento virtual. Essa alteração possibilitou novas formas

de gerenciar o tratamento de indivíduos com AR a partir sistemas de assistência à saúde de forma remota, o que diminuiu as limitações da recorrência de consultas de acompanhamento de forma presencial a fim de diminuir o impacto na frequência de atendimento (BONFÁ, et al 2020).

Pacientes com diagnóstico estabelecido de AR e doença estável, parecem ser o grupo de pacientes que melhor se encaixam para o atendimento a distância, por outro lado não parece ser a alternativa mais adequada para pacientes com quadros de exacerbação da doença ou quando a complexidade do caso demanda o atendimento presencial e frequente (KULCSAR, et al, 2016).

A tabela 6, aponta a distribuição da frequência de atendimento com o reumatologista versus sintoma de AR. Com relação a primeira coleta, a análise estatística identificou que a associação das variáveis não é estatisticamente significativa (Fisher exact p-valor = 0,142), ou seja, os dados apontam que a frequência de atendimento com o reumatologista não está associada com a presença ou ausência de sintomas da AR (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição da Frequência de atendimento com o reumatologista versus sintoma de AR na primeira coleta.

Sintoma de artrite	Frequência de atendimento com reumatologista N(%)			Total
	<3 meses	≥ 3 meses e < 6 meses	≥ 6 meses	
não	15 (6,12)	69 (28,16)	5 (2,04)	89 (100)
sim	16 (6,53)	122 (49,80)	18 (7,35)	156 (100)
Total				245 (100)

Com relação a quarta coleta (Tabela 7), quanto à frequência de atendimento com o reumatologista versus sintoma de AR, a análise estatística identificou que a associação das variáveis não é estatisticamente significativa (Fisher exact p-valor = 0,874), ou seja,

os dados apontam que a frequência de atendimento com o reumatologista, assim como na coleta inicial, não está associada com a presença ou ausência de sintomas da AR. Na correlação entre as duas coletas quanto frequência de atendimento versus sintoma de AR, houve similaridade de resultados entre a primeira e a última coleta. Na primeira coleta, assim como na quarta coleta menos da metade dos pacientes que relataram apresentar algum sintoma ativo da doença, se consultavam com reumatologista no intervalo de tempo ≥ 3 meses e < 6 meses, sendo 122 (49,79%) (tabela 5) e 43 (47,25%) (tabela 7) pacientes respectivamente, neste sentido, a pandemia parece não ter gerado impacto.

Tabela 7: Distribuição da Frequência de atendimento com o reumatologista versus sintoma de AR na quarta coleta.

Sintoma de artrite	Frequência de atendimento com reumatologista			Total
	N (%)			
	<3 meses	≥ 3 meses e < 6 meses	≥ 6 meses	
Não	5 (5,49)	26 (28,57)	3 (3,30)	34 (100)
Sim	7 (7,69)	43 (47,25)	7 (7,69)	57 (100)
Total				91 (100)

A Liga Europeia Contra o Reumatismo recomenda desde 2010 que o monitoramento do curso da AR deve ser frequente na doença ativa (a cada 1–3 meses); se não houver melhora em no máximo 3 meses após o início do tratamento ou se a meta não for atingida em 6 meses, a terapia deve ser ajustada (SMOLEN, et al 2019). Neste sentido, surge a necessidade de acompanhamento constante, o que pode ser comprometido em um cenário pandêmico e que exige distanciamento social. Com o novo cenário pandêmico, surgiram novas demandas nos serviços de saúde, gerando impacto nos aspectos operacionais e assistenciais, requerendo novas conformações e diretrizes nos ambientes de saúde (MACIEL et al. 2020).

A tabela 8 aponta os resultados de distribuição da frequência de sintoma de artrite reumatoide versus atividade física. Neste sentido, não houve dados suficientes para analisar a primeira coleta de dados. Já na quarta coleta de dados, não houve diferença estatística significativa (Pearson $\chi^2 = 0.0303$, p-valor = 0.862), ou seja, os dados apontam que a frequência de sintoma de AR não está associada com a prática ou não de exercício físico. Dos 88 pacientes que responderam a estas questões na última coleta, 57 (64,77%) relataram sintomas ativos de AR e dentre eles, 32 (36,36% do total de participantes) não realizavam atividades físicas no momento. Dentre os usuários que não possuíam sintomas ativos da AR no momento da entrevista 31 (35,23%), menos da metade realizava atividades físicas 13 (41,94% - do total dos indivíduos que não têm sintoma), como pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8: Distribuição da Frequência de sintoma de artrite versus atividade física na quarta coleta.

Sintoma de AR	Atividade física N(%)		Total
	Não	Sim	
Não	18 (20,46)	13 (14,77)	31 (100)
Sim	32 (36,36)	25 (28,41)	57 (100)
Total			88 (100)

Conforme o PCDT (Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas) de 2021, os pacientes com AR ao longo de todo decurso da doença, devem ser acompanhados por equipe multidisciplinar e devem receber orientações para melhorar seus hábitos de vida, incluindo inserção de atividades físicas na rotina. Dal Molin e colaboradores (2015), trouxeram evidências sobre o fortalecimento das mãos, alongamentos globais, mobilizações das articulações, capacidade melhorada de equilíbrio e percepção corporal após fisioterapia. Através do questionário aplicado no estudo de Dal Molin, foi possível perceber melhora da dor resultando em melhora da qualidade de vida, sem impactar o grau de acometimento da doença a partir do fortalecimento muscular. Com ganhos

significativos na funcionalidade dos participantes. Schnornberger e colaboradores (2017), apontaram que exercícios de alongamento e fisioterapia trouxeram melhora no nível de dor em mulheres acometidas com AR sem que fosse observado qualquer piora no quadro, nas que não relataram melhora. Os dados insuficientes durante a primeira coleta e a perda no número de participantes na quarta coleta pode ter influenciado nessa ausência de correlação entre as variáveis sintoma de AR e atividade física. Os resultados da pesquisa atual parecem divergir das evidências supramencionadas, fato esse que pode estar relacionado à falta de dados nesse quesito durante a primeira coleta e à perda de pacientes durante a última coleta. É necessário ressaltar que, os benefícios individuais do exercício físico para os pacientes não foi abordado nesse estudo.

A tabela 9 demonstra a distribuição do sintoma de AR versus HAQ (Avaliação da Capacidade Funcional). Dentre os 65 indivíduos que participaram, 23 deles (35,38%) relataram sintomas de AR e estavam enquadrados dentro do resultado alto para o HAQ. Com relação a primeira coleta, não houve dados suficientes, já na quarta coleta, a análise estatística identificou que a associação das variáveis não é estatisticamente significativa (Fisher exact p-valor = 0.012), ou seja, os dados apontam o escore obtido pela HAQ não varia dependendo de ter ou não sintoma de AR. Os dados insuficientes durante a primeira coleta e a perda no número de participantes na quarta coleta podem ter influenciado nessa ausência de correlação entre as variáveis sintoma de AR e resultado HAQ.

Tabela 09: Distribuição do sintoma de AR versus HAQ na quarta coleta

Sintoma de artrite	Resultado HAQ N(%)			Total
	Alto*	Baixo*	médio*	
não	3 (4,62)	12 (18,46)	4 (6,16)	19 (100)
sim	23 (35,38)	12 (18,46)	11 (16,92)	46 (100)
Total				65 (100)

*Categorização: HAQ ≤ 0.75 igual a baixo; $0.75 < \text{HAQ} \leq 1.5$ igual a médio; HAQ > 1.5 igual a alto

A tabela 10 aponta os resultados da distribuição do tipo de atendimento versus diagnóstico de COVID-19. Quando se relaciona tipo de atendimento versus diagnóstico de COVID-19, não houveram dados suficientes para a coleta inicial e na quarta coleta, a análise estatística identificou que a associação das variáveis não é estatisticamente significativa (Fisher exact p-valor = 0,313), ou seja, o diagnóstico de COVID-19 não varia em relação ao tipo de atendimento (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição do tipo de atendimento versus diagnóstico de COVID-19 na quarta coleta

Tipo Atendimento	diagnóstico COVID-19 N(%)		Total
	não	sim	
0 (SUS)	38 (40,43)	6 (6,38)	44 (100)
1 (Privado)	21 (22,35)	1 (1,06)	22 (100)
2 (Plano)	27 (28,72)	1 (1,06)	28 (100)
Total			94 (100)

Pablos e colaboradores (2020), realizaram um estudo de coorte multicêntrico em indivíduos com doença reumática (AR e doenças do tecido conjuntivo). A maioria dos pacientes haviam sido hospitalizados e o risco de COVID-19 grave foi de 31,6% na coorte reumática e 28,1% na coorte não reumática. O envelhecimento, sexo masculino e comorbidades prévias (obesidade, diabetes, hipertensão, doença cardiovascular ou pulmonar) aumentaram o risco na coorte reumática por análise bivariada. No estudo atual, um número expressivo de usuários, informaram não ter contraído o vírus, representando 86 pacientes (91,49%) (PABLOS et al., 2020).

Os dados da tabela 11 demonstram a distribuição da dificuldade em conseguir medicamento versus isolamento social. Na primeira coleta, dentre os 255 usuários que responderam à pesquisa inicialmente quanto a este quesito, 228 (89,41%) estavam em

isolamento social, sendo que, destes, 208 (81,57%) relataram que não tiveram dificuldade de acesso ao medicamento. Quando se analisou a relação entre a dificuldade em conseguir medicamento versus o isolamento social, foi demonstrado que, na primeira coleta não houve diferença estatística significativa (Fisher exact, p-valor = 0.862), ou seja, o comportamento do isolamento social parece não influenciar na dificuldade ou não de ter acesso aos medicamentos. Na quarta coleta todos os indivíduos relataram não ter dificuldade no acesso aos medicamentos.

Tabela 11: Distribuição da dificuldade em conseguir medicamento versus isolamento social primeira coleta

Dificuldade de conseguir medicamento	Isolamento social N(%)		Total
	Não	Sim	
Não	25 (9,80)	208 (81,57)	233 (100)
Sim	2 (0,79)	20 (7,84)	22 (100)
Total			255 (100)

Ações e serviços no âmbito farmacêutico, receberam impacto direto da pandemia, tanto no que diz respeito à assistência farmacêutica no cuidado com os pacientes, quanto no que tange a parte gerencial e que inclui o abastecimento de tecnologias em setores da saúde (CAI, et al., 2020). Nesta realidade global, as mudanças e reestruturação nas rotinas das ações e serviços, foram imprescindíveis (KOSTER et al., 2021).

Husayn e colaboradores (2022), emergiram o papel do farmacêutico durante a pandemia, no que tange as devidas recomendações na distribuição de medicamentos voltados para doenças reumáticas incluindo AR, evidenciando seu potencial em tomada de decisão compartilhada, educação, sugestão de terapias alternativas e monitoramento adequado da distribuição de medicamentos.

Com a pandemia, houve o surgimento de novas barreiras ao acesso ao tratamento e à adesão à medicação em pacientes com artrite reumatoide (AR) (ABUALFADL, et al.

2021). Os resultados apontados neste estudo, onde os pacientes não encontraram barreiras no acesso ao medicamento pode ser explicado pela rápida organização dos serviços farmacêuticos do CEAF atendidos pela Farmácia Escola UFSC para minimizar os impactos da pandemia no tratamento desses pacientes. Nesse sentido, a Farmácia Escola da UFSC, realizou diversas modificações para se adaptar à pandemia incluindo a rotina dos profissionais farmacêuticos, para a manutenção da dispensação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) incluindo os indicados para a AR. Podem ser citadas dentre essas alterações nos serviços: descentralização da dispensação de alguns medicamentos e uso do teleatendimento, cumprindo os requisitos de distanciamento social.

A tabela 12, aponta os dados da distribuição do tipo de atendimento versus isolamento social. Analisando a primeira coleta, a análise estatística identificou que a associação das variáveis não é estatisticamente significativa (Fisher exact p -valor = 0.458), ou seja, o comportamento de isolamento social parece não estar correlacionado ao tipo de atendimento (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição do tipo de atendimento versus isolamento social na primeira coleta

Tipo Atendimento	Isolamento social		Total
	não	sim	
0 (SUS)	12 (4,76)	115 (45,63)	127 (100)
1 (Privado)	5 (1,98)	52 (20,63)	57 (100)
2 (Plano)	10 (3,97)	58 (23,03)	68 (100)
Total			252 (100)

Analisando a quarta coleta, quando se relaciona tipo de atendimento versus isolamento social, a análise estatística identificou que a associação das variáveis não é

estatisticamente significativa (Fisher exact p -valor = 1.000), ou seja, o comportamento de isolamento social parece não estar correlacionado ao tipo de atendimento (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição do tipo de atendimento versus isolamento social na quarta coleta

Tipo Atendimento	Isolamento social		Total
	não	sim	
0 (SUS)	41 (43,62)	3 (3,19)	44 (100)
1 (Privado)	20 (21,28)	2 (2,13)	22 (100)
2 (Plano)	26 (27,65)	2 (2,13)	28 (100)
Total			94 (100)

Kim e colaboradores (2020) avaliaram a taxa de não comparecimento e a mudança nos padrões de visitas médicas em pacientes com AR durante a pandemia de COVID-19 e identificaram fatores associados às faltas nos pacientes com AR. A história prévia de não comparecimento às consultas, histórico médico de uso de medicamentos e condições clínicas previamente instaladas e maior número de comorbidades apontaram maiores chances de falta de assiduidade ao atendimento médico durante a pandemia. George e colaboradores (2021) relataram que 57% dos pacientes com doenças reumáticas evitaram visitas pessoais durante março-maio de 2020. Em um outro estudo, foram observadas grandes reduções nas consultas físicas em pacientes dinamarqueses com AR (GLINTBORG et al, 2021). Foti e colaboradores (2022), encontraram resultados promissores no atendimento a partir da telemedicina em que permitiu identificar pacientes que necessitam de uma abordagem presencial para reavaliação terapêutica mesmo que não esteja relacionada a um surto de atividade dos sintomas da doença.

Gant-Farley e colaboradores (2021) sugerem a importância de gerar incentivo aos pacientes no comparecimento às consultas médicas na medida que a pandemia perde força através de ferramentas que desenvolvam, definam e executam políticas e procedimentos

que melhorem a qualidade de atendimento e geram confiança no paciente a respeito da importância da manutenção do atendimento em saúde. Esse fato, pode estar relacionado ao maior número de paciente que não estavam em isolamento social na quarta coleta, visto que a mesma ocorreu em um período de diminuição dos índices da pandemia no Brasil em virtude das medidas de vacinação.

Ciurea e colaboradores (2020) analisaram se a redução transitória nos serviços de reumatologia no contexto da pandemia estaria associada à piora de doenças reumáticas. Os dados apontaram que não houve impacto negativo nos atendimentos e no curso das doenças reumáticas em períodos mais curtos de interrupção de até 2 meses. Em períodos maiores alguns prejuízos puderam ser observados como uma pequena diminuição na adesão aos tratamentos. Para evitar a disseminação da COVID-19 os locais de atendimento foram fechados e com o remanejamento com especialista, houve atrasos e cancelamentos nas consultas (NAGY et al, 2021).

Chevallard e colaboradores (2021), analisaram os desfechos clínicos de pacientes com AR, artrite psoriática e espondilite anquilosante que utilizaram ferramentas digitais para fazerem seu acompanhamento com reumatologista em comparação com aqueles pacientes que fizeram acompanhamento presencial. Na tentativa de conter a transmissão da COVID-19, foram reservadas avaliações presenciais para pacientes crônicos considerados casos graves, tendo sido os pacientes com as formas mais brandas das doenças, atendidos por telemedicina. Não foi observada diferença estatística entre as abordagens considerando os desfechos, o que demonstra possíveis benefícios das alterações nos serviços para a manutenção do acompanhamento dos pacientes em um contexto pandêmico.

5 CONCLUSÃO

Este estudo proporcionou uma visão global sobre o perfil sociodemográfico, acometimento de efeitos adversos, dados de utilização de medicamentos e impacto da pandemia sobre pacientes com AR cadastrados e atendidos em um setor público de atendimento à saúde e fornecimento de medicamentos do CEAF. A AR acometeu, predominantemente, o gênero feminino da população estudada, sugerindo que indivíduos apresentam risco aumentado para o desenvolvimento da AR.

Os relatos de acometimento por alguma reação adversa foi especialmente relacionado ao medicamento metotrexato sendo que a maioria dos indivíduos relataram não estar com nenhum evento adverso no momento da entrevista. Os dados insuficientes durante a primeira coleta e a perda no número de participantes na quarta coleta pode ter influenciado nessa ausência de correlação entre as variáveis sintoma de AR e atividade física. O mesmo ocorreu com o HAQ, onde os dados insuficientes durante a primeira coleta de dados e a perda no número de participantes pode ter influenciado na ausência de correlação. Apesar de ter havido algumas limitações no estudo devido a dados insuficientes no preenchimento dos questionários onde as respostas dependiam quase exclusivamente do usuário, este dado encoraja novas pesquisas no sentido de melhoria das ferramentas de monitorização da AR, bem como de outras doenças crônicas.

Pacientes com doenças crônicas e de manejo complexo como como a AR, devem ter possibilidades de acesso a profissionais que estejam aptos a identificarem eventos adversos, possíveis interações medicamentosas de uma forma sistemática afim de trazer resolutividade nas ações que envolvam este indivíduo.

A AR tem um difícil manejo, onde ocorre frequentemente alteração da farmacoterapia. Com controle de sintomas estabelecidos, ainda há necessidade de monitorização devido a possibilidade de reações adversas. Neste sentido, durante o período pandêmico, onde o isolamento social se tornou uma realidade, o teleatendimento trouxe uma nova vertente de cuidados, permitindo o acompanhamento sistemático dos indivíduos a partir de uma nova forma de atendimento. Com a possibilidade de acompanhamento online, o farmacêutico pode monitorar a evolução do tratamento, e rastrear possíveis intercorrências tendo mais autonomia na gestão de cuidados, trazendo segurança aos pacientes.

O estudo demonstrou que durante a pandemia, com as medidas e reestruturação no que tange, especialmente a logística de atendimento ao paciente e a dispensação dos

medicamentos disponibilizados pelo sistema público de saúde para AR, foram eficazes e parece que não causaram impacto negativo na rotina de acesso dos pacientes ao recebimento do tratamento farmacoterapêutico.

REFERÊNCIAS

- ADRIANO, Liana Silveira et al. Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com artrite idiopática juvenil por meio de questionários. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, p. 23-29, 2017.
- ALAMANOS, Yannis; VOULGARI, Paraskevi V.; DROSOS, Alexandros A. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. In: **Seminars in Arthritis and Rheumatism**. WB Saunders, 2006. p. 182-188.
- ALETAHA, Daniel; SMOLEN, Josef S. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis: a review. **Jama**, v. 320, n. 13, p. 1360-1372, 2018.
- BATKO, Bogdan et al. Prevalence and clinical characteristics of rheumatoid arthritis in Poland: a nationwide study. **Archives of Medical Science**, v. 15, n. 1, p. 134-140, 2019.
- BLOM, Marlies; VAN RIEL, Piet LCM. Management of established rheumatoid arthritis with an emphasis on pharmacotherapy. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 21, n. 1, p. 43-57, 2007.
- BOMBARDIER, Claire et al. The relationship between joint damage and functional disability in rheumatoid arthritis: a systematic review. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 71, n. 6, p. 836-844, 2012.
- BONFÁ, Eloisa et al. How COVID-19 is changing rheumatology clinical practice. **Nature Reviews Rheumatology**, v. 17, n. 1, p. 11-15, 2021.
- BOWER, Hannah et al. Effects of the COVID-19 pandemic on patients with inflammatory joint diseases in Sweden: from infection severity to impact on care provision. **RMD open**, v. 7, n. 3, p. e001987, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e Terapêutico da Artrite Reumatoide**. Portaria Conjunta nº 16, de 03 de setembro de 2021. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/assistencia-farmaceutica/componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica-ceaf/protocolos-clinicos-ter-resumos-e-formularios/artrite-reumatoide/artrite-reumatoide-1/18817-portaria-conjunta-saes-sctie-ms-n-16-de-03-09-2021-anexo-i/file>.
- CAI, Jianghui et al. Allocation of pharmaceutical resources in maternal and child healthcare institutions during the COVID-19 pandemic. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, p. 41-47, 2020.

CALABRESI, Emanuele et al. One year in review 2018: pathogenesis of rheumatoid arthritis. **Clin Exp Rheumatol**, v. 36, n. 2, p. 175-184, 2018.

CARMONA, Loreto et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. **Rheumatology**, v. 41, n. 1, p. 88-95, 2002.

CASTRO-SANTOS, Patricia; DÍAZ-PEÑA, Roberto. Genetics of rheumatoid arthritis: a new boost is needed in Latin American populations. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, p. 171-177, 2016.

CHATZIDIONYSIOU, Katerina et al. Efficacy of glucocorticoids, conventional and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. **Annals of the rheumatic diseases**, v. 76, n. 6, p. 1102-1107, 2017.

CHANG, Hong-Jen et al. The impact of the SARS epidemic on the utilization of medical services: SARS and the fear of SARS. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 4, p. 562-564, 2004.

CHEVALLARD, Michel et al. Use of telemedicine during the COVID-19 pandemic in patients with inflammatory arthritis: a retrospective study on feasibility and impact on patient-reported outcomes in a real-life setting. **Rheumatology International**, v. 41, n. 7, p. 1253-1261, 2021.

CIMMINO, Marco A. et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari Study. **Annals of the rheumatic diseases**, v. 57, n. 5, p. 315-318, 1998.

CORREA, Humberto; MALLOY-DINIZ, Leandro F.; DA SILVA, Antonio G. Why psychiatric treatment must not be neglected during the COVID-19 pandemic. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, p. 449-449, 2020.

DA ROCHA MOTTA, Geraldo et al. Evidence of genetic variations associated with rotator cuff disease. **Journal of shoulder and elbow surgery**, v. 23, n. 2, p. 227-235, 2014.

DAL MOLIN, Vinícius et al. Intervenção fisioterapêutica em paciente portador de artrite reumatoide: um estudo de caso. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, n. 209, p. 19, 2015.

DHADA, Symran et al. Cancer services during the COVID-19 pandemic: Systematic review of patient's and caregiver's experiences. **Cancer Management and Research**, v. 13, p. 5875, 2021.

ELSTON, James W. T. et al. The health impact of the 2014–15 Ebola outbreak. **Public Health**, v. 143, p. 60-70, 2017.

FALEIRO, Lilian Resende; ARAÚJO, Lúcia Helena Resende; VARAVALLO, Maurilio Antonio. A terapia anti-TNF-a na artrite reumatóide. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 32, n. 1, p. 77-94, 2011.

FAYE, Adam S. et al. Risk of adverse outcomes in hospitalized patients with autoimmune disease and COVID-19: a matched cohort study from New York City. **The Journal of Rheumatology**, v. 48, n. 3, p. 454-462, 2021.

FOTI, Rosario et al. Telemedicine in the Management of Patients with Rheumatic Disease during COVID-19 Pandemic: Incidence of Psychiatric Disorders and Fibromyalgia in Patients with Rheumatoid Arthritis and Psoriatic Arthritis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 6, p. 3161, 2022.

FROHLICH, Katherine L.; POTVIN, Louise. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. **American journal of public health**, v. 98, n. 2, p. 216-221, 2008.

GANT-FARLEY, Helen Y.; ROSS, Miriam K.; HUDAK, Ronald P. After COVID-19: Improving the Patient's Outpatient Appointment Experience. **Journal of patient experience**, v. 8, p. 23743735211039320, 2021.

GEORGE, Michael D. et al. Concerns, healthcare use, and treatment interruptions in patients with common autoimmune rheumatic diseases during the COVID-19 pandemic. **The Journal of Rheumatology**, v. 48, n. 4, p. 603-607, 2021.

GLOBAL HEALTH CLUSTER. Essential Health Services: A guidance Note. How to Prioritize and Plan Essential Health Services during COVID-19 Response in Humanitarian Settings; Health Cluster: Geneva, Switzerland, 2020.

GLINTBORG, Bente et al. Impact of the COVID-19 pandemic on treat-to-target strategies and physical consultations in > 7000 patients with inflammatory arthritis. **Rheumatology**, v. 60, n. SI, p. SI3-SI12, 2021.

GOSSENHEIMER, Agnes Nogueira; RIGO, Ana Paula; SCHNEIDERS, Roberto Eduardo. Organização do serviço de telecuidado farmacêutico como estratégia de combate à covid-19 no Rio Grande do Sul. **REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 26, p. 524-535, 2021.

HOY, Damian et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 73, n. 6, p. 968-974, 2014.

HUANG, Chaolin et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020.

HUESPE, Iván Alfredo et al. Changes in the management and clinical outcomes of critically ill patients without COVID-19 during the pandemic. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, p. 68-74, 2021.

HUSNI, M. Elaine; MEROLA, Joseph F.; DAVIN, Sara. The psychosocial burden of psoriatic arthritis. In: **Seminars in arthritis and rheumatism**. WB Saunders, 2017. p. 351-360.

HUSAYN, Sameeha S. et al. Hydroxychloroquine alternatives for chronic disease: Response to a growing shortage amid the Global COVID-19 Pandemic. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 35, n. 1, p. 120-125, 2022.

JIANG, Yangzi; TUAN, Rocky S. Origin and function of cartilage stem/progenitor cells in osteoarthritis. **Nature Reviews Rheumatology**, v. 11, n. 4, p. 206-212, 2015.

KOBAYASHI, Sarah. et al. The prevalence of patellofemoral osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. **Osteoarthritis and Cartilage**, v. 24, n. 10, p. 1697-1707, 2016.

KULCSAR, Zsolt et al. Telerheumatology: a technology appropriate for virtually all. In: **Seminars in Arthritis and Rheumatism**. WB Saunders, 2016. p. 380-385.

KIM, Yena et al. Changing patterns of medical visits and factors associated with no-show in patients with rheumatoid arthritis during COVID-19 pandemic. **Journal of Korean Medical Science**, v. 35, n. 48, 2020.

KRUSE, Meredith H.; DURSTINE, Alessandra; EVANS, Dabney P. Effect of COVID-19 on patient access to health services for noncommunicable diseases in Latin America: a perspective from patient advocacy organizations. **International Journal for Equity in Health**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2022.

LEITE, Silvana Nair et al. Losses and gains in experiential education in a university pharmacy in Brazil: Lessons from a pandemic: Innovation in experiential learning or assessment. **Pharmacy Education**, v. 20, n. 2, p. 39-40, 2020.

LITEWKA, Sergio G.; HEITMAN, Elizabeth. Latin American healthcare systems in times of pandemic. **Developing World Bioethics**, v. 20, n. 2, p. 69-73, 2020.

LULA-BARROS, Débora Santos; DAMASCENA, Hylane Luiz. Assistência farmacêutica na pandemia da Covid-19: uma pesquisa documental. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.

MACIEL, Fernanda Beatriz Melo et al. Community health workers: reflections on the health work process in Covid-19 pandemic times. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4185-4195, 2020.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2833-2842, 2021.

MASRESHA, Balcha Girma et al. The performance of routine immunization in selected African countries during the first six months of the COVID-19 pandemic. **The Pan African Medical Journal**, v. 37, n. Suppl 1, 2020.

MYASOEDOVA, Elena et al. Is the incidence of rheumatoid arthritis rising?: results from Olmsted County, Minnesota, 1955–2007. **Arthritis & Rheumatism**, v. 62, n. 6, p. 1576-1582, 2010.

MOLINA, Emily et al. Association of socioeconomic status with treatment delays, disease activity, joint damage, and disability in rheumatoid arthritis. **Arthritis care & research**, v. 67, n. 7, p. 940-946, 2015.

MONAGHESH, Elham; HAJIZADEH, Alireza. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2020.

MOTA, Licia Maria Henrique da et al. Safe use of biological therapies for the treatment of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 55, p. 281-309, 2015.

NAGAI, Mari et al. Can we apply lessons learned from Ebola experience in West Africa for COVID-19 in lower income countries?. **Global Health & Medicine**, 2020.

NAGAYOSHI, Beatriz Aiko et al. Rheumatoid arthritis: profile of patients and burden of caregivers. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, p. 44-52, 2018.

NAGESH, Shubha; CHAKRABORTY, Stuti. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: challenges and recommendations. **Journal of Global Health**, v. 10, n. 1, 2020.

NAGY, Eszter et al. The impact of the COVID-19 pandemic on autoimmune diagnostics in Europe: A lesson to be learned. **Autoimmunity Reviews**, v. 20, n. 12, p. 102985, 2021.

NAM, Jackie L. et al. Efficacy of biological disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2013 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 73, n. 3, p. 516-528, 2014.

NUZZO, Jennifer B. et al. What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Genebra, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud**. Washington, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>

PABLOS, Jose L. et al. Clinical outcomes of hospitalised patients with COVID-19 and chronic inflammatory and autoimmune rheumatic diseases: a multicentric matched cohort study. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 79, n. 12, p. 1544-1549, 2020.

PARKER, Ruth F. et al. Inequalities in general practice remote consultations: a systematic review. **BJGP Open**, v. 5, n. 3, 2021.

PELÁEZ-BALLESTAS, Ingris et al. Epidemiology and socioeconomic impact of the rheumatic diseases on indigenous people: an invisible syndemic public health problem. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 77, n. 10, p. 1397-1404, 2018.

PILECCO, Flávia Bulegon et al. O efeito da testagem laboratorial nos indicadores de acompanhamento da COVID-19: uma análise dos 50 países com maior número de casos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

PORTHÉ, Victoria et al. Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: Opinions of health professionals and immigrant users. **Health Policy**, v. 120, n. 11, p. 1293-1303, 2016.

RAIKER, Rahul et al. Outcomes of COVID-19 in patients with rheumatoid arthritis: a multicenter research network study in the United States. In: **Seminars in Arthritis and Rheumatism**. WB Saunders, 2021. p. 1057-1066.

REZENDE, Vanessa. Atendimento ao Covid-19 no hospital e pronto socorro, em Manaus-AM. **Revista Interdisciplinar em Gestão, Educação, Tecnologia e Saúde-GETS**, v. 4, n. 1, 2021.

ROUX, Christian H. et al. Rheumatoid arthritis and spondyloarthropathies: geographical variations in prevalence in France. **The Journal of Rheumatology**, v. 34, n. 1, p. 117-122, 2007.

SCHULL, Michael J. et al. Effect of widespread restrictions on the use of hospital services during an outbreak of severe acute respiratory syndrome. **Cmaj**, v. 176, n. 13, p. 1827-1832, 2007.

SEOANE-MATO, Daniel et al. Prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España (estudio EPISER 2016). Objetivos y metodología. **Reumatología Clínica**, v. 15, n. 2, p. 90-96, 2019.

SCHNORNBERGER, Caroline de Macedo; JORGE, Matheus Santos Gomes; WIBELINGER, Lia Mara. Intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida em mulheres com artrite reumatoide. Relato de casos. **Revista Dor**, v. 18, p. 365-369, 2017.

SLIMANI, Samy; LADJOUZE-REZIG, Aicha. Prevalence of rheumatoid arthritis in an urban population of Algeria: a prospective study. **Rheumatology**, v. 53, n. 3, p. 571-573, 2014.

SMOLEN, Josef S. et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 79, n. 6, p. 685-699, 2020.

SOUZA JR, José Leão de et al. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits: experience of a Brazilian reference center. **Einstein (São Paulo)**, v. 19, 2021.

TAITO, Shunsuke; YAMAUCHI, Kota; KATAOKA, Yuki. Telerehabilitation in subjects with respiratory disease: a scoping review. **Respiratory Care**, v. 66, n. 4, p. 686-698, 2021.

SUHRCKE, Marc et al. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. **PloS One**, v. 6, n. 6, p. e20724, 2011.

TEICH, Vanessa Damazio et al. Epidemiologic and clinical features of patients with COVID-19 in Brazil. **Einstein (Sao Paulo)**, v. 18, 2020.

TESLYA, Alexandra et al. Impact of self-imposed prevention measures and short-term government-imposed social distancing on mitigating and delaying a COVID-19 epidemic: A modelling study. **PLoS Medicine**, v. 17, n. 7, p. e1003166, 2020.

TYMMS, Kathleen et al. Barriers to optimal disease control for rheumatoid arthritis patients with moderate and high disease activity. **Arthritis Care & Research**, v. 66, n. 2, p. 190-196, 2014.

UNFPA. Coronavirus (2019-nCoV) Guidance Document 2020; UNFPA Asia-Pacific Regional Office: Bangkok, Thailand, 2020.

VAN DER WOUDE, Diane et al. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 32, n. 2, p. 174-187, 2018.

VAZQUEZ, Juan et al. Access to care matters: remote health care needs during COVID-19. **Telemedicine and e-Health**, v. 27, n. 4, p. 468-471, 2021.

WAILOO, Allan et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of treat-to-target strategies in rheumatoid arthritis: a systematic review and cost-effectiveness analysis. 2017.

WASSERMAN, Amy. Rheumatoid arthritis: common questions about diagnosis and management. **American Family Physician**, v. 97, n. 7, p. 455-462, 2018.

WIDDIFIELD, Jessica et al. Access to rheumatologists among patients with newly diagnosed rheumatoid arthritis in a Canadian universal public healthcare system. **BMJ Open**, v. 4, n. 1, p. e003888, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Second Round of the National Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: January–March 2021; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2021.

XU, Bei; LIN, Jin. Characteristics and risk factors of rheumatoid arthritis in the United States: an NHANES analysis. **PeerJ**, v. 5, p. e4035, 2017.

ZHU, Na et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **New England Journal of Medicine**, 2020.

ANEXO 01. DADOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIOECONÔMICOS (dados coletados nas entrevistas e dos sistemas informatizados)

1. Sexo: masculino feminino
2. Idade (anos): _____
3. Escolaridade: Até 4 anos 5 a 8 anos 9 a 11 anos 12 ou mais anos
4. Raça/cor: Branco Preto Pardo Amarelo Indígena
5. Estado civil: solteiro casado separado divorciado viúvo
 união estável
6. Tipo de atendimento em saúde:
 público privado plano de saúde
7. Frequência de acompanhamento com o reumatologista:
 < 3 meses = 3 meses 3 a 6 meses > 6 meses > 1 ano
8. Tempo de cadastro no: CEAf _____

ANEXO 02. MONITORAMENTO DO TRATAMENTO.

Quanto ao tratamento (dados coletados nas entrevistas e nos sistemas informatizados)

1. Qual(is) o(s) medicamento(s) anteriormente utilizado(s) para o tratamento da artrite reumatoide?
2. Qual (is) o(s) medicamento(s) está utilizando atualmente?

	Medicamento(s)	Concentração	Posologia
1ª avaliação			
2ª avaliação			
3ª avaliação			
4ª avaliação			

Quanto à efetividade:

3. Está tendo algum sintoma relacionado a AR atualmente?

Exame	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação
Dor				
Inchaço				
Rigidez articular				
Outro. Qual(is)?				

Quanto à segurança:

4. Tem alguma queixa sobre algo diferente que tenha sentido ou percebido depois do início deste tratamento (reação adversa)?

1ª avaliação: _____

2ª avaliação: _____

3ª avaliação: _____

4ª avaliação: _____

5. Resultados dos exames:

Exame	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação
VHS				
PCR				
Hemoglobina				
Plaquetas				
Creatinina				
AST				
ALT				
Colesterol total				
HDL				
LDL				
Triglicerídeos				

ANEXO 03. Avaliação dos escores do HAQ

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.	
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.	

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 por 8.

Avaliação de Capacidade Funcional:**1. Health Assessment Questionnaire - HAQ (0 a 3).**

		Atividade	Sem dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
1	1	Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos seus sapatos, abotoar as suas roupas?				
	2	Lavar sua cabeça e os seus cabelos?				
2	3	Levantar-se de uma maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?				
	4	Deitar-se e levantar-se da cama?				
3	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?				
4	8	Caminhar em lugares planos?				
	9	Subir cinco degraus?				
10		Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?				

5	11	Tomar um banho de chuveiro?				
	12	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?				
6	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?				
7	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?				
8	18	Fazer compras na redondeza onde mora?				
	19	Entrar e sair de um ônibus?				
	20	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água?				

Resultado do HAQ:1ª avaliação _____

4ª avaliação _____

ANEXO 04. Avaliação de dados referente ao Covid-19

	Sim ou Não	Sim ou não	Sim ou não	Sim ou não	Sim ou não
COVID-19	O senhor (a) está com dificuldade para conseguir algum medicamento agora durante a pandemia?	O senhor (a) está em isolamento social?	O senhor (a) teve sintomas suspeitos de coronavírus? (falta de ar, tosse seca, febre, perda de paladar e olfato...)	O senhor (a) teve diagnóstico de coronavírus?	Algum contato próximo do senhor (a) teve diagnóstico de coronavírus?