

## Contribuições da Consulta Pública - Formulário Técnico - Abatacepte SC Artrite Reumatoide Moderada a Grave - CONITEC

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/09/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. A literatura atual é bastante clara nas recomendações de que qualquer agente biológico ou MMCDs sintético alvo específico podem ser utilizados na falha a MMCDs sintéticos</p> <p>2ª - Sim, Revisão sistemática do último Consenso do Colégio Americano de Reumatologia já publicado</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
19/09/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. De acordo com os itens 6 "Considerações Finais" e 7 "Recomendações da CONITEC", há uma certa confusão nos textos, pois o item 6 mostra a equivalência do Abatacepte em relação aos outros anti-TNF no que se refere à eficácia e segurança bem como uma economia em relação aos outros anti-TNF's. Diante disso, não vejo motivo para NÃO INCORPORAÇÃO do ABATACEPTE SC como primeira linha de tratamento, visto que seria mais econômico para o SUS podendo mais pacientes serem tratados utilizado-se o mesmo recurso.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
19/09/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. o abatacepte é um DMCD já reconhecido e bem posicionado no tratamemto da artrite reumatoide. Já foi reconhecido pelos guidelines americano e europeu e pode ser utilizado na falha de Dmard sintético.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/09/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. Adatacepte é uma proteína de fusão assim como etanercepte - primeira linha para falha com MMDs sintéticos</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
23/09/2016	Instituição de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. De acordo com as explicacoes do item 6 do relatório técnico, ficou comprovado a real utilidade do abatacepte SC e por isso deve ser incorporado paa o trtamento da artrite reumaoide moderada a grave, após a falha aos MMCDs sintéticos (1ª linha de biológicos). Se for necessário, antes disso, modificar o PCDT de Artrite Reumatóide.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Sim, Vide item 6 do relatório técnico.</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
23/09/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. sou reumatologista e o abatacepte subcutaneo é uma opção promissora para os pacientes após falha dos MMCDs sintéticos. Uma outra opção terapêutica com outro mecanismo de ação, além do anti-TNF, é indicação para os pacientes com contra-indicação aos anti-TNF.</p> <p>2ª - Sim, o abatacepte está associado também a um menor risco de infecções com boa tolerância, segurança e eficácia.</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
27/09/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. a recomendação não está de acordo com o consenso para o tratamento da artrite reumatoide da sociedade brasileira de reumatologia. A conclusão da recomendação também foi contraditória em relação ao próprio parecer do Conitec, que parecia bem favorável à incorporação</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
28/09/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. De acordo com o mecanismo de ação da droga que antecede o bloqueio do TNF, interferindo diretamente no processo de ativação do linfócito T e pesquisas demonstrando eficácia semelhante ao bloqueio do TNF e segurança ligeiramente superior, por isso discordo da recomendação preliminar da CONITEC.</p> <p>2ª - Sim, Em anexo, alguns artigos que corroboram com esta opção otimizar o tratamento de pacientes com Artrite Reumatóide no arsenal terapêutico fornecido pelo SUS.</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
29/09/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. Concordo com a recomendação preliminar da Conitec</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
29/09/2016	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. Com o intuito de oferecer uma nova opção aos pacientes oferecendo a possibilidade de iniciar o tratamento com um mecanismo de ação diferente dos disponíveis hoje, A Bristol Myers Squibb encaminhou à Secretaria-Executiva da CONITEC, a solicitação de incorporação do abatacepte subcutâneo no Sistema Único de Saúde, para o tratamento de pacientes com artrite reumatoide (AR) moderada a grave com resposta inadequada/falha a pelo menos dois esquemas diferentes de MMCDs (medicamentos modificadores do curso da doença) sintéticos, na mesma linha dos anti-TNFs. Abatacepte é hoje, o único medicamento aprovado para o tratamento da AR no Brasil com o mecanismo de ação de inibição da ativação das células T, seu amplo programa de desenvolvimento clínico foi endereçado, incluindo as diferentes populações com AR estudadas – pacientes com doença mais precoce e pacientes com doença estabelecida e respostas inadequadas ao metotrexato, a outros MMCDs sintéticos e aos anti-TNFs. Dados de vida real e de acompanhamento pós-marketing demonstraram um perfil consistente de eficácia, segurança e manutenção de resposta do abatacepte em relação aos dados dos estudos controlados e randomizados. Guias e diretrizes de tratamento internacionais mostram o posicionamento do abatacepte para o paciente com resposta inadequada aos MMCDs sintéticos, bem como a publicação de 2012 do Consenso de Tratamento da AR da Sociedade Brasileira de Reumatologia, mostra o abatacepte como opção terapêutica para esta população de pacientes. De acordo com a revisão sistemática de literatura apresentada pela Bristol-Myers Squibb, o tratamento com abatacepte em combinação com MTX é superior ao placebo e apresenta eficácia comparável aos outros MMCDs biológicos (também combinados com MTX), estando em linha com as considerações utilizadas por diretrizes de tratamento internacionais e nacional para o manejo da AR e por agências de avaliação de tecnologia em saúde internacionais. No relatório de recomendação da CONITEC, publicado em 13/09/2016, foram considerados os dados de nova busca de literatura por artigos científicos, nesta nova busca foram considerados pacientes com AR moderada a grave, com resposta inadequada aos MMCDs sintéticos e virgens de tratamento com MMCDs biológicos, cuja intervenção foi o abatacepte SC em comparação com medicamentos biológicos disponíveis no SUS (adalimumabe, etanercepte, infliximabe, certolizumabe pegol, golimumabe, rituximabe e tocilizumabe). Os desfechos analisados foram a eficácia (pelo critério ACR, atividade da doença e remissão) e a segurança (por eventos adversos). Para avaliação da eficácia e segurança do abatacepte em comparação aos outros biológicos foram selecionados 2 ensaios clínicos randomizados de comparação direta e duas metanálises de comparação de tratamentos múltiplos (MTC). Nas comparações diretas, o abatacepte SC demonstrou a não inferioridade quando comparado ao adalimumabe SC, e demonstrou melhor eficácia e segurança do que o infliximabe. Nas comparações indiretas realizadas pelas MTC, o abatacepte SC demonstrou similaridade de eficácia e segurança em relação aos demais biológicos. Em linha com as conclusões clínicas do documento encaminhado pela Bristol-Myers Squibb, as evidências de comparação direta e indireta apontadas no relatório da CONITEC mostraram equivalência de eficácia e segurança do abatacepte SC em relação aos MMCDs biológicos já incorporados no SUS na linha de tratamento solicitada pela Bristol-Myers Squibb. A avaliação econômica e a análise de impacto orçamentário seguiram as recomendações das diretrizes metodológicas sobre estudos de avaliação econômica do SUS. Foi apresentada uma análise de custo-minimização que não recebeu nenhuma crítica no relatório de recomendação da CONITEC, publicado em 13/09/2016. Em relação</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>ao impacto orçamentário, durante a análise dos dados submetidos pela CONITEC houveram novas aquisições de medicamentos utilizados na análise pelo Ministério da Saúde. Com isso, foi realizada pela CONITEC uma nova análise de impacto orçamentário utilizando os preços unitários atualizados que confirmaram a redução de gasto do tratamento de AR, sendo um gasto menor de aproximadamente R\$4,5 milhões no primeiro ano e de R\$ 67,7 milhões ao longo dos próximos 5 anos. Mesmo com todos os dados clínicos e econômicos apresentados pela empresa e confirmados pela análise da CONITEC, a recomendação preliminar foi de não incorporação com a recomendação da revisão do PCDT para AR.A BMS demonstra sua surpresa, pois a incorporação do abatacepte SC no SUS contribuiria para uma economia de recursos ao longo de cinco anos, auxiliando, desta forma a otimizar os recursos utilizados na área da saúde e trazendo a oportunidade de beneficiar um número maior de pacientes, por isso se manifesta por meio deste documento pela incorporação do abatecepte SC</p> <p>2ª - Sim, Para avaliação da eficácia e segurança do abatacepte SC em comparação aos outros biológicos, foram selecionados 2 ensaios clínicos randomizados (ECR) de comparação direta, ATTEST (Schiff 2008) e AMPLE (Weinblatt 2013 e Schiff 2014), e duas meta-análises de comparação de tratamentos múltiplos (MTC), Stevenson 201627 e Singh 2016. Estudo ATTEST (Schiff et al. 2008)Após um ano de tratamento foram obtidas melhores respostas com abatacepte SC do que com infliximabe para os desfechos DAS28 (ESR) (-2,88 versus -2,25; diferença estimada de -0,62; IC 95% -0,96 a -0,29); proporção de pacientes atingindo boa resposta EULAR (32% versus 18,5%; diferença estimada de 13,5%; IC 95% 3,6 a 23,3); proporção de pacientes que alcançaram o ACR20 (72,4% versus 55,8%; diferença de 16,7%; IC 95% 5,5 a 27,8%). As porcentagens de pacientes alcançando ACR50 e ACR70 foram numericamente maiores para o abatacepte, mas não estatisticamente significativas quando comparadas ao adalimumabe: ACR50: 45,5% versus 36,4% (diferença estimada de 9,1; IC 95% -2,2 a 20,5); ACR70: 26,3% versus 20,6% (diferença estimada de 5,7; IC 95% -4,2 a 15,6).Após um ano, a taxa de eventos adversos (89,1 versus 93,3%), eventos adversos graves (9,6 versus 18,2%), infecções graves (1,9 versus 8,5%) e abandono do tratamento devido a eventos adversos (3,2 versus 7,3%) e eventos adversos graves (2,65 versus 3,6%) foram menores com abatacepte do que com infliximabe, respectivamente.Estudo AMPLE (Weinblatt et al. 2013 – resultados de 1 ano e Schiff et al. 2014 – resultados de 2 anos):Em um ano, a proporção de pacientes que alcançou resposta ACR20 foi de 64,8% no grupo abatacepte SC e 63,4% no grupo adalimumabe SC (diferença entre os grupos de 1,8%; IC 95% - 5,6% a 9,2%), demonstrando portanto a não-inferioridade do abatacepte SC em relação ao adalimumabe SC. Ao final do primeiro ano, 46,2% (IC 95% 40,7% a 51,7%) e 46% (IC 95% 40,6% a 51,4%) dos pacientes tratados com abatacepte SC e adalimumabe SC, respectivamente, alcançaram resposta ACR50 e 29,2% (IC 95% 24,2% a 34,2%) e 26,2% (IC 95% 21,5% a 31%), respectivamente, alcançaram resposta ACR70. Ao final dos dois anos, as porcentagens de pacientes alcançando as respostas ACR20, ACR50 e ACR70 permaneceram comparáveis entre os dois grupos: 59,7%, 44,7% e 31,1%, respectivamente para o abatacepte SC; e 60,1%, 46,6% e 29,3%, respectivamente, para o adalimumabe. As taxas cumulativas de eventos adversos em 2 anos foram de 92,8% versus 91,5% e de eventos adversos graves foram de 13,8% versus 16,5%, nos grupos abatacepte SC e adalimumabe SC, respectivamente.Singh et al. 2016 (Comparação de Múltiplos Tratamentos - MTC): Para o</p>	

ACR50, 79 estudos com 32.874 pacientes relataram esse desfecho; a duração dos estudos foi de 12 meses ou menos em 87% dos ECR e de 12 meses ou mais em 13% dos ECR. Não houve diferenças na razão de chances de alcançar o ACR50, na comparação entre os biológicos TNF + MTX/MMCD e os biológicos não-TNF (tocilizumabe, rituximabe e abatacepte) + MTX/MMCD (OR = 0,89; ICr 95% 0,60-1,31). Ao se avaliar os anticorpos monoclonais contra TNF (adalimumabe, certolizumabe pegol, golimumabe, infliximabe) + MTX/MMCD, não houve diferenças no ACR50 na comparação com os biológicos não-TNF (tocilizumabe, rituximabe e abatacepte) + MTX/MMCD (OR = 0,89; ICr 95% 0,59-1,34). Quarenta e oito estudos com 16.355 pacientes relataram o desfecho Health Assessment Questionnaire (HAQ), sendo que 35 incluíram pelo menos um braço com pacientes usando um biológico associado a MTX/MMCD. Menores escores de HAQ denotam melhora da função. Não houve diferenças no escore HAQ na comparação entre biológicos TNF + MTX/MMCD e biológicos não-TNF (tocilizumabe, rituximabe e abatacepte) + MTX/MMCD (Diferença média = 0,10; Icr 95% - 0,13 a 0,32). Também não houve diferença na comparação dos anticorpos monoclonais contra TNF com os biológicos não-TNF + MTX/MMCD (Diferença média = 0,00; Icr 95% -0,23 a 0,23). Trinta e seis estudos, com 14.125 pacientes, relataram dados sobre remissão. Destes, 28 incluíram pelo menos um braço com participantes em uso de biológicos associados a MTX/MMCD. Os biológicos TNF + MTX/MMCD não apresentaram diferença na chance de remissão quando comparados aos não-TNF + MTX/MMCD (OR = 1,15; ICr 0,69 a 1,93). Não houve diferenças na comparação entre biológicos TNF + MTX/MMCD e biológicos não-TNF + MTX/MMCD (OR = 0,89; ICr 0,69 a 1,14 – dados de 58 estudos com 25.872 participantes) na incidência de eventos adversos graves. Stevenson et al. 2016 (Comparação de Múltiplos Tratamentos - MTC): Um total de 45 ECR em populações tratadas previamente com MMCDs sintéticos foi incluído na RS, sendo 5 deles estudos de comparação direta entre biológicos. Desses estudos, 30 apresentaram dados disponíveis para a MCT. Para a resposta EULAR, dados de 15 estudos estavam disponíveis para a comparação entre os biológicos. Foi estimada uma heterogeneidade leve a moderada entre os estudos para o efeito das intervenções (desvio padrão DP = 0,38; IC 95% 0,18-0,73). Quando comparados entre si, a evidência foi insuficiente para estabelecer alguma diferença entre os biológicos, embora o tocilizumabe tenha obtido a maior pontuação no ranque dos medicamentos e tenha apresentado a maior probabilidade de ser a intervenção mais efetiva. Quando comparadas aos MMCDs sintéticos, todas as intervenções foram associadas com efeitos benéficos, com os maiores efeitos associados ao tocilizumabe em monoterapia, tocilizumabe associado ao MTX (+ MTX) e etanercepte + MTX; entretanto, o efeito foi estatisticamente significativo somente para golimumabe + MTX, tocilizumabe em monoterapia e tocilizumabe + MTX. Para a resposta ACR estavam disponíveis dados de 28 estudos para comparação entre os biológicos. A heterogeneidade estimada entre os estudos foi leve (desvio padrão DP = 0,24; IC 95% 0,14-0,40). As evidências foram insuficientes para mostrar diferença entre os tratamentos biológicos, embora o tocilizumabe em monoterapia tenha sido o primeiro do ranque de eficácia medida pelo ACR, seguido pelo etanercepte + MTX, seguido pelo tocilizumabe + MTX. A probabilidade de ser o tratamento mais efetivo foi maior para o etanercepte + MTX, seguido pelo tocilizumabe em monoterapia, seguido pelo tocilizumabe + MTX. Todos os biológicos foram associados com efeitos benéficos quando comparados aos MMCDs convencionais, sendo os maiores efeitos associados ao etanercepte + MTX e tocilizumabe (em monoterapia e associado ao MTX). Houve significância estatística na

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>comparação de todos os biológicos com MMCDs convencionais, exceto para o adalimumabe em monoterapia.</p> <p>3ª - Sim, A avaliação econômica seguiu as recomendações das diretrizes metodológicas sobre estudos de avaliação econômica do SUS. Foi apresentada uma análise de custo-minimização que não recebeu nenhuma crítica no relatório de recomendação da CONITEC, publicado em 13/09/2016.</p> <p>4ª - Sim, Em relação ao impacto orçamentário, durante a análise dos dados submetidos pela CONITEC houve novas aquisições de medicamentos utilizados na análise pelo Ministério da Saúde. Com isso, foi realizada pela CONITEC uma nova análise de impacto orçamentário utilizando os preços unitários atualizados que confirmaram a redução de gasto do tratamento de AR, sendo um gasto menor de aproximadamente R\$4,5 milhões no primeiro ano e de R\$ 67,7 milhões ao longo dos próximos 5 anos.</p> <p>5ª - Sim, As principais agências de avaliação de tecnologias em saúde recomendam o uso da tecnologia conforme abaixo:O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomenda o uso de qualquer MMCD biológico (adalimumabe, etanercepte, infliximabe, certolizumabe pegol, golimumabe, tocilizumabe e abatacepte) no caso de artrite reumatoide grave (DAS28 &gt; 5.1), em pacientes não respondedores a terapia intensiva com uma combinação de MMCDs sintéticos. O Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) recomenda o abatacepte na mesma linha de tratamento dos biológicos anti-TNF.A agência The Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) do governo australiano recomenda o abatacepte em pacientes que não obtiveram resposta adequada a pelo menos 6 meses de terapia intensiva com MMCDs sintéticos, devendo incluir pelo menos 3 meses de tratamento contínuo com pelo menos 2 MMCDs . Em linha com as recomendações das agências internacionais, a CONITEC reconhece o potencial de eficácia, segurança e economia gerado pela incorporação do abatacepte. Mesmo demonstrando otimizar os recursos utilizados na área da saúde e trazendo a oportunidade de beneficiar um número maior de pacientes, a recomendação preliminar foi de não incorporação.</p>	
29/09/2016	Paciente	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. O governo precisa fornecer essa medicação pela importância que ela tem para os pacientes que precisam.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
29/09/2016	Paciente	1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. Cada biológico se adapta a um tipo de artrite, eu usei 3 até me adaptar com o que uso atualmente. Tirar esse direito do paciente é como tirar a chance de que ele possa descobrir o remédio que faça com que a AR entre em remissão. É tirar qualidade de vida! 2ª - Não 3ª - Não 4ª - Não 5ª - Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
01/10/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. Trata-se de um medicamento seguro e eficaz em pacientes com artrite reumatoide, o que ja foi demonstrado em estudos clinicos em pacientes naive para anti-TNF, sendo ainda uma alternativa para aqueles casos com contraindicação ao uso do anti-TNF por ter um mecanismo de ação diferente.</p> <p>2ª - Sim, J Rheumatol. 2016 Sep 1. pii: jrheum.160051. [Epub ahead of print]Differences in Predictive Factors for Sustained Clinical Remission with Abatacept Between Younger and Elderly Patients with Biologic-naive Rheumatoid Arthritis: Results from the ABROAD Study.Sekiguchi M1, Fujii T1, Matsui K1, Murakami K1, Morita S1, Ohmura K1, Kawahito Y1, Nishimoto N1, Mimori T1, Sano H1; ABROAD Study Investigators.Author informationAbstractOBJECTIVE:To differentiate predictive factors for sustained clinical remission between elderly and younger patients with rheumatoid arthritis (RA) receiving abatacept (ABA) as an initial biological disease-modifying antirheumatic drug.METHODS:The study involved 277 biologic-naive patients with RA with high or moderate disease activity, who were treated with intravenous ABA and evaluated for 48 weeks in 43 Japanese hospitals and rheumatology clinics (the ABatacept Research Outcomes as a First-line Biological Agent in the Real World study: UMIN000004651). Predictive factors associated with sustained clinical remission defined by the 28-joint Disease Activity Score with C-reactive protein (DAS28-CRP) during the 24-48-week or 36-48-week periods were determined in elderly (&amp;#8805; 65 yrs, n = 148) and younger patient groups (&lt; 65 yrs, n = 129) using logistic regression analysis.RESULTS:Clinical remission was achieved at 24 and 48 weeks in 35.1% and 36.5% of patients in the elderly group and 34.9% and 43.4% in the younger group, respectively. In elderly patients, anticitrullinated protein antibody (ACPA) positivity and a lower DAS28-CRP score were significantly associated with sustained clinical remission; however, a lower Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI) score was not related to sustained clinical remission. In younger patients, lower DAS28-CRP and HAQ-DI scores were predictive factors for sustained clinical remission, whereas ACPA positivity was not a useful predictive factor for sustained clinical remission.CONCLUSION:Although the effectiveness of ABA in biologic-naive patients with RA was equally recognized in elderly and younger patients, the baseline clinical characteristics associated with sustained clinical remission were substantially different.</p> <p>3ª - Sim, Apresenta um custo inferior ao de alguns anti-TNF's</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
01/10/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. O abatacepte tanto quanto os anti TNFs e a anti IL6 tem a mesma indicação como biológico de primeira linha na falha de DMARD sintético, em todos os consensos e guidelines, a destacar o da Sociedade Brasileira de Reumatologia, o americano e o europeu. Além disso seu mecanismo de ação é diferente. Ainda, existem perfis de pacientes o que favorece na escolha.</p> <p>2ª - Sim, Droga de fácil manuseio, sem reação adversa na aplicação, eficácia similar, menor risco de infecção, ausência de descrição de casos de reativação de tuberculose, segurança em relação aos efeitos adversos.</p> <p>3ª - Sim, Custo menor anual em relação a alguns anti TNFs</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Sim, Sou chefe do serviço de Reumatologia da UFPE. Temos centro de referência no Hospital das Clínicas. Temos ambulatórios especializados nas diversas patologias bem como um só para os pacientes de artrite reumatoide que usam biológicos. Sem dúvida a indicação do ABATACEPTE como primeira linha é racional com base na literatura, nos estudos clínicos, nos registros, nos consensos bem como nossa expertise.</p>	
01/10/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. É evidente que o paciente deverá ter as opções de uso de terapia.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
02/10/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. A APROVAÇÃO DO ABATACEPTE SERÁ MAIS UMA OPÇÃO AO TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATOIDE</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
02/10/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. Os pacientes com artrite grave com anca positivo tem resposta muito boa ao abatacept conforme inclusive dados estudos</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
03/10/2016	Profissional de saúde	<p>1ª - Discordo totalmente da recomendação preliminar. Acredito que a inclusão da possibilidade da utilização do abatacepte como droga de primeira linha venha a beneficiar um grupo de pacientes com efeitos colaterais relativos a uso de anti TNF e ainda a pacientes com perfil específico, sem aumento de custo</p> <p>2ª - Sim, Farragher TM, Lunt M, Plant D, et al. Benefit of early treatment in inflammatory polyarthritis patients with anti-cyclic citrullinated peptide antibodies versus those without antibodies. Arthritis Care &amp; Research. 2010; 62(5): 664-675. doi:10.1002/acr.20207</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	