

## Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Artrite reumatoide - CONITEC

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		
01/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Meu pai é usuário de Xenljanz com excelentes resultados sem necessidade de ir para biológicos.		
01/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Tofacitinibe deveria ser opção para tratamento em 2 linha	A resposta terapêutica com tofacitinibe quando utilizado em segunda linha costuma ser maior, preendo melhor chances de falhas terapêutica e necessidade de trocas.	
01/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, O Tofacitinibe deve ser colocado apos o uso de DMARD(ja que se trata de outro) e nao apos o uso de biologicos.Deve estar no inicio de PCDT e nao no final	Trata-se de medicacao com meia vida curta ,extremamente seguro	
01/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Gostaria que a droga tocilizumabe fosse incluída ao protocolo após falha a uma ou duas drogas sintéticas.	Minha experiência com tocilizumabe mostra resposta clínica e laboratorial após methotrexato e leflunomida. Por ser via oral, a maioria dados pacientes dá preferência na decisão compartilhada.	
01/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, No algoritmo o uso do tofacitinibe deveria vir logo abaixo da falha ao tratamento de terapia combinada com MMCDs, isto é, uso de anti-TNF OU tofacitinibe	Não	
01/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Uso de tofacitinibe como droga imunossupressora sintética a ser usada antes do uso de drogas biológicas		
01/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Manter opção de Medicamentos por via oral como primeira linha- diga-se tofacitinibe.	Custo benefício melhor para medicamentos via oral.	
01/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Sim, Colocar Tofacitinibe antes de biológicos pois minha irmã está muito bem com o medicamento e acredito que o custo p governo seja mais barato que uma infusão gerando mais recursos p outros tratamentos e pavientes	Facilidade por ser comprimidos	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Estou em tratamento com tofacitinibe ha 1 ano e estoj muito bem. Nunca tomei nenhum medicamento infusional porque não tenho como ficar horas numa clínica e o comprimido me ofereceu muita melhor A na qualidade de vida e praticidade no tratamento , uma vez que apesar da doença eu consigo hoje ter uma vida ativa Dra alegando normalmente .		
01/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Estou em tratamento com Xeljanz por 2 anos, minha doença regrediu e estou muito bem.Não gostaria de fazer tratamento com injeções.	Não	
01/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Tofacitinibe tem que ser opção livre de restrição e escolha médica	Uso Tofacitinibe há mais de 1 ano, estou muito bem controlado, sem nenhum efeito colateral e com minha qualidade de vida de volta	
01/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Tofacitinibe livre de restrição no SUS antes de biológicos	Estou em uso de tofacitinibe há 2 anos, doença controlada, sou uma pessoa q voltou as atividades q sempre pratiquei graças ao meu médico e ao tofacitinibe	
01/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	Miguel está pensando no melhor para o paciente, no mais indicado para a doença, só estão pensando no bolso.	
01/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	Miguel está pensando no melhor para o paciente, no mais indicado para a doença, só estão pensando no bolso.	
01/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Sim, Posicionar Tofacitinibe antes dos biológicos, por ser comprimidos e de fácil administração para o paciente.	O paciente com esta doença prefere tomar comprimidos, porquê e de fácil manuseio, em vez de ter que fazer aplicações subcutâneas ou infusionais.	
01/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
01/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, A norma técnica deveria ser mantida em adequação ao Consenso d Sociedade Brasileira de Reumatologia sobre o tema, no qual tofacitinibe se coloca em opção de igualdade aos biológicos, na falha de dmard sintéticos.	As decisões técnicas deveriam ter maior transparência no que diz respeito à custo efetividade. O médico prescritor deve ter acesso a informações precisas sobre os custos de cada tratamento para que tome decisões sustentáveis.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, O produto Xeljans não deve ter restrição, pelo ótimo resultado que traz ao paciente. Produto oral, fácil de administrar, não precisa guardar na geladeira. Melhora a qualidade de vida do paciente e além do mais tem custo menor para o governo. Tenho parente fazendo uso e voltou a ter alegria em viver. É vergonhoso, como contribuinte, ver o interesse político, prejudicar o cidadão.		
01/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Sim, Permissão para uso de qualquer imunobiológico e medicação alvo específica como primeira escolha após falha de 2 esquemas de dmards.		
01/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Xeljanz pode ser usado tanto em 2ª linha como em 3ª linha, pois contribui para a melhora do paciente nessas duas situações.		
01/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, O paciente com Artrite Reumatóide tem o direito de se beneficiar com uma medicação inovadora como Xeljanz, tanto na 2ª linha de tratamento, como na 3ª linha de tratamento, já que o produto comprovou eficácia e segurança similar aos Biológicos.		
01/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, Sou usuária de tofacitinibe a um ano e meio e estou muito bem com o tratamento, sem nenhum tipo de efeito colateral. Muito melhor do que com as injeções que tomava anteriormente é muito mais confortável por ser em comprimidos.	O Governo não deveria IMPOR restrições para liberar esse tratamento para a população.	
01/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Sim, pois o paciente tem o direito a uma medicação inovadora como Xeljanz, tanto na 2ª linha de tratamento, como na 3ª linha de tratamento, já que o produto comprovou eficácia e segurança similar aos Biológicos.		
01/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, pois o paciente com Artrite Reumatóide tem o direito de se beneficiar com uma medicação inovadora como Xeljanz, tanto na 2ª linha de tratamento, como na 3ª linha de tratamento, já que o produto comprovou eficácia e segurança similar aos Biológicos.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/04/2019	Interessado no tema	Ruim	Sim, O paciente com Artrite Reumatóide tem o direito de se beneficiar com uma medicação inovadora como Xeljanz,tanto na segunda linha de tratamento como na terceira linha de tratamento, já que o produto comprovou eficácia e segurança similar aos biológicos.		
01/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não		
01/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, é de extrema importância o uso de Citrato de Tofacitinibe como 2a ou 3a linha no controle da artrite reumatoide, evitando evolução sequelar e maiores custos ao SUS		
01/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Sou paciente de artrite reumatoide e este novo protocolo irá atrapalhar totalmente meu tratamento. Estou tomando tofacitinibe e estou super bem. Gostaria que todos tivessem a chance de toma-lo antes das injeções	A Secretaria de Minas demora demais a liberar as medicações.	
01/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Esta mudança de protocolo só prejudicará minha mãe que toma o tofacitinibe.		
02/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Sim, Sim, pois o paciente com Artrite Reumatóide tem o direito de se beneficiar com uma medicação inovadora como Xeljanz, tanto na 2a linha de tratamento, como na 3a linha de tratamento, já que o produto comprovou eficácia e segurança similar aos Biológicos.		
02/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Entendo pela prática diária que o sal Tofacitinibe deva constar como parte das opções de primeira linha, junto com os anti tnf alfa na falha dos DMARDs tradicionais como metotrexate e leflunomida		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Faço uso de Xeljanz há 1 ano para o tratamento de Artrite reumatoide. Está medicação é totalmente diferente das opções de tratamento que meu médico compartilhou comigo, uma vez que é oral. Com o uso desta medicação, parei de sentir as dores que me limitavam, voltei a praticar atividade física e me sinto muito bem, como não sentia há tempos. Frente ao exposto, solicito e desejo que Xeljanz seja fornecido sem restrições, à todos os pacientes que sofrem de Artrite reumatoide.		
02/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Sou familiar de paciente com Artrite Reumatóide que utiliza o medicamento e esta mudança representa um retrocesso, pois limita o acesso a um medicamento inovador e cuja eficácia e segurança estão amplamente documentados por estudos científicos		
02/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Sim, Sim, pois o paciente com Artrite Reumatóide tem o direito de se beneficiar com uma medicação inovadora como Xeljanz, tanto na 2a linha de tratamento, como na 3a linha de tratamento, já que o produto comprovou eficácia e segurança similar aos Biológicos.	Não	
02/04/2019	Interessado no tema	Muito ruim	Sim, Que possa ser dada a opção de tofacitinibe como segunda linha também , logo após falha dos Dmards porque tem eficácia e já tem dados de mais de 9 anos de acompanhamento mostrando eficácia e segurança . Além de custo benefício	É importante dar todas opções possíveis porque mediante perfil do paciente o médico pode optar pela melhor escolha	
02/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Penso que por se tratarem de medicamentos com algumas particularidades que podem ser úteis em nicho específico possa ser dado ao médico está possibilidade de escolha. A custo otimização tem sua razão de ser mas é necessário liberdade na individualização de cada paciente	Ranquear os anti- Tnf por preço e deixar na mesmo linha de opção um inibidor de Jak, o anti - Il6, o abatacept descrevendo na nota os nichos já estabelecidos	
02/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Isso é um absurdo, pois o paciente com artrite reumatoide como qualquer outro cidadão tem o direito de se tratar com a melhor terapia disponível, Xeljans é a melhor opção pois é único na apresentação oral o que é um grande benefício ao paciente e o mesmo comprovou equivalência ao biológico.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Sim, pois o paciente com Artrite Reumatóide tem o direito de se beneficiar com uma medicação inovadora como Xeljanz, tanto na 2a linha de tratamento, como na 3a linha de tratamento, já que o produto comprovou eficácia e segurança similar aos Biológicos.		
02/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Minha sogra toma tofacitinibe e está ótima com a medicação . Nunca tomou injeção. Acho que todos os pacientes deveriam ter direito a usá-lo antes das outras opções		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
02/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, tenho experiência com Tofacitinibe e prefiro que permaneça junto com os Biológicos, conforme PCDT de Dezembro 2017	quem mudou as regras não deve atender consultório. Nas minha opinião Burrocrata de Gabinete	
02/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Uso tofacitinibe há 2 anos e estou em remissão há mais de um ano . Mudou minha vida !		
02/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Em relação à medicação tofacitinibe, que pelas diretrizes da sociedade Brasileira de Reumatologia pode ser usada após falha dos primeiros dmards sintéticos, e não após falha dos imunobiológicos. É uma medicação com segurança e eficácia comprovada. Tenho pacientes em uso, com boa resposta. Seria a única opção para pacientes que não se adaptam às medicações injetáveis e falharam aos Dmards. Enfim, sugiro reconsiderarem a indicação desta medicação.		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não	
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Tofacitinibe deve ficar também na segunda linha, uma vez que existem estudos de segurança e eficácia do mesmo neste momento da terapia.	Tofacitinibe deve ficar na segunda linha e não apenas em casos de não utilização dos biológicos.	
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Pacientes apresentam ótima resposta terapêutica ao produto tendo comodidade no uso, visto alguns pacientes terem fobia de injetáveis e rápido início de ação com melhora clínica e laboratorial do paciente	A manutenção desta opção de tratamento é válida pela eficácia, comodidade de uso e segurança visto a prevalência de tuberculose na população brasileira e o risco do uso dos anti tnf	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Medicamento tofacitinibe deveria entrar na mesma linha dos medicamentos biológicos podendo ser utilizado antes ou após falha de um medicamento biológico. Isso porque é uma medicação sintética, oral e com excelentes comprovações científicas de eficácia e segurança.		
02/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Não		
02/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, MANTER TOFACITINIBE TANTO NA 2° QUANTO NA 3° LINHA DE TRATAMENTO MANTER PCDT SEM ALTERAÇÕES	INCLUIR BARICITINIBE NO NOVO PCDT NA MESM POSIÇÃO DE LINHA DE TRATAMENTO DO TOFACITINIBE	
02/04/2019	Interessado no tema	Ruim	Sim, Sim, pois o paciente com Artrite Reumatóide tem o direito de se beneficiar com a medicação inovadora como Xeljanz, tanto na 2a linha de tratamento, como na 3a linha de tratamento, já que o produto comprovou eficácia e segurança similar aos Biológicos.	Não.	
02/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não	Essa atualização retira uma opção de tratamento! Prejudicando os pacientes	
02/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, paciente com artrite reumatoide precisa do Xeljanz para o tratamento, pois comprovou eficácia e segurança similar aos biológicos, tenho artrite e preciso dessa medicação	não	
02/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Manter o tocilisumabe como droga de 2 linha. Em especial para os pacientes intolerantes ao metotraxato e nas falhas de sDMARD e / ou imunobiológicos já consagrados .	Sempre levarmos em conta : segurança , praticidade e custo benefícios	
02/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Sim, Manter o tofacitinibe como opção na segunda linha terapêutica para a artrite reumatoide.	O tofacitinibe é uma excelente opção de tratamento para os pacientes com artrite reumatoide, com eficácia comprovada em estudos clínicos e na prática clínica.	
02/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, O Tofacitinibe deve ficar no mesmo nível dos anti-TNF	Eles têm os mesmos níveis de segurança e eficácia e são mais baratos.	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Tofacitinibe sem restrição alguma de liberação ou prescrição.	uso tofacitinibe há 1,5 ano com total segurança, minha doença está controlada, minha vida mudou depois q comecei usar tofacitinibe. Voltei a minha rotina normal e estou super bem.	
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Acredito que a retirada do Tofacitinibe como segunda linha de tratamento não é adequada, pois é um medicamento muito bom e irá beneficiar os pacientes.	Acredito que a retirada do Tofacitinibe como segunda linha de tratamento não é adequada, pois é um medicamento muito bom e irá beneficiar os pacientes.	
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, O tofacitinibe tem bons resultados e como uma medicação via oral deve ser mantida na segunda etapa		
02/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Não		
02/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, A inclusão do Tofacitinibe no rol de medicações de 2 linha, apresenta vantagens frente a outros imunobiológicos, em especial a facilidade de administração, baixa incidência de efeitos colaterais, possibilidade de uso em nefropatia com ajuste de dose, e relação custo benefício excelente frente aos outros do grupo.	Manteria a atual proposição e indicações, incluindo a expansão destas para outras patologias correlatas.	
02/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Não		
02/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Quero ter a opção de prescrever tofacitinibe na falha dos Dmards sintéticos em pacientes que eu julgar ser a melhor opção		
02/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
02/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, o tofacitinibe é mais fácil de usar	minha avó usa essa medicação e está tendo resultado	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/04/2019	Interessado no tema	Ruim	Sim, Sim, pois o paciente com Artrite Reumatóide pode se beneficiar com uma medicação inovadora e eficaz como Xeljanz, na 2a linha de tratamento, ou na 3a linha de tratamento, já que o produto comprovou eficácia e segurança similar aos Biológicos. -		
02/04/2019	Interessado no tema	Ruim	Sim, Sim, pois o paciente com Artrite Reumatóide pode se beneficiar com uma medicação inovadora e eficaz como Xeljanz, na 2a linha de tratamento, ou na 3a linha de tratamento, já que o produto comprovou eficácia e segurança similar aos Biológicos. -		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Deixar de escolher ao profissional o uso de Dmards-biológicos de acordo com a demanda do paciente		
02/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não		
02/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, O Tofacitinibe é uma ótima opção para artrite reumatoide, devido a sua eficácia e facilidade de uso. Deveria entrar após a falha do MTX.		
02/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Sim, pois o paciente com Artrite Reumatóide tem o direito de se beneficiar com uma medicação inovadora como Xeljanz, tanto na 2a linha de tratamento, como na 3a linha de tratamento, já que o produto comprovou eficácia e segurança similar aos Biológicos.		
02/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não	Tenho tido boa experiência com a medicação e até economicamente ele tem vantagem	
02/04/2019	Paciente	Boa	Não		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Pelo custo-efetividade e segundo outras diretrizes internacionais acho interessante manter o tofacitinibe como primeira opção de tratamento		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Tenho OTIMA EXPERIENCIA COM TOFACITINIBE-MEDICAÇÃO QUE INDUZ REMISSÃO, SEM EFEITO ADVERSO!!! USADO INCLUSIVE PARA PACIENTES QUE NÃO RESPONDEM MAIS A VÁRIOS BIOLÓGICOS E TAMBÉM. MEDICAÇÃO EXCELENTE!!!	NÃO	
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Xeljanz é importante medicação na falha de dmards sintético, por eficácia e custo		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, O PCDT atual da Artrite Reumatoide se encontra atual, bem documentado, e não vejo motivos científicos de alterá-lo. O Tofacitinibe deve ser mantido como segunda linha para o tratamento da AR na dose recomendada de 5mg 2x ao dia, por excelente efetividade.		
02/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Inclusão Tofacitinibe como segunda linha após falha DMARs sintéticos. Importante uma opção oral, de meia vida curta e uso possível em monoterápia. Uma opção para início além do Anti TNF.		
02/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Ruim	Sim, Entendo que o fluxograma proposto está equivocado no que se refere ao uso do tofacitinibe. Participei de todas as pesquisas dessa medicação aqui no Brasil, tenho grande experiência. No mundo todo seu uso é indicado já na falha de um DMARD sintético, como o methotrexate. Estão agora colocando ele como terceira escolha, falha de DMARDs e DMARDb como o anti- tnf. Isso é errado dos inúmeros trabalhos enfatizam seu uso na falha na primária e mesmo em pacientes naive. Gostaria que a CONITEC revisse.Obrigado.		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, É importante ter o produto para opção antes do biológico	Nao	
02/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Achei muito ruim o tofacitinibe estar como terceira linha de tratamento. No PCDT anterior ele seria recomendado após falha de DMARD convencional, agora apenas na falha de biológicos. Tenho vários pacientes em uso de Tofacitinibe que se beneficiaram muito com o uso deste medicamento e encontram-se fora de atividade de doença.	Acho muito bom que na falha do tratamento convencional eu possa prescrever biológico tanto anti-TNF quanto não anti-TNF, muitas vezes aspectos da doença me fazem preferir um não anti-TNF mesmo que não seja uma contraindicação formal do medicamento.OBS: gostaria de saber o que a minha identidade de gênero e orientação sexual interferem nessa pesquisa. Achei absurdo esse campo do formulário.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Sim, Gostaria que fosse mantido o medicamento Tofacitinib na segunda linha de tratamento para a artrite reumatóide.	Tenho alguns pacientes que não tiveram boas respostas com medicamentos DMARDs sintéticos e que não gostariam de receber tratamento com medicamentos injetáveis e que tiveram uma boa resposta com o uso do Tofacitinib.	
02/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, prefiro que mantenha as mesmas recomendações do pcdt de dezembro/2017 (tofacitinib como medicação de 1a linha após falha com 2 dmards sintéticos)	não	
02/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Acredito que após a falha dos medicamentos da primeira linha todos os demais, exceto o Rituximab deveriam ser considerados de segunda linha. Em especial o tofacitinibe que é um medicamento oral de fácil aceitação, evita problemas de refrigeração, e na minha experiência do uso em 15 pacientes todos apresentaram uma resposta de remissão rápida e mantida. Acho que deve ao médico levar em consideração os aspectos clínicos e fazer a opção pela melhor opção em cada caso individual.		
02/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Colocar o Tofacitinibe como opção após o uso de Demards sintéticos.	Colocar o Tofacitinibe como opção após o uso de Demards sintéticos.	
02/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Sim. Acredito que o tofacitinibe deveria entrar como opcao de terapia de 2a linha, apos falha de DMARDS, junto com os biológicos, uma vez que tem perfil de segurança similar sim	Nao	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Gostaria de ressaltar que para pacientes responsivos ao tratamento, é fundamental que não haja substituição do MMCDbio por um biossimilar sem consentimento do médico. Como paciente, a minha maior preocupação é a falha do tratamento por imunogenicidade ao biossimilar. Com a produção dos medicamentos biológicos por meio das PDPs, entendo que haverá diminuição das compras desses medicamentos nas industrias de origem, mas espero que os gestores de saúde entendam a importancia de garantir o tratamento das pessoas responsivas ao atual MMCDbio. Pacientes naives poderão receber os biossimilares conforme o protocolo, mas os que já estão em tratamento devem receber o referência.	
02/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
02/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Sim, Excelente resposta dos pacientes com artrite reumatoide à medicação, com evidência científica robusta corroborando esse fato. Ótima opção pela facilidade posológica da medicação.		
02/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Sim, Quem tem Artrite Reumatóide tem o direito de ter um bom tratamento com uma medicação nova como Xeljanz, já que é eficaz com pouco efeitos colaterais.		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Uso de Tofacitinibe como primeira opção deu excelentes resultados em meus pacientes Rapidez de ação,uso como mono droga ,manutenção Efeitos a longo prazo e efeitos colaterais leves e sem necessidade de interromper medicação		
02/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
02/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
02/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Os médicos tem de ter liberdade de escolher e oferece o biológico mais apropriadas aos seus pacientes	Limitar ou escalonar o uso d medicações d ealto dmcisto engessa a medicina	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	Retirou o tofacitinibe, um medicamento com seu benefício comprovado em literatura. Uma perda lamentável para os pacientes.	
02/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Concordo que deve existir um protocolo a seguir para uniformizar o tratamento, porém quando há falha ao tratamento com o metotrexato e/ou associação com outro sintético, deverá ter a possibilidade de escolha de medicações com diferentes mecanismos, como uso de inibidor de JAK e/ou outras classes de biológicos. Existem vários trabalhos com melhora equivalente no índice de atividade de doença entre essas últimas opções citadas. O paciente e o médico devem ter liberdade na escolha da prescrição desde que não fuja preceitos básicos de um protocolo clínico e nem haja qualquer malefício ao paciente e muito menos ganho secundário para o prescritor.		
02/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Não tem sentido colocar inibidor da Jac após falha de imunobiológicos	O último tem mais coerência	
02/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, É de suma importância que o TOFACITINIBE continue sendo utilizado após falha de Dmards sintéticos, como consta no PCDT atual.	O TOFACITINIBE é uma medicação oral, sem efeitos colaterais, com baixa taxa de tuberculose, fácil aceitação pelos pacientes, além de sabidamente mais barato que os demais. Todos os pacientes em uso vem obtendo excelentes resultados com melhora da artrite e conseqüentemente das deformidades por ela causadas. A Sulfasalazina é uma droga de difícil aceitação pelo paciente devido à posologia. Muitos comprimidos em um dia, o que acaba dificultando a adesão do paciente.	
02/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Tofacetinibe tem estudos de longa extensão que comprovam segurança e eficácia e deveria ser colocado como opção pos falha de demard sintético	Tenho varias experiências com Tofacetinibe onde comprova ser uma droga com excelente resultado pos falha de demard convencional ,ótima opção como medicamento oral e segurança semelhante aos biológicos.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Tofacitinibe sem restrição de liberação ou prescrição	Meu familiar usa Tofacitinibe a 1,5 ano com total segurança, a doença dele está controlada. Vida normal, qualidade de vida retomada.	
03/04/2019	Paciente	Boa	Não		
03/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Tofacitinibe na falha de methotrexate	Tofacitinibe tem demonstrado eficiente para tratamento da Artrite reumatoide na falha de methotrexate , precisamos ter opção De medicação via oral	
03/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Gostaria que a prescrição do meu médico seja respeita. E que não falte medicamentos na Farmácia de Minas e em todas as farmácias da secretaria de saúde (farmácia de alto custo).Que as recomendações da sociedade brasileira de reumatologia fossem consideradas, pois eles estudaram pra isso e entendem como essa doença é terrível e a falta do tratamento adequado podem prejudicar nossa saúde e nos deixar deformados e até aleijados.Que nós pacientes sejamos respeitados e quando estamos em uso de biológicos definidos por nossos médicos o Estado não troque por um similar só por ser mais barato. Cada paciente tem uma necessidade específica. O biológico que é bom pra mim pode não ser pra outra pessoa.	Sou uma mulher jovem e pago todos os impostos e tenho direitos que devem ser respeitados pelo governo. Cada vez que falta medicamento na farmácia meu tratamento é comprometido pois os medicamentos são caros e não tenho condição de comprá-los. Toda vez que o tratamento é comprometido tenho crises e dores horrorosas que me impedem de levantar da cama e trabalhar. Não é fácil ter uma doença que não tem cura.O tratamento do SUS deve ser mais acessível, ter mais profissionais para nos atender, não é fácil ir para o hospital para uma consulta e ficar lá por mais ou menos 4 horas para ser atendido. Isso se repete de 3 em 3 meses que é quando faço meu acompanhamento. No dia da minha consulta tenho que me ausentar do trabalho e isso não é bem visto pala empresa onde trabalho. Não escolhi estar doente mas nem todos entendem a necessidade do acompanhamento. Seria muito mais fácil se tivesse mais médicos para nos atender	
03/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	Já uso a droga a algum tempo e considero o mecanismo promissor e adequado à pacientes com falhas Dmards sintéticos	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Desejo que mantenha o PCDT de dezembro de 2017. Onde o Tofacitinibe entre como segunda linha após falha de 2 dmards sintéticos.		
03/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Tristeza quando minha irmã que tem a doença vai buscar o medicamento e não encontra!E ela não pode comprar.	
03/04/2019	Empresa	Ruim	Sim, Minha experiencia com o produto é segura, resoluto e de facial acesso ao paciente.	Minha experiencia com o produto é segura, resoluto e de facial acesso ao paciente.	
03/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Desde que eu estou tomando Xeljanz eu me sinto curada, estou vivendo sem dores. O beneficio é muito grande. Solicito continuar oferecendo este medicamento.Todos os outros medicamento que tomei, não oferecem esta qualidade de vida e tao pouco uma vida sem dor.		
03/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Depois de tantas tentativas com outros medicamentos, apenas o medicamento Xeljanz (Tofa) ajudou e assegurou uma vida sem dores para a minha esposa. Favor manter o Xeljanz.		
03/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, O medicamento Xeljanz é de SUMA importância para o bem estar da minha avó. Favor manter este medicamento, assegurando uma boa qualidade de vida a ela.		
03/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Não	É um mecanismo que pode ser usado na falha de DMARDS sintéticos, sendo a única opção oral para pacientes que falham aos DMARDS sintéticos	
03/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Sim, As mudanças sugeridas são contra todos protocolos de tratamento das principais sociedades de reumatologia tanto da brasileira e do resto do mundo.	A liberdade de escolha da prescrição médica especializada compete ao reumatologista em comum acordo com seu paciente.	
03/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Ruim	Sim, O tofacitinibe não deve ser uma opção somente após imunobiológicos e sim após dmards sintéticos como manda o consenso brasileiro !	Meus pacientes tem respondido de forma excelente a medicação ! E não podem ficar sem o mesmo !	

<b>Dt. contrib.</b>	<b>Contribuiu como</b>	<b>O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?</b>	<b>Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)</b>	<b>Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?</b>	<b>Referência</b>
03/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Inibidor de JAK ( Tofacitinibe) é uma medicação que deveria ser incluída entre primeira e segunda linha ou o médico reumatologista ter a opção de escolher qual o melhor medicamento de acordo com o perfil de cada paciente.	Medicação fácil de ser tomada pelo paciente ( via oral) e isso facilita muito a adesão do paciente.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	<p>Bom em 2014 comecei a sentir dores fortes nos ombros a onde estava indo muito para o hospital tomar medicações fortes. Então o médico solicitou passar por um ortopedista que pediu a RMN. E foi descoberto a UNCORTROSE cervical na c3-c4, c5-c6,c6,-c7. Ai em diante minha vida já não foi mais a mesma. Pois comecei a trabalhar aos 14 anos como funcionário pulblico por 10 anos estudando elétrica predial e industrial a qual trabalhei muito no esforço até a descoberta então. Bom em diante a uncortrose degenerativa tipo II os neurologistas solicitaram então acompanhar vários neurocirurgiões e foram então feita 3 /rmn. A ultima foi como uncoartrose severa degenerativa. O cirurgião vendo que estava se agravando deu invalidez permanente. Mas o perito que acompanhou as 3 vezes nos dois anos deu os direitos. Pois aguardava cirurgia a qual os neuros e os profissionais que faziam as sessões de fisioterapia e hidroterapia foram mais de 200 sessões e não teve exito em melhoras a qual hoje já tomo morfina (dimorf 30mg) mais mytedon, metadona e entre outros anti-inflamatórios a qual cada um com uma função&gt; Alem de medicação relaxante muscular e remédios para dormir. Pois a noite quando o corpo para as dores são mais fortes nas articulações. Bom na 3 vez que passei pelo perito com todas as provas médicas que cirurgia seria risco e tão pouco melhoras para a dor ele sacaneou e deu indeferido dizendo que avia melhoras por não precisar cirurgia. Bom hoje com 43 e com família sem receber desde 2017 a qual meu caso está para sentença na vara cível da cidade aguardando por despacho. /////bom sem ter como pagar os medicamentos o MP. fornece. Mas entrei em depressão por não poder mais trabalhar e ter meus direitos em</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>guardo pois contribui mais de 25 anos a previdencia. Não sei mais o que fazer para suportar tanta dores todos os dias e não poder desistir devido ter um anjo que é minha filha que me dá animo para seguir em frente até ter meus direitos e ai sim poder receber para em fim fazer um bom tratamento&gt; Ja que na cidade de Navegantes pelo sus não é fácil aguardar por exames e por especialista na doença. Mas com fé e superação a minha esposa única trabalhando para manter o que nos resta já que luz já foi cortada e estamos pegando rabicho da minha mãe que ajuda devido passar por muitas dores quando forço demais. Ate escrever como estou bom chega a dar caimbras na lateral devido estar com o fígado e com as pancreas em gravidade diante tanto remédio. bom só queria meus direitos para poder sofrer menos diante a ansiedade e depressão por querer trabalhar e não poder mais.</p>	
03/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	<p>Sou médica reumatologista e já uso há 3 anos em alguns pacientes, sem problemas com eficácia e segurança. A droga, pelo mecanismo de ação e respaldo científico, mostram excelentes resultados com uso pós falha de DMARDs sintéticos, de acordo com todos os guidelines nacionais e internacionais disponíveis, além de ser uma alternativa mais viável economicamente quando comparado aos DMARDs biológicos.</p>	
03/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	<p>Sim, Na falha de uso de metotrexato e leflunomida a escolha da medicação deve ser pelo médico prescritor respeitando a particularidade de cada paciente sendo que medicações como etanercepte, adalimumabe, golimumabe , Tofacilizmabe, tofacitinime, infliximabe, certolizumabe, abatacepte devem estar disponíveis para tratamento da patologia</p>	<p>Uso de medicações na falha do tratamento da artrite Reumatóide com metotrexato e leflunomida deve ser de escolha do reumatologista prescritor.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Penso que deva ser de livre e espontânea vontade a escolha do medicamento pelos médicos, só o médico pode saber o que é melhor pro paciente e o momento certo de troca.		
03/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
03/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, O PCDT de 2017 era mais racional alem de contemplar a questão bioética referente ao direito de escolha do paciente quanto ao seu tratamento		
03/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, O Tofacitinib poderia ser liberado já na falha de duas drogas sintéticas (MMCDs).Alem disso, gostaria muito de enfatizar que levando em conta custo-efetividade, não há nada mais importante do que não deixar faltar nunca o fornecimento de dorgas sintéticas como metotrexato e leflunomida. O fornecimento irregular dessas medicações aumenta o número de pacientes refratários às drogas sintéticas e o número de pacientes que dependnerão de drogas biológicas.	A necessidade de ficar repetindo exames a cada três meses também onero o sistema nos casos de pacientes controlados há longa data, além de acarretar consultas desnecessárias, que terminam reduzindo a capacidade dos hospitais em absorver toda a demanda reprimida.A repetição de exames como PPD e sorologias em trocas de biológicos (sem um intervalo entre parar um e começar outro) também avalio como desnecessária. Esses exames são indispensáveis antes do primeiro biológico.	<a href="#">Clique aqui</a>
03/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Gostaria que tivéssemos informações nutricionais, já que as medicações são fortes e diminuem a imunidade dos pacientes.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Gostaria de solicitar que o tofacitinibe fosse incorporado ao rol de medicações dispensadas após a falha de dois DMARDS. Gostaria de solicitar que em nenhum momento do tratamento dos pacientes que tem artrite reumatoide falte a liberação das DMARDS, tendo em vista o impacto socio-econômico gerado (afastamento laboral, deformidades, indução de falha de imunobiológicos, reativação de doença). Solicito que seja revisto a necessidade de solicitação trimestral de exames laborais para pacientes com bom controle de doença, assim como solicitação de exames pré imunobiológicos (PPD, RX TORAX, SOROLOGIAS) para pacientes que trocarão imunobiológicos, seja por falha ou efeito adverso. Esses comportamentos geram gastos e oneram o sistema, sem acrescentar benefício ao paciente. Além de gerar uma nova demanda de atendimento desnecessária, que sobrecarrega ainda mais o serviço de saúde público e impede absorção de novas demandas (PERDENDO-SE ASSIM, A JANELA DE OPORTUNIDADE DE MELHOR RESPOSTA AO TRATAMENTO)	TODOS JÁ CITADOS ACIMA	
03/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Acho que a medicação tofacitinibe deveria estar indicada já como opção a falha do primeiro DMARD. Trata-se de medicação oral de fácil administração e já tem vários estudos mostrando sua eficácia nesta fase do tratamento da AR. Além disso surge como alternativa de custo bem inferior aos imunobiológicos		
03/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não		
03/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Que o Tofacitinibe é uma opção terapêutica muito boa e segura em pacientes com Artrite Reumatoide. Na minha experiência, particular, tenho 5 pacientes em uso com boa resposta, sem efeitos colaterais. Por isso acho que deve permanecer com a indicação de uso para pacientes que falharam aos DMARDS sintéticos não biólogo.	Manutenção na falha de DMARDS, como segunda opção terapêutica.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Referente aos imunobiológicos indicados para tratamento da artrite Reumatoide, a escolha do modo de ação dessas medicações deveriam estar a cargo da escolha do reumatologista, se anti TNF, anti IL17 ou outros. O profissional poderia escolher conforme a patologia do paciente.		
03/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Discordo da colocação do tofacitinin como terceira opção na escolha das terapias para artrite reumatoide. O medicamento é seguro, eficaz e tem baixo custo comparado a outras opções	Não	
03/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Não	Na minha opinião é um retrocesso a colocação de apenas anti-TNF alfa como primeira linha terapêutica sem a inclusão do principalmente do Tofacitinib, indo contra indo o próprio PCDT de AR 2017, e as diretrizes mais atualizadas do ACR E EULAR, principalmente pelo menor custo deste tratamento quando comparado aos anti-TNF.	
03/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, O texto refere sobre a não experiência de longo prazo com a droga. No entanto, foi encerrado a pouco tempo um estudo chamado Oral Sequel, que é um estudo de extensão que foi finalizado com 9,5 anos de experiência, respaldando a segurança e a eficácia da droga.	Sou profissional da saúde e vários profissionais em uso da droga sem qualquer complicação de segurança e eficácia excelente. O mecanismo difere dos anti-TNFs e oferece uma saída de controle clínico para pacientes com falha a DMARDs sintéticos, respaldada por vários estudos. O impedimento de seu uso em pacientes com falha a DMARDs sintéticos configura uma retirada de direito ao uma vida mais livre e digna de pacientes com AR. Segue. Anexo estudos para pacientes na falhas de DMARDs sintéticos, além de ser a alternativa mais econômica quando comparado com agentes biológicos.	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, O novo pcdt deveria não distinguir apenas pelo valor do tratamento e sim levar em consideração outros parâmetros que diferenciam as particularidades individuais de cada pessoa que fazem com que um ou outro tratamento seja mais indicado em determinados pacientes	A obrigatoriedade de um tratamento sequência impede o desenvolvimento da boa medicina, concordo que custo é importante, mas o pcdt deveria ser mais flexível em situações em que a necessidade de determinado tratamento sobrepuja o fator custo	
04/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Não	Sou médico reumatologista e já uso a 3 anos em alguns pacientes, sem problemas com eficácia e segurança. A droga, pelo mecanismo de ação e respaldo científico mostram excelentes resultados com uso pós falha de DMARDs sintéticos, de acordo com todos os guidelines nacionais e internacionais disponíveis, além, de ser uma alternativa mais viável economicamente quando comparado aos DMARDs biológicos.	
04/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, pacientes que não tem acesso a medicação bilógica e que são falhas ou intolerantes aos DMARDs convencionais irão se beneficiar com o uso deste scDMARD	estudos de segurança extensos e de eficácia ainda em andamento	
04/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		
04/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
04/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, O texto e o fluxograma estão inconsistentes. Eu quero o Tofacitinibe disponível para segunda linha de tratamento para todos os pacientes sem distinção e não só em casos selecionados.	Vocês precisam revisar o texto antes de fazer uma consulta pública	
04/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Acabei de vir de uma jornada dos USP em Campinas SP com atualização em biológicos e se vem verificando que a melhor resposta do tofacetinibe é o uso após DMARD sintéticos . E minha experiência comprova isso .	Não	
04/04/2019	Empresa	Muito ruim	Sim, Tenho ótima experiência com tofacitinibe. Funciona muito bem na pratica clinica e pacientes satisfeitos com remissao da doença.	Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Gostaria de manter os medicamentos imunobiológicos em mesma posição para a escolha do profissional, mas manter o tofacitinibe como escolha na falha de dois DMarDs sintéticos, não apenas na falha de biológico.		
04/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Tofacitinibe - Via oral e facil administracao	Nao	
04/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Sugiro que na falha do metotrexate ou leflunomide exista a opção de iniciar um inibidor de Jak tofacitinibe Baricitinibe e outros que estão chegando. Eles podem ser administrados VO alguns tem mostrado superioridade em relação aos anti tnfs e perfil de segurança parecido. Como a fabricação é menos complexa e cara o preço deve também ser mais acessível principalmente com a chegada de medicamentos concorrentes com perfil semelhante. Muitos pacientes relatam preferências pela medicação ioral na decisão compartilhada	Não	
04/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Gostaria de prescrever Xeljanz após falha de DMARDs sintéticos	Não	
04/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Não	Acredito que o tofacitinibe deveria entrar na falha aos mmcd sintéticos juntamente com os biológicos pois tem eficácia semelhante e é uma excelente opção, custo efetiva, sobretudo em pequenos municípios do interior onde não é possível garantir armazenamento adequado dos biologicos.	
04/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não	O TOFACITINIBE DEVERIA CONTINUAR INDICADO NA FALHA DE D MARDs SINTETICOS	
04/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Gostaria de sugerir que o tofacitinibe seja incluído após falha de DMARRD, pois tenho muitos pacientes no Sus que moram no interior e não tem energia para acondicionar biológicos.		
04/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/04/2019	Paciente	Boa	Sim, ESPONDILITE ANQUILOSANTE que pode ser dito, doença invisível, destruindo a vida aos poucos, deixando sequelas físicas e mentais aos portadores desta enfermidade, e todo sistema de uma nação, incluindo desde a saúde, onde tudo inicia, até os mais altos patamares, onde precisamos recorrer, impregnado de desinformação, talvez morosidade nos processos visando o “nada a oferecer”, enquanto isso a vida continua para aqueles que não precisam do sistema chamado Brasil.	A enfermidade ESPONDILITE ANQUILOSANTE incluída no rol de doenças graves, mas os pacientes não recebem o devido tratamento pelos setores envolvidos.A conscientização deveria fazer parte de um programa, assim poderia concluir a falta de conhecimento ou mesmo a falta de vontade para com os necessitados.	
04/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Gostaria que nos médicos,continuássemos a prescrever baseado no que é melhor para o paciente,e não visando preço de medicamento!		
04/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Não vejo respaldo científico para que inibidores de JAK não sejam incluídos como primeira opção para pacientes “naives” de biológicos dada eficácia terapêutica, facilidade posológico e perfil de segurança da medicação.		
04/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	Medicação muito boa Tem que ter opção 1 linha	
04/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Citrato de Tofacitinibe como opção de segunda linha no tratamento da Artrite Reunatoide	Eficácia e segurança da medicação para pacientes refratários ou intolerantes ao Metotrexate e Leflunomide	
04/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
04/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Sim, gostaria que mantivesse o citrato de tofacitinibe como opção após falha do tratamento com DMARD´s tradicionais (metotrexato e leflunomida) e NÃO após falha aos imunobiológicos. Não cabe a discussão de pouco tempo de uso, pois a medicação tem estudo de até 09 anos de acompanhamento dos pacientes.	Na região Norte é fundamental a inclusão após falha do metotrexato e leflunomida, pois muitos pacientes são do interior e o único meio de transporte são barcos (via fluvial) e com horas de viagem, dificultando e até mesmo impossibilitando uso dos imunobiológicos, pois como todos sabem necessitam de refrigeração. Ademais, muitas localidades ainda tem falha no fornecimento de energia elétrica e até mesmo locais sem energia elétrica. O que parece absurdo nos tempos atuais, mas é uma realidade na nossa região	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Citrato de Tofacitinibe como opção de segunda linha no tratamento da Artrite Reunatoide	Eficácia e segurança da medicação para pacientes refratários ou intolerantes ao Metotrexate e Leflunomide	
04/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não		
05/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, 1a opção certolizumab, adalimumab só	Entendo o custo mas acho que o paciente e o médico deveriam optar pela deoga que quisessem ate pq a melhor droga é aquela que o profissional tem mais experiência	
05/04/2019	Interessado no tema	Muito ruim	Sim, Tofacitinibe estar disponível para AR na segunda etapa, após falha dmards sintéticos		
05/04/2019	Paciente	Boa	Sim, Deveriam incluir também terapias alternativas, acupuntura Atividades físicas e homeopatia.		
05/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Não		
05/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
05/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Tenho 5 pacientes em uso de Xeljanz após falha de dois DMARDs e todos os cinco pacientes estão em remissão de doença graças ao uso do Xeljanz.	Não.	
05/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Sim, Tenho familiar fazendo uso do produto Xeljans e está ótima. Não pode ter restrições a este medicamento. É comprimido e não guarda na geladeira. Fácil uso.		
05/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Sim, Familiar faz uso de Xeljans com otimos resultados. Oral, Não precisa armazenar na geladeira e tem custo baixo para a população. Este medicamento não pode ter restrições de acesso.		
05/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Sim, Tenho parente fazendo uso de Xeljans com otimos resultados para Artrite Reumatoide. medicamento oral, Não precisa guardar na geladeira e de baixo custo para governo e população. Não pode ter restrições ao uso de Xeljans pelo governo. Desrespeito com a população que faz uso e precisa do remédio.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/04/2019	Paciente	Boa	Não	A proposta é boa mas o tempo que leva um retorno ao reumatologista as vezes é muito longo sem dizer a falta de medicamentos por isso tem muita gente incapacitada ate para o trabalho e nem recebe auxílio se o tratamento fosse correto uma consulta de 3 em 3 meses dependendo de como está a progressão da doença nos teríamos uma qualidade de vida bem melhor.	
05/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
05/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, O Tofacitinibe, na minha experiência clínica tem excelente perfil de segurança, fato este também embasado na extensa experiência dos estudos clínicos. É um medicamento efetivo, de comodidade posológica, sendo que ao meu ver deverá continuar como medicamento de segunda linha de escolha no tratamento da Artrite Reumatoide	Não	
05/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Eu quero manter a possibilidade de prescrever rofacitinibe apos a falha de dois dmards sinteticos, sem a obrigatoriedade da utilizacao de dmards biologicos previamente.	Nao	
05/04/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
05/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Vejo que esta atualização pode ser muito favorável aos pacientes. Pois minha tem artrite reumatoide, precisa tomar um medicamento subcutâneo, que seria aplicado uma vez. E esse medicamento foi negado pela farmácia de alto custo. Falando que o médico deveria escolher outro. Agora ela não quer fazer as outras opções, pq doem e tem de ser aplicadas mais de uma vez.	O Governo deveria pensar em economizar em muitas outras áreas que oneram a União e não na saúde, especialmente no tratamento de pacientes com esta doença, so quem tem, ou quem cuida sabe o quanto é trágico ver a pessoa precisar do remédio e não conseguir, pq é obrigada a usar outros remédios antes. E a decisão do médico e da paciente não contam?	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Sim, Tenho experiencia com tofacitinibe há alguns anos e acho que a resposta tem sido excelente apos falha dos Dmards tradicionais tais como hidroxicloroquina, metotrexato e leflunomida. Não concordo que deva ser usado haver apos falha de biologicos	O fato de Ter um custo menor que os demais e ser oral também é um fator que deve ser considerado	
06/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Sou a favor do médico ter sua liberdade de prescrição pois existem perfis diferentes de pacientes que poderiam responder ou aderir melhor ao tratamento se nao usassem o medicamento hoje autorizado como 1a linha.	
06/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não	Sou reumatologista. Acompanho 34 pacientes em uso de Tofacitinibe há 3 anos com ótima resposta clínica e laboratorial. Sem eventos adversos que necessitassem a suspensão da droga. Alguns pacientes em monoterapia ou seja sem a necessidade do uso concomitante do metotrexate. Em apenas 3 casos a prescrição foi após falha de biológico. Todos os outros casos foram logo após falha de DMADs sintéticos.	
06/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Incluir a medicação TOFACITINIB como segunda linha de tratamento junto com os biológicos , após a primeira linha ( DMARD : methotrexate, leflunomida )		
06/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, SOU RESIDENTE DE REUMATOLOGIA.DEIXAR O TOFACETINIBE COMO TERCEIRA ESCOLHA DE TRATAMENTO NÃO PROCEDE. ELE TEM A MESMA EFICÁCIA QUE OS DE SEGUNDA ESCOLHA, TEM A FACILIDADE DE TOMADA POR SER VIA ORAL E REDUÇÃO DOS CUSTOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO POR PARTE DO ESTADO E PACIENTE.		
06/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	Diversos artigos já demonstraram a eficácia dos inibidores da janus quinase no tratamento da artrite reumatoide em falha da combinação dos DMARDs sintéticos. Não há justificativa para realizarmos somente após falha de todos os imunobiológicos. Além disso o custo para o governo dos inibidores da janus quinase é muito inferior ao dos outros imunobiológicos.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
06/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
06/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não	A ideia de contrariar o próprio consenso brasileiro de artrite reumatoide é completamente aviltante.	
06/04/2019	Paciente	Boa	Não		
07/04/2019	Paciente	Boa	Não	sobre aspectos dos efeitos colaterais do mtx e hidrocloriquina.o primeiro com muita náusea e muiiito cansaço.já o segundo utilizei por apenas 3 meses e fiquei com copremetimento da visão. Esse primeiro passo do protocolo pode até ser mais econômico, mas é físico e emocional muito triste para o paciente porque os efeitos colaterais são realmente terríveis. ....o fígado também fica muito sobrecarregado.	
07/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
07/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, Que o paciente na perda de resposta tratando com Infiximabe possa Otimizar a dose se mantendo por mais tempo em tratamento.	A troca de imunobiologico faz com o tratamento cada vez que troc,a diminua a resposta do tratamento.	
07/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Incluir Otimização de dose ou escalonamento para tratamento com Infiximabe.	A Otimização melhora a resposta do tramento uma vez que se faz necessário visto pelo médico, dessa forma o paciente se mantem mais tempo no tratamento, sem necessecidade de troca evitando perda de resposta do tratamento.	
07/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
07/04/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
07/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Execelwnte iniciativa do Ministerio da Saúde, poderá ajudar muitos pacientes com minha mãe, que não pode usar um medicamento pq o médico disse que não estava entre os escolhidos parar tratar a artrite reumatoide.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/04/2019	Paciente	Boa	Sim, Acho que seria um grande retrocesso para nós pacientes que lutamos tanto.		
07/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, A possibilidade de termos o farmaco em questao - tofacitinibe- como segunda linha foi de extrema importancia, pela boa resposta que obtive com alguns pacientes, sem efeitos adversos .	E importante salientar que manter o tofacitinibe como frmaco de segunda linha garante ao profissional da saude e ao profissional uma opção impar no mercado, tanto de mecanismo de ação, segurança, eficácia, comodidade posológica e preço competitivo .Sem mencionar, também importante, a autonomia da escolha pelo medico quando da sua prescrição.	
07/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Que a prescrição do meu médico seja respeitada. Que não falta medicamentos.	É muito importante os oacentes com doenças reumáticas e outras patologias, ter acesso aos medicamentos para o tratamento da doença para manter uma qualidade de vida melhor.	
07/04/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa	Sim, QUE OS PACIENTES EM USO DE BIOLÓGICO NAO SEJAM TROCADOS PARA O BIOSSIMILAR SEM AUTORIZAÇÃO MÉDICA.	É MUITO IMPORTANTE OS PACIENTES COM DOENÇAS REUMÁTICAS E OUTRAS PATOLOGIAS TEREM ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA E MANTER UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA.	
08/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Acho importante que as terapêuticas disponíveis respeitando-se fluxograma da SBR do ACR e do EULAR sejam definidas pelo médico clínico assistente sendo este o melhor conhecedor do seu pacientes e das peculiaridades envolvidas em cada caso.	
08/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Uso C Tofacitinibe há cerca de 4 anos sem complicações , principalmente nos pacientes da zona rural que não aceitam uso de alguns medicamentos subcutâneo s ou EV . Por ser um medicamento to de meia vida curta é importante tê-lo à disposição de meus pacientes pois atendo 42 municípios e o medicamento até o momento é o mais seguro para meu controle dos pacientes em áreas afastadas das cidades .	Devemos recordar que a meia vida é a facilidade de transporte do medicamento trazem segurança ao paciente e economia ao governo para estocagem e transporte!	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Existem DMARDS biológicos cuja resposta terapêutica é excelente e têm custo acessível com respaldo na literatura precisando serem incluídos como primeira escolha como golimumabe e abatacepte. Esse último tem indicação se houver comprometimento pulmonar sobretudo porque o anti-TNF estaria contra indicado.	Para fazer substituição de biológico, não devemos ter que solicitar novamente todos os exames do protocolo. Se o paciente tem seu acompanhamento assistencial adequado, na troca do biólogo, solicitar todos os exames do protocolo só faz encarecer ao SUS e perder tempo para introduzir a nova droga, aumentando a chance da progressão de doença.	
08/04/2019	Paciente	Boa	Não		
08/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
08/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
08/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não	Acredito que a obrigatoriedade em se utilizar determinados medicamentos, no caso os imunobiológicos ( adalimumabe e certolizumabe ), prejudica uma característica fundamental deste tipo de paciente que é a individualidade. Compromete também algo fundamental no tratamento de artrite reumatóide que é a decisão compartilhada entre médico e paciente.Reforço que retirar essa opção de liberdade no tratamento baseada no custo unitário da medicação não leva em conta outros tipos de custo inerentes ao tratamento, bem como possíveis custos extras referentes a progressão de doença.	
08/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não		
08/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Tofacitinibe representa importante alternativa custo efetiva em pacientes com AR, mesmo como primeira opção antes dos biológicos. Por ser droga oral representa importante economia aos cofres públicos, por não requerer muitas visitas a centro de infusão, não requerer pré medicação, menor exposição a ambiente intra hospitalar, portanto, menor risco infeccioso ao paciente, com conseqüente menor risco de hospitalização. Além disso, menor impacto na qualidade de vida do paciente e em questões trabalhistas, visto que o mesmo não necessitará de múltiplas faltas ao trabalho para receber medicação em Centros de infusão.	
08/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Tofacitinibe deve seguir constando como 1 primeira opção após ausencia de resposta/ resposta parcial a DMARS tradicionais. Tal opção deve seguir indicação medica.	Por ser droga oral, tofacitinibe representa importante alternativa custo efetiva para pacientes com AR, uma vez que dispensa multiplas vindas ao centro de infusão, com conseqüente diminuição de gastos com transporte, pré medicação, dias perdidos em trabalho (incluindo para acompanhantes). Além de levar a menor exposição a ambientes hospitalares, com menor risco de infecção, dessa maneira, contendo gastos com eventuais visitas a pronto socorro e internações.	
08/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Colocar tanto o Tofacitinib quanto o Golimumab endovenoso como opções na falha a 2 ou mais MMCDs	O Golimumab venoso tem equivalencia ao subcutâneo e contempla melhor alguns pacientes por possibilitar uma dose mais individualizadaA incorporação do Tofacitinib como segunda linha segue diretrizes que vem sendo incorporadas por todas sociedades. Minha experiência com o tofacitinib tem sido excelente	
08/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Tenho uma boa experiência com a medicação e acho que a mesma deve ser incluída como segunda linha após utilização dos dmards, devido a sua indicação e eficiência no	Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Sim, Todos os biológicos, bem como sintéticos alvo-específico, em equidade para escolha de tratamento.		
08/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não	Tofacitinibe como segunda linha de tratamento após uso de Dmars tenho experiência de ser um boa linha de tratamento e controle da doença	
08/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Acredito que cada paciente seja único , tendo um perfil , siante disto a escolha da medicação deve ser feita em decisão compartilhada com o paciente como orientam os guidelines.		
08/04/2019	Paciente	Boa	Não		<a href="#">Clique aqui</a>
08/04/2019	Paciente	Boa	Não		<a href="#">Clique aqui</a>
08/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, pelo custo ser parecido, acho q tofacitinib poderia ser usado na falha de 1 anti-tnf		
08/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, PERMITIR QUE O MÉDICO DECIDA JUNTO COM O PACIENTE QUAIS AS MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER USADAS PARA CADA CASO, INDIVIDUALMENTE		
08/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
08/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, 1- Inibidores de Jak (tofacitinibe)devem ser incluídos como opção aos biológicos em casa de falha aos DMRDs sintéticos em pacientes com AR ativa , tanto recente como estabelecida, devido à sua via de administração oral e evidências de eficácia comparável indiretamente aos biológicos.2- Biológicos não anti TNF devem ser incluídos como opção após falha do primeiro biológico. Todos os estudos demonstram melhor eficácia quando utilizados em pacientes que falharam a apenas um anti TNF.3- Tocilizumabe deveria ser incluído com opção preferencial em monoterapia, por ser o unico a apresentar estudo head-to-head, demonstrando superioridade em monoterapia em comparação ao adalimumabe (anti TNF).	Todas as referencias relevantes já estão incluídas no PCDT.Note-se que nos aspectos comentados acima, a força de recomendação foi fraca, refletindo o pensamento divergente de grande parte dos reumatologistas.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não no momento	
08/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Ruim	Sim, O tofacitinibe deve ser uma opção após o uso de DMARD`s sintéticos e não reservado para a falha ou impossibilidade de uso de DMARDbio		
08/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
08/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, 1 Não há motivos para o tofacitinibe estar indicado apenas após a falha de medicamentos biológicos. Há evidências que suportam seu uso logo após a falha de dmards sintéticos.2 Em pacientes que falham aos DMARDs sintéticos, não há evidências de superioridade de nenhuma classe de dmards biológicos, devendo todos estar em pé de igualdade, com exceção do rituximab, indicado em bula apenas após a falha de anti-TNF3 As associações de DMARDs MTX+HCQ, SSZ + HCQ e LEF + HCQ são suportadas por muito poucas evidências e não deveriam ser sugeridas neste protocolo		
08/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
08/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Acredito que para cada paciente existe uma medicação mais apropriada, especialmente quando se trata da mesma classe de droga terapêutica	O não	
08/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Tofacitinibe deve ser usado como opção em caso de falha de DMCD sintética ou em caso de falha de DMCD biológica	Não	
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Acredito que a colocação da medicação Tofacitinibe como droga a ser usada depois da classe dos imunobiológicos da classe dos Anti-TNFs seria um retrocesso para o tratamento da artrite reumatoide. Acho que ela deve ser indicada na falha de dois DMARDs sintéticos , Ou pelo menos uma opção junto com os biológicos Anti-TNF.	Não	
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, O Xeljanz pode ser utilizado como primeira falha a Dmards	Nao	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Ótima experiência com Tofacitinibe na prática clínica, além de estudos clínicos bem elaborados e com ótima indicação. Seria ótima opção manter como escolha na falha de DMARD convencional.	Manter Tofacitinibe em uso de 2ª e 3ª linha, melhorando as alternativas de tratamento para o paciente. Ótima medicação com excelentes respostas.	
09/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, a decisão os medicamentos a serem prescritos é exclusivamente do médico	quem decide o medicamento a ser usado para o tratamento da AR o é o médico e não o protocolo do governo	
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
09/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Será um grande ganho para com os pacientes, agilizando mais o acesso ao medicamento e deixando de ser negado quando prescrito aos médicos		
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Manutenção do tofacitinib na falha de dmards	Na	
09/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Tofacitinibe é um medicamento muito bom, tenho tido experiência muito boa com ele, e, além disso, é um medicamento muito mais barato que qualquer biológico. Dadas essas características, não vejo porque ele ser considerado somente como terceira linha, como está descrito na figura 1. algoritmo de decisão terapêutica para tratamento de AR.	Conforme expliquei acima, tenho plena segurança em afirmar que o tofacitinibe é uma droga muito adequada para segunda linha, por preço, segurança e efetividade. No texto, inclusive, está considerado o tofacitinibe como segunda linha, mas no algoritmo ele ficou para terceira.	
09/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, A opção de colocar o Tofacitinibe após o uso do Anti TNF nos casos de Artrite Reumatoide tanto de início recente leve ou moderada não apresenta fundamentos na literatura. Acredito que a decisão deve ser compartilhada entre o médico e seu paciente baseado na eficácia, benefícios e risco de reações adversas.	Concordo que a opção de escolha dos Anti TNF seja uma decisão compartilhada entre o médico e o paciente, não priorizando o custo, pois o essencial é o benefício e melhor qualidade de vida para o nosso paciente.	
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, O medicamento biológico deveria ficar a critério do médico.	Hoje existe uma obrigatoriedade de prescrição visando somente preço.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	Sou reumatologista e uso a droga em meus pacientes há 2 anos. A medicação se mostrou eficaz com boa resposta clínica em todos meus 12 pacientes, sem eventos adversos. Portanto é uma droga segura e com boa resposta clínica, sendo a única opção oral disponível e economicamente mais viável que os anti TNF.	
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Relato minha experiência com a prescrição do medicamento Tofacitinibe no tratamento da AR em segunda linha, pós falha dos Dmards Sintéticos, com vantagens de ser utilizado por via oral e não precisar de refrigeração para seu armazenamento, possuindo um perfil de efetividade semelhante aos MMCDbio. A melhora do processo inflamatório é relatado por todos os pacientes em uso do Tofacitinibe já na segunda semana de tratamento.		
09/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Não		
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
09/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não	Lamenta-se, como um todo, a priorização de uso da medicação biológica pelo seu custo e não pelos seus efeitos benéficos.	
09/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Ruim	Sim, O tofacetinibe deve ser utilizado no momento em que os DMARDs sintéticos deixaram de responder.		
09/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não		
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
09/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Sobre o PCDT de AIJ:1) Nos critérios de inclusão, o tempo da doença deve ser 6 SEMANAS, e não 6 meses.2) No fluxograma de tratamento, o biológico não deve ser usado em monoterapia, e sim associado a MMCD não biológico3) Na posologia, deve estar claro que o Metotrexate pode ser aplicado subcutâneo4) Nas contraindicações, as idades de uso dos anti TNF estão erradas	Não	
09/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não	Sou contra deixar o tofacitinibe como droga de terceira classe, mas a favor de permitir A escolha da maioria das medicações biológicas como segunda classe	
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Tofacitinibe seguindo as recomendações da sociedade brasileira de Reumatologia deveria estar na falha aos DMARDS sintéticos e não na falha dos biólogos		
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
09/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	preservar a liberdade de prescrição e a decisão compartilhada junto dos pacientes ... importante considerar a otimização de doses das medicações para pacientes de difícil controle	
09/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Tenho pacientes com tofacotinibe, os mesmos estão muito bem, sem atividade de doença. Não vejo o porque ser colocado em terceira linha, sendo o mesmo um medicamento sintético. Apesar de ter preço de medicamentos biológicos. Além do mais estão cada vez mais chegando inibidores da jak quinase.	Os medicamentos biológicos SC como o tocilizumabe e o abatacepte deveriam ter mais facilidades de liberação, são boas opções principalmente em locais que não tem centro de Infusao.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, O INIBIDOR JAK ESPECÍFICO (TOFACITINIBE) DEVERIA ENTRAR COMO MEDICAMENTO DE SEGUNDA LINHA, NO MESMO NÍVEL DOS MMCDbio, FICANDO A CRITÉRIO MEDICO A INDICAÇÃO DE UMA OU OUTRA CLASSE DE MEDICAMENTOS. ESSA É A RECOMENDAÇÃO DO ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO DO CONSENSO DE TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATOIDE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA		<a href="#">Clique aqui</a>
09/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Não	Tofacitinibe deve permanecer na linha de tratamento para artrite reumatóide após falha de combinação de dois DMARDs sintéticos.	
09/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Não		
09/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Não		
09/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, O Tofacitinibe poderia ser liberado para o uso após falha a 2 MMCD sintéticos e permitir seu uso em monoterapia		
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	A decisão do tratamento deve ser uma decisão compartilhada entre paciente e médico, não priorizando custo minimização, levando consideração as características de cada paciente.	
09/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Na minha opinião o tofacitinibe deveria continuar como droga de segunda linha na AR, juntamente com os imunobiológicos, pois é uma opção via oral, bastante eficaz e viável.	Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Acho que nós especialistas precisamos retomar nosso poder de decisão em relação a nossas condutas terapêuticas. Não podemos ser privados de optar pelo medicamento mais adequado ao paciente que está diante de nós é que busca ajuda por causa de burocracia, documentação etc. Por diversas vezes gostaria de ter prescrito determinado medicamento para artrite reumatoide mas não o fiz por ter que ficar justificando minha escolha com perguntas e questionamentos em detrimento da melhor escolha para o paciente. Nosso poder de decisão precisa ser devolvido	
10/04/2019	Paciente	Boa	Não	Interessante pensar a diminuição do uso de corticóides, pois algumas vezes não fazem o efeito desejado, têm riscos e efeitos, e mesmo assim são indicados.	
10/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Acredito ser necessário a inclusão do tofacitinibe como opção em primeira linha, após falha das drogas sintéticas, pq existem situações em que a opção via oral se faz muito necessária, principalmente nas cidades onde não há centros de infusão para as terapias biológicas e/ou pacientes sem condições de auto-aplicação dos medicamentos subcutâneos		
10/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
10/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Todos os biológicos e inibidor da JAK deveriam ficar como primeira linha na falha de DMARDs sintéticas		
10/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	a terapia via oral (TOFA) e o mecanismo de ação diferenciado é uma ótima opção de tratamento para ficar com 2 linha, devendo se manter a orientação atual com 1 linha de tratamento	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, O fluxograma está errado pois o Tofacitinibe está em terceira linha, sendo que no PCDT ele foi liberado para segunda linha.Tenho boa experiência com Tofacitinibe tanto na segunda linha como na terceira linha, tenho mais de 10 pacientes fazendo uso e meus pacientes tem direito de ter acesso a essa medicação sem restrição.		
10/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		
10/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Sim, considero, com base em minha experiência como reumatologista e com base nos estudos da literatura e relato de outros colegas, fundamental manter a opção do uso de Tofacitinibe como 2a linha no tratamento da artrite reumatoide, após os DMARDs sintéticos, visto que é uma droga com ótima resposta, baixo perfil de efeito colateral, boa tolerabilidade e aceitação pelo paciente, principalmente por ser administrada por via oral; enfim, um ótimo custo-benefício.	não	
10/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
10/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não	Gostaria de que fosse disponibilizado todos imunobiológicos e deixando a critério do médico a decisão de qual é a melhor opção para cada paciente assegurando individualização do tratamento. A priorização de custo deve ser por escolha e não por determinação imposta por notas técnicas.	
10/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Não	Limita a autonomia de prescrição do médico ao restringir as medicações	
10/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não	Acho q o todacitinibe deveria continuar na mesma posição de estratégia de uso, após falha do dmard sintéticos, assim como os anti-tnf para atender perfil específico de pacientes nessa situação, tendo em vista sua posologia cômoda	
10/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
10/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, O Texto deve seguir as diretrizes propostas pela Sociedade Brasileira de Reumatologia, publicadas no ano de 2018 (Mota et al. Advances in Rheumatology (2018) 58:2https://doi.org/10.1186/s42358-018-0005-0) , no qual contempla o medicamento TOFACITINIBE como opção à falha de DMCDs tradicionais , assim como os medicamentos DMCDs biológicos ( tratamento chamado de 2a linha / second step)	O Texto deve seguir as diretrizes propostas pela Sociedade Brasileira de Reumatologia, publicadas no ano de 2018 (Mota et al. Advances in Rheumatology (2018) 58:2https://doi.org/10.1186/s42358-018-0005-0) , no qual contempla o medicamento TOFACITINIBE como opção à falha de DMCDs tradicionais , assim como os medicamentos DMCDs biológicos ( tratamento chamado de 2a linha / second step)	
10/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, GOSTARIA DE SUGERIR QUE O TOFACITINIBE PUDESSE SER ESCOLHA NAS FALHAS DOS DMARDS SINTETICOS CONVENCIONAIS (MTX LEFLUNOMIDA E SZA ), ANTES DO USO DE UM MEDICAMENTO IMUNOBIOLOGICO, COMO PRIMEIRA ESCOLHA E NÃO COMO ESTÁ COLOCADO NOPCDT ( SE ENTENDI BEM, A ESCOLHA INICIAL SERIA POR UM IMUNOBIOLOGICO INJETAVEL )A OPÇÃO DE USO DOS NÃO INJETAVEIS, FACILITA O USO EM MUITOS DOS NOSSOS PACIENTES, PRINCIPALMENTE OS DE NIVEL SOCIAL MAIS BAIXO, QUE É O PERFIL DA MAIORIA DOS MEUS PACIENTES ATENDIDOS PELO SUSBH	A DOSE MXAIMA DO MTX ORAL ( 25 MG SEMANA ) INFELIZMENTE NÃO É TOLERADA PELA MAIORIA DOS NOSSOS PACIENTES.A OFERTA DO MTX INJETAVEL PODERIA SER UMA BOA OPÇÃO , DESDE QUE ESTIVESSE SEMPRE EM ESTOQUE ( O QUE NÃO ACONTECE ) E QUE A SUA APLICAÇÃO EM AMBIENTES FORA DO DOMICILO DO PACIENTE FOSSE FACILITADA ( POSTOS DE SAUDE, FARMACIAS , ETC. , POIS O MESMO É VISTO COMO TERAPIA QUIMIOTERAPICA ).É UM MEDICAMENTO DE CUSTO BAIXO , O QUAL INFELIZMENTE, NÃO PODEMOS UTILIZAR DA FORMA QUE GOSTARIAMOS	
10/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
10/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Ruim	Sim, profissionais de saúde e os pacientes deveriam ter direito de escolher um tratamento adequado a cada caso	deveria simplificar o acesso do tratamento	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, O medicamento tofacitinibe fica colocado somente na falha de medicamento biológico, sendo que muitos pacientes que faltem ao DMARD convencional podem SIM responder bem a terapêutica via oral com tofacitinibe, evitando assim toda a questão de conservação de biológicos em geladeira. Muitos pacientes da minha prática diária já perderam medicação biológica em casa por não ter gerador. A imunossupressão relacionada ao tofacitinibe é inferior quando comparada com os biológicos, principalmente no que concerne à questão da tuberculose.	A adesão de infusão ev ou subcutânea as vezes é reduzida, por isso gostaria se ter mais uma opção via oral antes do uso do biológico.	
10/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Em relação a manutenção a cada 6 meses do rituximab, existe a possibilidade de mantermos apenas a dose de 1000mg no D0 e não fazer a dose do D14, como na indução. A escolha deveria ser do médico prescritor e não uma obrigação. Isso diminui o custo para o SUS e às vezes pode ser desnecessária, dependendo de cada caso.		
10/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
10/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Sobre o Tofacitinibe gostaria de enfatizar que o uso como primeira linha, além de ser mais econômico e menos problemático do que os imunobiológicos em relação a eventos adversos, seria interessante ser mantido como no PCDT anterior, que o inclui dessa forma, ou seja junto com os imunobiológicos em primeira linha, logo após a falha dos DMARDs sintéticos.	O resultado prático do uso do Tofacitinibe é muito bom nos pacientes que tenho que já utilizam o medicamento e ter a oportunidade prescrever esse medicamento antes do imunobiológico seria bastante interessante, a começar pelo custo e pela facilidade de administração.	
10/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, O tofacitinibe é um medicamento biológico que tem grande eficácia e é o único com administração via oral.	O tofacitinibe não deveria ser considerado uma hipótese de tratamento apenas após falha de biológico.	
10/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Como médica, após avaliar o paciente, conhecendo-o e com análise clínica, tenho que ter liberdade para escolher qual a melhor terapia para ele. A decisão da conduta deve ser do médico com o paciente.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Tenho pacientes em uso do medicamento tofacinibe, que vem apresentando ótima resposta clínica e com menos riscos de efeitos adversos. Trata-se de medicação de fácil aceitação de uso pelos pacientes já que é de uso oral. Acredito que deva ser indicado como medicação de primeira linha para tratar a artrite reumatoide	Acho de relevância a necessidade de autonomia do médico e seu paciente em definir a melhor estratégia para condução do tratamento. Hoje temos um protocolo e a decisão de auditores para definir o rumo do tratamento. O que não é justo, já que a responsabilidade do tratamento é do médico assistente. Portanto devendo o mesmo juntamente com seu paciente definirem a melhor maneira de conduzir tal tratamento.	
10/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
10/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Gostaria de ter a opção do tofacitinibe após falha dos MMCDsc antes da escolha de algum biológico uma vez que é bem aceito pelos pacientes pela administração por via oral e com eficácia comprovada. Por se tratar de pacientes crônicos, o acesso venoso passa a ser difícil com os biológicos administrados por via EV e difíceis de transportar em caso de viagens, da mesma forma que os subcutâneos que também requerem refrigeração contínua.	1) pesquisa de tuberculose latente deveria ser dispensada para os pacientes com indicação de tofacitinibe ou biológicos não anti-TNF por terem chance desprezível de desenvolver a doença enquanto que o uso de Isoniazida profilática pode acarretar hepatite medicamentosa. 2) Corrigir o tempo de uso de Isoniazida profilática está preconizada para 9 meses e não 6 meses como no PCDT 3) Que os exames de monitorização de eventos adverso sejam determinados pelo médico e não ser pré-requisito para aquisição da medicação ao longo do tratamento evitando exames desnecessários diante da situação atual e precária do SUS e renda de nossos pacientes.	
10/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, O Simponi poderia ser uma das primeiras escolhas	Nao	
10/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Cada paciente tem um perfil para um determinado medicamento, sendo ruim estabelecer um imunobiológico para início de tratamento. A escolha do medicamento tem que ser compartilhada com o paciente, de acordo com perfil sócio-econômico-cultura além de suas características clínicas, não sendo imposto um logaritmo para o qual iniciar e/ou qual indicar na falha.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
10/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Gostaria que o Golimumabe 50 mg fosse incluído entre as opções da norma técnica que restringe a 3 medicamentos.	Tenho uma boa experiência com o Golimumabe e é muito bem aceito pelos nossos pacientes.	
10/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
10/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Gostaria que houvesse autonomia do médico para decidir qual a melhor opção após falha dos dmards sintéticos. De acordo com as particularidades do paciente, o médico é quem deve decidir o melhor, sejam os biológicos (o ideal de acordo com cada caso) ou tofacitinibe.	Não.	
11/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Na falha aos DMARDs sintéticos, colocaria o Tofacitinibe como segunda linha de tratamento, como alternativa aos biológicos anti-TNF e não anti-TNF.	Acredito que não deve-se usar critério de custo - como o PCDT anterior fazia - para determinar a ordem de escolha dos biológicos. Cada paciente tem perfil de doença diferente e perfil clínico diferente.	
11/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Não	Deveríamos ter opção de entrar em primeira lunha com medicamentos nao anti-tnf, melhorando nosso arsenal terapêutico	
11/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
11/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Indicar o tofacitinibe como 2a e/ou 3a linha de medicação Para tratamento da AR. A critério do Médico prescritor.	Segurança e eficácia a longo prazo da medicação citada . Assim como comodidade posológica.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
11/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Ruim	Sim, Na segunda linha de tratamento deveria ser incluída a medicação tofacitinibe. Medicação que já possui estudos clínicos com tempo razoável, mostrando-se segura e eficaz de maneira semelhante às medicações biológicas com a grande vantagem de ser oral e de fácil manuseio, titulação da dose e armazenagem.	A grande maioria dos pacientes com artrite reumatóide atendidas pelo SUS possuem nível de instrução ruim, com dificuldade no uso das medicações biológicas, inclusive com diversos relatos em nossa prática clínica de perda da medicação (congelamentos, armazenagem sem refrigeração, erro na aplicação, falta de refrigeração por queda de energia). Ainda, há muitos pacientes com receio de medicação injetável e fobia de agulha. Em minha opinião não há motivo para a não inclusão do tofacitinibe como medicação de segunda linha, com custo semelhante às medicações biológicas. Por fim, vale ressaltar que o consenso brasileiro para tratamento da AR inclui o tofacitinibe como segunda linha de tratamento, assim como os consensos americano e europeu.	
11/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Gostaria q Tofacitinibe ficasse sem restrição para prescrição, tanto em 2ª e 3ª linha beneficiando mais os pacientes	Sou contra Tofacitinibe ficar restrito para prescrição, experiência clínica com meus pacientes é muito boa tanto em 2ª como em 3ª linha. Pacientes com doenças controlada de form segura eficaz	
11/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	O pcdt deve ser seguido. Certos pacientes tem indicações específicas para outros tipos de medicamentos. Além do custo, deve ser considerado as indicações clínicas específicas.	
11/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		
11/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Achei que a medicação oral para tratamento da Artrite Reumatoide, o Tofacitinibe, está totalmente adequado no PCDT atual que possibilita a utilização do medicamento tanto após a falha dos DMARDs sintéticos como na falha do DMARDs biológicos. Muitos pacientes tem se beneficiado desta nova medicação que além de eficaz e segura é de fácil administração pra todos os pacientes devido a seu uso oral.	Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
11/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Paciente com falha a sintético, deveria poder escolher entre anti tnf e tofacitinibe. Já tives experiências boas com Tofacitinibe, não acho que deva ser usado apenas na falha a anti tnf	Tofacitinibe deveria estar no mesmo patamar de escolha que o anti tnf	
11/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
11/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Q Tofacitinibe fique em 2ª linha na falha dmards convencionais e também em 3ª linha na falha biológicos	Maior facilidade para liberar Rituximabe e abatacept para casos de AR COM ACOMETIMENTO PULMONAR (doença pulmonar intersticial) em primeira linha.	
11/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Indicar o tofacitinibe como 2a e/ou 3a linha de medicação Para tratamento da AR. A critério do Médico prescritor.	Segurança e eficácia a longo prazo da medicação citada . Assim como comodidade posológica.	
11/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, acho que o medicamento tofacitimibe deva ser incluído em primeira linha de trataemnto na falha de MTX por ser uma opção valida alex so subcutabeo e endovenoso no tratamento de pacientes de baixo nviel socio economico principalmente. pois facilita muito o armazenamento e transposte do mesmo.ja existem outras medicaçõa similares que se mostraram até superiora aos anti tnfs em seu estudos, não se deve deixa-los para ultima escolha simplesmente por ter pouco tempo no brasil		
11/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
11/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
11/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, A dificuldade de buscar o medicamento auto custo e no fim ainda o medicamento estar em falta e não é repostado.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
11/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não	Acho lamentável o tofacitinibe ficar como terceira linha; embora seja uma medicação com menor tempo de mercado, já existe estudo de não inferioridade em relação ao adalimumabe, além de ser uma opção via oral para muitos pacientes que têm restrição aos injetáveis e aqueles de locais distantes de centros de referência, para onde é difícil o acesso a centros de infusão ou mesmo para a chegada e armazenamento de imunobiológicos em condições adequadas.	
11/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Existem DMARDS biológicos que precisam ser incluídos como 1ª linha como golimumabe que tem eficácia terapêutica com resposta sustentada e abatacepte que estaria indicado nos pacientes com doença extra articular sobretudo comprometimento pulmonar em que o anti-tnf estaria contra indicado por causarem piora clínica conforme relato em literatura com trabalhos publicados inclusive mostrando morte por exacerbação do acometimento pulmonar intersticial após uso de anti-tnf	Alguns pacientes precisam de de biológico com meia vida mais curta como aqueles com comorbidades outras e idade avançada que podem precisar retirar a drogas por efeitos adversos. Sendo assim, o etarnecepte teria sua indicação como biológico de primeira escolha.	<a href="#">Clique aqui</a>
11/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Em falha de MTX ou outro DMARD sintético, estaria indicado o uso de tofacitinibe como opção, na mesma categoria que os anti-TNF e não-TNF	Não	
12/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Boa	Não	A medicação adalimumabe é excelente.	
12/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, O MEDICAMENTO TOFACITINIBE DEVE ENTRAR JUNTO COM OS BIOLÓGICOS NA FALHA DOS DMARDS SINTÉTICOS, POIS TEMOS ESTUDOS DE EFICÁCIA E SEGURANÇA E NA PRÁTICA CLÍNICA MOSTROU- SE TBÉM EFICAZ, SEGURO E FÁCIL DE USAR POR SER VIA ORAL, NA MINHA EXPERIÊNCIA		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Tofacitinibe é uma excelente terapia p/ meus pacientes. Ele em 2a linha e 3a linha é primordial p/ atender necessidades não atendidas, sem restrição para prescrever	Minha experiência com meus pacientes é excelente, opção oral é importante na adesão do paciente. Tenho pacientes virgens de biológicos usando em 2a linha e pacientes q foram refratários a biológicos. Todos com excelentes resultados.	
12/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não	No texto do PCDT não ficou claro como as questões relativas à "custo-minimização" irão influenciar na sequencia de escolha dos imunobiológicos. Este tem sido o principal ponto de discussão e dificuldades para os prescritos na hora de prescrever o tratamento para os pacientes que tenham falhado à terapia com as drogas sintéticas. Acho que esse aspecto deveria ter ficado mais claro no documento e gostaria de ter mais informações sobre como ficarão as recomendações daqui para frente.	
12/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, A manutenção do TOFACITINIBE como opção a falha com os MMCD sintéticos convencionais		
12/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Gostaria que Xeljanz fosse mantido para os pacientes com falha aos Dmards sintéticos		
12/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Gostaria que tofacitinibe continuasse a ser uma das primeiras opções na falha dos Dmards sintéticos pois meus pacientes em tratamento estão muito bem.		
12/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Gostaria que tivéssemos acesso a todos os medicamentos, porém que tofacitinibe continuasse também sendo uma das primeiras opções na falha dos Dmards sintéticos		
12/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, De acordo com experiência e seguindo as diretrizes da SBR sugiro continuar com o tofacitinibe na falha dos Dmards sintéticos e biológicos.		
12/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Ruim	Sim, Manter tofacitinibe como segunda linha		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, 1. Tofacitinibe já poderia ser usado após falha do DMARDS. E não somente após os biológicos. A chance de resposta seriam bem melhor. 2. Os biológicos não são contra-indicados na gestação. Há protocolos de que algum podem ser utilizados com segurança.		
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Aproximacao do Tofacotinibe apos ja falha dos DMARDS sinteticos no mesmo patamar de indicacao dos biologicos com execucao do Rituximabe`E opcao oral e relativamente barata e pode atender as necessidades de inumeros pacientes	1-Como investigador o Tofacitinibe desde 2005, pudemos avaliar cerca de 100 pacientes por ate 10 anos , sendo 8anos de ensaio aberto de Extensao a Longo Prazo(LTE) apos ensaios 3 ensaios clinicos pivotais. temos uma publicacao em 2014 sobre as causas de mortalidade envolvendo o tofacitinibe. Existem dados recentes de 9 anos dos estudos de LTE2- O tofac dados itinibe foi aprovado em 2012 nos EUA e 2015 no Brasil e ja estao publicados dados de pos marketing em anexo3- ) Em todos estes dados compilados dos estudos de ensaios clinicos pivotais de fase III, de LTE ( 9 anos) edos daso de posmarketing nenhum novo efeito adverso foi identificado na dose de 5 mg 2x por dia, que e a dose aprovada no Brasil.CONCLUSAO: Ja existem dados robustos de seguranca a longo prazo para que o tofacitinibe possa ser aprovado ja na falha dos DMARDS sinteticos como o MTX, Leflunomida	<a href="#">Clique aqui</a>
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
12/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Ruim	Sim, Acredito que o Tofacitinibe poderia ser usado em segunda linha como um Dmard sintético como opção antes dos biológicos, não obrigatoriamente antes ou depois do uso de biológicos mas como opção a mais a ser considerada. Com relação aos biológicos, concordo em iniciar com os anti Tnf, mas que em caso de contraindicação ou falha primária, aos anti Tnf, nossas justificativas fossem aceitas mais facilmente para o uso dos não anti Tnf.		
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Boa	Sim, Somente com autorização medica para trocar o remedio		
12/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, É muito importante que as medicacoes estejam disponiveis sempre no sus porque alguns meses tem falta.	Tomo orenca (abatcepte) e pego no sus ja tomo ha 6 anos e tem controlado muito bem minha AR. Preciso muito dele para continuar bem. Meu fator reumatoide ainda é positivo sinto as vezes dores. Mas o remedio tem sido muito eficaz par mim ha 6 anos consecutivos.	
12/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, Somente o médico tem poder de decisão sobre qual medicação será melhor e adequado ao paciente com doenças reumáticas.	O medicamento biológico é o que há de mais moderno e avançado no tratamento de doenças reumáticas, Artrite Reumatóide trás muito sofrimento , e somente o médico tem o poder de interferir nas próprias condutas médicas na hora de prescrever determinado medicamento ao paciente.	
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Boa	Não		
12/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Ruim	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/04/2019	Paciente	Regular	Não		
12/04/2019	Paciente	Boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Com certeza o meu reumatologista é quem pode decidir qual medicamentos deve tomar e qual é o mais indicado para o meu caso . Já tá sendo difícil eu conseguir aliberavao para mim toma o retuximab imagine com essa nova atualização que querem fazer.		
12/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não	Não	
12/04/2019	Paciente	Ruim	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não	A dificuldade de conseguir a medicação. Funcionários despreparados que não entendem das doenças e só sabem dizer que não tem a medicação ou que o SUS não fornece. Outra complicação é a falta de medicamentos, difícil ter que ficar interrompendo o tratamento por falta de medicamentos, a doença avança e os sintomas e a dor só aumentam.	
12/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Não	
12/04/2019	Paciente	Ruim	Não		
12/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Acrescentar o Golimumabe como drioga de primeira linha Anti TNF alfa no tratamento da AR	Boa respostaCusto-efetividade	
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Acho que somente o médico reumatologista é quem deve prescrever a melhor medicação e tratamento.	
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, Muitas vezes o atrasos e falta de medicamentos acaba atrapalhando o tratamento, e acho injusto ter apenas pouco tipos de medicamentos pois nem sempre o mesmo que serve pra uma pessoa serve pra outra que tem o mesmo quadro reumatoide....	As vezes devido a burocracia muitos medicos acabam nem dado o devido atendimento principalmente pelo SUS pq ou preencher as papeladas ou escultas as queixas dos pacientes,meu desejo e ter profissional mais preparados e formulário pre escritos para facilitar o atendimento mais humanizado	
12/04/2019	Paciente	Boa	Não	O ministério da saúde tema informação q sou AR.Recebo a medicação autoimune pelo SUS.Tenho q fazer a pericia de 3 em 3 meses.Isto eles sabem.Porque gaita ou dificultam o recebimento da medicação?Obrigada.	
12/04/2019	Paciente	Boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Ruim	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Primeiro NÃO consegui abrir o arquivo. Então se eu disser algo q já consta lá é por isso.Pra começar meu reumato fica do outro lado da cidade e no quarto e último andar do posto da cruzeiro. Pra quem tem nossa doença isso é uma desgraça. Dois ônibus e quatro andares. E isso que tenho apenas 40 anos, há diversos postos mais próximos de minha residência. Não entendo pq tão longe e pq ele fica no último andar. Ele deveria estar no térreo se não por mim mas pelos idosos que são sua maioria de pacientes. Sobre o medicamento o meu, especificamente, não tem na farmácia distrital o reuquinol. Custa 77 reais CARO.		
12/04/2019	Paciente	Boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Que seja respeitada a decisão compartilhada entre medico e paciente		
12/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, As decisões devem considerar as recomendações da sociedade brasileira de reumatologia.A decisão do tratamento deve ser do médico e compartilhada com o paciente.A troca para biossimilares deve ser uma decisão do médico reumatologista junto com o pacientes.		
12/04/2019	Interessado no tema	Muito ruim	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Boa	Não		
12/04/2019	Paciente	Boa	Não	Deveríamos ter psicólogo e auxiliando nosso tratamento.	
12/04/2019	Paciente	Ruim	Não		
12/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
12/04/2019	Paciente	Boa	Sim, a) aplicação da ozonioterapia b) utilizar de tratamentos alternativos	Não	
12/04/2019	Paciente	Boa	Sim, Falta e ou demora na entrega de medicamentos de auto custo	Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	O paciente precisa muitas vezes cm no meu caso de medicamentos pra dor, ou outros que ajudam no controle da doença que são necessários, mas não são fornecidos pelo sus...então entendo que qualquer medicamento prescrito pelo reumatologista, seja no controle da doença ou da dor deveria ser fornecido totalmente pelo sus...porque se torna muito caro para o paciente que muitas vezes não consegue fazer o tratamento corretamente.	
13/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/04/2019	Paciente	Boa	Não		
13/04/2019	Paciente	Boa	Sim, Há meses em que temos de tomar 5 injeções e não 4. O texto deve recomendar 1 aplicação semanal para que o paciente receba o número correto de injeções daquele mês. Casos como o meu acabam deixando de tomar a injeção 6 semanas durante 1 ano. 1 ano tem 54 semanas e não 48. A falta do medicamento é um retrocesso. Só ajuda o paciente a piorar.	Não é raro faltarem medicamentos biológicos por 1 mês ou mais. Em 3 anos de tratamento com Etarnecept faltou a medicação por 2 vezes, por 1 mês e mais de 1 mês. Isto não deveria acontecer de forma alguma pois a falta da medicação significa piora da doença. Nosso reumatologista é o profissional mais indicado para decidir qual remédio devemos tomar e como. O meu escreve 1 vez por semana mas não é atendida a sua indicação, peço rever!	
13/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
13/04/2019	Paciente	Regular	Não		
13/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
13/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Espero que essa seja uma iniciativa para atender com mais respeito e dignidade, nós, pacientes reumáticos. No que diz respeito ao tratamento e atenção.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Que seja respeitada a decisão compartilhada entre o médico e o paciente, Que o médico possa decidir qual a melhor linha de tratamento conforme a necessidade clínica do paciente. Que os pacientes em uso de biológicos não sejam trocados para o biossimilar sem autorização médica. E Que a prescrição médica seja respeitada.	Que nada seja decidido sobre nós, sem a nossa participação.. Na minha cidade já não tem médico reumatologista, tenho que me deslocar para a cidade vizinha ..	
13/04/2019	Paciente	Boa	Não		
13/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, Não generalizam o tratamento ,precisamos de apoio.	O acesso ao reumatologista e muito demorado	
13/04/2019	Paciente	Regular	Sim, acesso ao tratamento, como fundamental	aproveitando oportunidade....como conseguir tratamento na Irede publica..ESTO SIM E UM GRITO DE SOCORRO....NO MUNICIPIO NAO OFERECE O SERVIÇO..	
13/04/2019	Paciente	Boa	Não		
13/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Preservar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida dos pacientes	Ser respeitado orientação médica, troca medicamento biossimilar somente com autorização médica, aumentar disponibilização de medicamentos para pacientes com artrite reumatóide e outras doenças autoimunes	
13/04/2019	Paciente	Boa	Não		
13/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	deveria ser mais valorizado o tratamento multiprofissional. apesar de estar na cartilha não é o que vemos na prática. inclusive, o sus se disponibiliza a pagar mais de 1 milhão de reais por ano em um imunobiológico, sendo que terapias alternativas fazem um efeito, no meu caso, muito maior que a dita medicação. fisioterapia, hidroginástica, acupuntura, acompanhamento com psicanálise.. deveria estar disponível e de tão fácil de acesso quanto a medicação. vitaminas (d), ansiolíticos (duloxetina) e remédios pra dor (pre-gabalina) também fazem parte do tratamento e deveriam estar disponíveis.. no final, somando tudo o custo fica muito alto.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, FALTA DE HUMANIDADE COM O PACIENTE; APENAS ELE SABE COM É O SEU DIA À DIA E A RESPOSTA QUE ELE TEM COM O MEDICAMENTO. ME TRATO COM REUMATOLOGISTA E APENAS ELE SABE COMO ME SINTO COM O MEDICAMENTO PRESCRITO POR ELE.		<a href="#">Clique aqui</a>
13/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
13/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Tempo de enfermidade	
13/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Sou portador de espondilite aquilosa demorei descobrir a doença ja tive muitas sequelas ja comoquei protase de quadril importada muito cara tenho muitas limitacoes nas articulações e pescoço e vou precisar de tomar remedio biologico e nao tenho nenhuma condição de poder comprar estes medicamentos tenho 2 crianças em casa moro de aluguel tem dias que nem consigo levantar da cama Deus abençoe q nao seja aprovada este protocolo....	Uma injustiça com as pessoas que enfrenta tantas dificuldades e dores , sequelas e muito mais na vida ....	
13/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Deveria ser mais fácil menos burocráticos	
14/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	não	
14/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
14/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Não pode alterar a medicação. Quem sabe o que o paciente tem que tomar é o médico que acompanha. As consultas já são particulares e muito caras. Porque interferir nas medicações	
14/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Que realmente possamos adquirir novamente, caso necessário, se a remissão se perder, na farmácia especializada o medicamento sem recomeçar todo processo.	Menos burocracia ao se adquirir medicamentos especializados, pois doença crônica entra em remissão, mas continua a existir.	
14/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
14/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, A população mais carentes não deverá pagar por má gestão pública,o valor altíssimo que é a própria vida, desde já minha indignação.		
14/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
14/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Na minha cidade não tem hematologista pelo SUS faço meu tratamento por meu plano de saúde os medicamentos são todos comprados. Não posso ficar sem a medicação. O que mais me prejudicou foi a demora do diagnóstico mesmo eu indo aos médicos ortopedista por sentir dores desde 2014 só o hematologista que passou o exame de sangue hoje já tenho sequelas o que torna meus afazeres domésticos com muita dificuldade.	Gostaria de ser opcional após o diagnóstico ao paciente se quer ou não continuar trabalhando de acordo com a capacidade e a função de cada um. Lembrando que trabalhos braçais e pesados são impossíveis de fazer. E que os medicamentos fizessem parte da lista da farmácia popular já que são caros.	<a href="#">Clique aqui</a>
14/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, apenas médico e paciente podem conjuntamente decidir sobre o medicamento ou a troca dele, o governo não tem como decidir sobre esses aspectos.A prescrição é INDIVIDUAL.		
14/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Sem comentários	<a href="#">Clique aqui</a>
14/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Não deve haver intromissão por parte de terceiros entre a medicação acertada medico-paciente.	
14/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Despriorização de Imunobiológico.Introdução de Tofacitinibe como outra opção de tratamento.		
14/04/2019	Paciente	Regular	Sim, Que os médicos peritos olhassem mais para nos pois nossa doença é nossas dotes quase não são visíveis, mas as dores são insuportáveis	No meu ponto de vista o dissimular não vai ser bom para nos com ar e nem pra outra pessoas q tenham doenças crônicas.	
14/04/2019	Paciente	Regular	Não	A vida dos portadores de AR é bem complicada. Vocês devem considerar toda a dor que o paciente sente. A dificuldade das medicações de alto custo, de locomoção, de atendimento via SUS que até hoje eu não consegui, fui rejeitada varias vezes no HC por falta de vagas e me encaminham para postos de saúde que encaminham para o HC e nunca acaba este circulo vicioso, e o paciente fica a revelia. Precisa melhorar muito para dizermos algo bom sobre.	
14/04/2019	Paciente	Boa	Não	Direitos sobre transporte gratuito,e preconceito no trabalho.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
14/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
14/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
15/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Cada paciente é único. A sua forma de tratamento deve ser decidido entre ele e seu médico.		
15/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Sim, Sou contra a atualização , já que, como prescritora , analiso o custo - efetividade da medicação biológica. Sendo necessaria a padronização de biológicos com diferentes mecanismos de ação , posologia e efetividade a fim de individualizarmos o tratamento de acordo com fenotipo e contraindicações do paciente , buscando sempre manter o paciente no centro do tratamento.	-	
15/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
15/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
15/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, A imposição de medicamentos fere a liberdade de escolher do médico e a decisão compartilhada com o paciente. Acho que mais importante que o preço da medicação em si, é a aderência e persistência do tratamento, e isso sim, gera economia.		
15/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não	nenhum comentário. Li um pouco mais a respeito e achei as perguntas e a preocupação com o bio similar relevantes no meu entender como paciente. Espero que o consenso atue sempre em favor do paciente com AR. Agradeço a todos que estão empenhados nessa questão.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, QUAL A RAZÃO DE ATUALIZAR UM PCDT PARA ARTRITE REUMATOIDE SE EXISTE UMA NOTA TÉCNICA QUE TIRA TODA A AUTONOMIA DO MÉDICO EM ESCOLHER O MELHOR TRATAMENTO PARA SEU PACIENTE ???COM A VIGÊNCIA DA NOTA TÉCNICA, NÃO HÁ NECESSIDADE DE MÉDICO REUMATOLOGISTA PARA PRESCREVER NENHUM MEDICAMENTO. POIS, COM A VIGÊNCIA DA NOTA TÉCNICA, O AUDITOR DA REGIONAL DE SAÚDE É QUEM DECIDE QUAL MEDICAMENTO O PACIENTE DEVE UTILIZAR. PORTANTO, CONSIDERO INÚTIL A REVISÃO DO PCDT ENQUANTO ESTIVER A NOTA TÉCNICA !!!!	QUAL A RAZÃO DE ATUALIZAR UM PCDT PARA ARTRITE REUMATOIDE SE EXISTE UMA NOTA TÉCNICA QUE TIRA TODA A AUTONOMIA DO MÉDICO EM ESCOLHER O MELHOR TRATAMENTO PARA SEU PACIENTE ???COM A VIGÊNCIA DA NOTA TÉCNICA, NÃO HÁ NECESSIDADE DE MÉDICO REUMATOLOGISTA PARA PRESCREVER NENHUM MEDICAMENTO. POIS, COM A VIGÊNCIA DA NOTA TÉCNICA, O AUDITOR DA REGIONAL DE SAÚDE É QUEM DECIDE QUAL MEDICAMENTO O PACIENTE DEVE UTILIZAR. PORTANTO, CONSIDERO INÚTIL A REVISÃO DO PCDT ENQUANTO ESTIVER A NOTA TÉCNICA !!!!	
15/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Apesar de o Tofacitinibe ser uma medicação mais nova, todas as diretrizes como a europeia e a americana sugerem ele em falhas ao Dmard sintético, temos já ótima experiencia em casos de pacientes respondedores em primeira linha, antes mesmo do uso de biológicos. Além disso, não são poucos os pacientes que não gostam de medicações injetáveis. Retroceder nisto seria um atraso no melhor manejo do paciente.		
15/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Sim, Medicamentos imunobiologicos e alvo específicos devem ter equivalência na terapia de segunda linha após os DMARDs sintéticos. Pois os diversos estudos mostram não i inferioridade dessas terapias e só o médico responsável por cada paciente está apto nessas circunstâncias para fazer a escolha mais custoefetiva para o paciente.	O medicamento tofacitinibe é não inferior aos imunobiologicos e deveria constar como opção de segunda linha.	
15/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, Não vejo motivo para rediscutir a indicação de tofacitinibe apenas após falha de biológico. Acredito que seja importante opção em falha de DMSRD sintético		
15/04/2019	Paciente	Regular	Sim, Não podemos aceitar q nossos medicamentos seja trocado por biossimilar, pois só quem tem essa doença é q sabe descrever o q sentimos e o descaso que temos até dos médicos peritos...	Perícia médica sempre ficam debochando, dizem q não temos nada mesmo tendo dores horríveis, tem q colocar médicos q entendem nossas deficiências, tanto no aspecto físico, mental e motal	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Extrema necessidade de atualização no pcdt e sem necessidade de priorização por custos.	
15/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Sim ! Na minha experiência com pacientes que não responderam a dmards e combinação desses , o xeljans entra como primeira escolha ! O paciente adere mais fácil , não necessita dos centros de infusões , não apresentam risco de lesão em local de alocação e ainda é uma opção para quem tem pavor de agulha ! Ao meu vê calhaus não pode se opção somente após início de anti tnf		
15/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Usar o Tofacitinibi após falha do DMARD sintético ou combinação deles.		
15/04/2019	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	Sim, Por meio desta Contribuição, a Pfizer sugere alteração textual no Capítulo do PCDT referente à abordagem terapêutica da artrite reumatoide (AR). Considerando as evidências apresentadas, ou seja, 24 estudos de diferentes metodologias (ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e/ou metanálises e evidências de mundo real), além das referências dos consensos nacional e internacionais sobre o tema, o tofacitinibe apresenta padrão de efetividade e segurança similar aos medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) biológicos. De acordo com estes argumentos, a Pfizer sugere que o texto final do PCDT da AR do Ministério da Saúde deva manter o tofacitinibe em 2ª e 3ª linhas de tratamento, em condição de indicação semelhante aos MMCD biológicos. Todas as argumentações sobre este aspecto estão detalhadamente explicadas no documento anexado a este formulário. As referências originais serão protocoladas fisicamente no Ministério da Saúde.	O documento em anexo contém todas as sugestões apontadas pela Pfizer na referida Consulta Pública no sentido de aprimorar, ainda mais, a versão que será consolidada e publicada na sua versão final.	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/04/2019	Secretaria Estadual de Saúde	Boa	<p>Sim, A) CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO ACR E ACR/EULAR NÃO SÃO MAIS OBRIGATÓRIOS Critérios de inclusão: Serão incluídos neste PCDT pacientes maiores de 16 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de Artrite Reumatoide, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença. B) ICAD confusos Uma comissão conjunta da ACR e EULAR definiu remissão da AR como número de articulações dolorosas, número de articulações edemaciadas, níveis da proteína C reativa (mg/dL) e avaliação global do paciente &amp;#8804;1 cada; ou DAS Simplificado &amp;#8804;3.3, 1 de 6 medidas de atividade da doença aprovadas pela ACR?? Essa definição, citado de acordo com a referência 14, é diferente da definição de remissão pelos três ICAD adotados pelo PCDT de AR (CDAI, SDAI, DAS28). Essa informação pode não acrescentar uma informação útil para o PCDT, uma vez que os ICAD utilizados já foram definidos. C) TABELA 2 errada (SDAI) – pág 13. Os valores de corte do SDAI estão incorretos D) TRATAMENTO 1. Esclarecer o que é dose plena: em caso de falha da monoterapia inicial, isto é, persistência da atividade de doença (de acordo com meta terapêutica) após 3 meses de tratamento otimizado (doses plenas) ... 2. Para metotrexato a dose máxima é de 25 mg/semana. Entretanto, de acordo com a bula da maior parte das apresentações de metotrexato, a dose máxima para artrite reumatoide é de 20 mg. 3. Podem ser consideradas como doses plenas (otimizadas) as máximas?: Metotrexato: 20 a 25 mg/semana Leflunomida: 20 mg/dia Hidroxicloroquina: 400 mg/dia E Sulfassalazina? Dose máxima? Faz-se necessário definir dose plena ou otimizada no PCDT. 4. Hidroxicloroquina não pode mais ser utilizada em 1ª linha. Só em caso de falha ou intolerância ao MTX, mesmo assim não recomendada devido a menor efetividade. Texto do PCDT vigente (2017): de acordo com o PCDT, o metotrexato deve ser a primeira escolha terapêutica. Em situações de contraindicação ao metotrexato, a leflunomida ou a sulfassalazina podem ser a primeira opção. Nos pacientes sem fatores de mau prognóstico (casos leves e com menor risco de</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>apresentar erosões ósseas), os antimaláricos (cloroquina ou hidroxiclороquina) podem passar a ser a primeira opção.No novo PCDT, somente o metotrexato é primeira opção de tratamento. Hidroxiclороquina não é recomendada em primeira linha, nem para contra-indicação ao uso de metotrexato. Nesses casos, se mantem o uso de leflunomida e sulfassalazina.5. Associação de metotrexato com leflunomida foi retirada? Pág. 22 – Tinha no PCDT antigo.Texto do PCDT vigente (2017): As associações de MMCD sintéticos recomendadas são metotrexato com antimalárico (cloroquina ou hidroxiclороquina), metotrexato com sulfassalazina, metotrexato com antimalárico e sulfassalazina (terapia tríplice) e metotrexato com leflunomida.Destacamos que a associação de metotrexato com leflunomida é a mais solicitada nos processos de AR atualmente.Solicitamos que seja considerada a manutenção desta associação no novo PCDT em consulta pública. 6.As condutas da nota técnica nº 411/2015 serão mantidas?Todos os biológicos estão listados em segunda linha de tratamento. Poderá realmente ser escolhido qualquer um? Anti-TNF e não Anti-TNF?Obs: Rituximabe somente em casos de contra-indicação a todos os medicamentos biológicos. Necessário esclarecer melhor como ocorrerá a restrição. Indicamos a mudança do medicamento para linha 3 de tratamento. 7.DEVE (2 ETAPA) E SE POSSIVEL (3 ETAPA) ASSOCIAR MMCDSCO texto referente a obrigatoriedade ou recomendação da associação do mmcd sintético convencional ao biológico (ou tofacitinibe) não é tão claro. Na etapa 2 o termo utilizado é “deve ser” e na fase 3 “preferencialmente”. Essas informações dão sentidos diferentes a necessidade ou obrigatoriedade de associação do sintético. Definir qual será mantida. Tornar o texto mais claro.8.DEVE (2) E PREFERENCIAL (3) MTXMesmo caso relatado acima, porém para o uso do metotrexato como mmcd sintético convencional de escolha.9. TRATAMENTO DAS MANIFESTAÇÕES EXTRA-ARTICULARES SERÁ O TRATAMENTO GERAL DA AR? ESSES CIDS SOMENTE CONTEMPLAVAM O TRATAMENTO COM IMUNOSSUPRESSORES. COMO</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			FICAM?Os CID-10 das complicações extra-articulares da artrite reumatoide são:- M05.1 Doença reumatoide do pulmão - M05.2 Vasculite reumatoide Esses CID-10 não contemplam o uso de mmcd biológico. Não há informações sobre o tratamento dessas condições no novo PCDT. O médico deverá manter o CID-10 principal da AR? Para esses CIDs somente estão disponíveis os medicamentos imunossuppressores, os quais estão em desuso de acordo com a proposta de PCDT. Ver página 17.Como será o tratamento e a conduta terapêutica das complicações?		
15/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Gostaria de prescrever qualquer produto após a falha de 2 dmards sintéticos	Nao	
15/04/2019	Secretaria Estadual de Saúde	Muito boa	Não	Com a disponibilização, no SUS, de todos os medicamentos biológicos na mesma etapa biológica, muitas questões são resolvidas, facilitando o acesso de pacientes aos tratamentos disponíveis e minimizando os possíveis impactos decorrentes de descontinuação do tratamento.Pacientes já em tratamento com algum biológico devem continuar com o biológico atual sem ter que passar por fluxos.O médico deve ter a autonomia de sua prescrição, escolhendo a ferramenta farmacológica de acordo com sua avaliação médica.	
15/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Que eu pudesse prescrever qualquer produto após a falha de MTX	Nao	
15/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Pag 64. Questão 18Quando separa o TOFA dos não anti TNF essa resposta sugere que o TOFA viria antes dos não anti TNF, não considero correto, pois necessito de estudos de registroPag 65. Questão 19Raciocinio igual a anterior só que agora TOFA em monoterapiaPag 68. Questão 22Deveria estar na recomendação, EXCETO na vigência de manifestações sistêmica com risco ..... e não apenas nas considerações		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/04/2019	Sociedade médica	Regular	<p>Sim, Primeiramente, a Sociedade Catarinense de Reumatologia como um todo, quer manifestar sua ENORME preocupação frente ao que vem ocorrendo sistematicamente no estado de Santa Catarina que é a renovação da LME por médicos clínicos despreparados e desconhecedores das doenças reumáticas. Temos recebido pacientes EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS de Reumatologia ANOS depois, há vários anos sem revisão de sua doença, com doença ATIVA, não acompanhada pelo médico ESPECIALISTA, REUMATOLOGISTA e tendo perdido a janela de oportunidade para modificação da história natural das doenças reumáticas. Por isto, nós da SCR, SUGERIMOS, que a RENOVAÇÃO DA LME seja OBRIGATORIAMENTE feita pelo médico ESPECIALISTA, reumatologista, pelo menos com intervalo MÍNIMO de 01 (um ano) para MINIMIZAR A EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL destes pacientes de mal prognóstico.2. Sugerimos também que o TOFACITINIBE, novo oral DMARD sintético seja usado como MONOTERAPIA de segunda linha, juntamente com todos os biológicos na segunda linha de tratamento. A literatura pós marketing de 9 anos nos traz segurança para esta conduta. 3. Sugerimos que em casos de PRESENÇA DE FATORES DE MAU PROGNÓSTICO: grande numero de articulações edemaciadas, presença de erosões, fator reumatóide e anti CCP em altos títulos, os biológicos e o tofacitinibe JÁ deveriam ser alocados à falha do MTX.4. Sugerimos que para a troca de biológicos (na vigência de) NÃO deveriam ser exigidos se repetir sorologias, PPD, assim como RX. Isto só onera o país, as instituições, nosso paciente.</p>	<p>Achamos importante este PCDT, porque ao nosso ver ele REVOGA a nota técnica anterior, permitindo ao médico autonomia, como lhe é de DIREITO E DEVER, nos cuidados ao seu paciente, em particular da reumatologia que trata de doenças graves, que evoluem para deformidades e incapacidades, senão adequadamente tratadas.</p>	
15/04/2019	Paciente	Muito ruim	<p>Sim, Sou portadora de AR, faço uso de Biológico e hoje estou bem porquê estou em remissão fazendo uso de um biólogo correto. A decisão do tratamento deve ser tomada pelo médico reumatologista, respeitar soberanamente a decisão do médico. Não me sentiria confortável com a mudança do remédio sem prescrição do meu médico.</p>	<p>A dificuldade de espera de medicação, após o diagnóstico.As LME são devolvidas várias vezes, retardado o tratamento, e prejudicando o paciente que não bem tratado vai desenvolver deformidades, dificultando para o trabalho e quaisquer atividades.</p>	
15/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/04/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	Gostaria que o PCDT de AR seja autonomo, assim dando autonomia de que o Médico Reumatologista tenha plena autonomia na prescrição médica, seguindo os critérios desse protocolo, proporcionando a melhor opção terapêutica de acordo com o perfil do paciente e não por customização.	
15/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, Não incluir tofacitinide como primeira escolha também / tenho tratado pacientes com bom resultado e tem a facilidade da administração oral !		
15/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Ruim	Sim, A opção terapêutica na falha de DMARDs sintéticos deve ser do médico em conjunto com o paciente. Visto os benefícios do tofacitinibe, por exemplo, como opção de tratamento para pacientes com artrite reumatoide, por que esperar pela falha? E além da falha com sintéticos também com biológicos? Penso que o tofacitinibe deve ser opção de segunda linha e não de terceira linha.	Na falha do metotrexato e leflunomida, cabe ao médico decidir qual seria a melhor opção para o seu paciente, focando na realidade daquele indivíduo. Portanto, o tratamento de segunda linha deve incluir o tofacitinibe e os imunobiológicos, cabendo ao especialista em conjunto com seu paciente optar pelo melhor para aquela situação.	
16/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Que eu pudesse prescrever qualquer produto após a falha de MTX	Nao	
16/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
16/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Gostaria que mantivesse o tafacitinib como primeira opção para tratamento de artrite reumatoide não apenas como falha de Anti TNF , por ser um medicamento de menor custo e com boa resposta em alguns casos.	Nao	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/04/2019	Paciente	Boa	Sim, A decisão sobre o tratamento deva ser entre paciente e médico, pois o paciente é quem realmente sente se as medicações prescritas pelo médico estão lhe fazendo efeito, não é justo convivermos 24hs com dores e que nos impossibilitam de ter a chamada qualidade de vida. Não concordo de forma alguma que os pacientes em uso de biológicos sejam trocados para o biossimilar sem prévia autorização médica. Creio que a Sociedade Brasileira de Reumatologia seja respeitada, pois graças a eles encontramos alento para o nosso dia a dia.	Sou portadora a 20 anos de AR. Acho que o paciente deve ser a prioridade considerando que levei 8 anos para fechar diagnóstico na época de AR soro negativo, sendo que até o diagnóstico da doença só fez evoluir e fazer alguns estragos. Ouvi os mais diversos absurdos, como: dores psicológicas, fazer terapia, etc... Vivi com talas no punhos, tipoia nos braços, joelheiras e etc... julgando ser tendinites e afins. Absurdo o que passamos para depois de finalmente termos um diagnóstico e um tratamento que faz sua parte tirar esse direito por simplesmente viabilização de custos e interesses diversos. Deveríamos ser vistos como seres humanos e não cobaias. Com os tratamentos convencionais fui levando até 2017 quando os mesmo já não faziam efeito e começaram os malefícios. A 2 anos comecei o uso de biológico, fiz uso do Golimumabe que não surtiu efeito algum, depois o Adalimumabe que fez efeito imediato e que depois da 5ª dose começou a causar reações e por hora fazendo uso do Abatacept que por enquanto faz efeito e nada de efeitos colaterais, ou seja, como podem ver o paciente (PRIORIDADE) + medico + prescrições devem ser respeitadas pela parte mais interessada. Quanto ao atendimento do SUS e Ministerio da Saude estou a 2 anos esperando contato referente a falta do Golimumabe rrsrs - PROTOCOLO 2474696.	
16/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Limita muito a decisão compartilhada. Tem pacientes que não toleram uso de agulha		
16/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		
16/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Quero poder prescrever tofacitinibe apos falha de dmards sinteticossinteticos	Nao	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	Não vejo necessidade de mudar a recomendação anterior, pela experiência que tenho tido com Tofacitinibe, acredito que ele possa ser mantido como opção à falha aos DMARDs sintéticos e não como opção a falha a terapia biológica. Minha experiência tem sido bastante positiva, com boa tolerância dos pacientes e baixo índice de efeitos adversos com o uso da medicação. Além do mais, a população de AR mais idosa, tem receio ao uso de terapia injetável sendo o Tofa uma ótima opção para esses pacientes.	
16/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Gostaria de ter a liberdade para prescrever os medicamentos que eu julgar melhor para cada perfil de paciente.	Não	
16/04/2019	Empresa	Muito boa	Não		
16/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Favorável ter um biológico oral na falha dos sintéticos	
16/04/2019	Paciente	Boa	Não		
16/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Quem tem AR, acho ela uma doença silenciosa, muitas das vezes não aparece, mas sentimos dores horrendas, médicos peritos do INSS deveriam estudar mais, porque vejo preocupação e muitas das vezes desespero de que. Cai fazer ou fez perícias e não foi respeitado laudos etc, eles só se preocupam quando tem deformidades e muitas das vezes não temos e não conseguimos trabalhar por causa da dor.		
16/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Gostaria que estivessem disponíveis todas classes de biológicos para prescrição como 1a opção		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/04/2019	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Regular	<p>Sim, A BMS sugere as seguintes alterações no texto publicado para o PCDT de artrite reumatoide: Recomendação 7: Sugerimos utilizar MMCDbio anti-TNF + MTX ou MMCDbio não anti-TNF+ MTX ao invés de tofacitinibe + MTX em pacientes com AR de início recente de moderada ou alta atividade da doença, que falharam aos MMCDsc (qualidade da evidência baixa, recomendação fraca)”.A Recomendação 8: Sugerimos utilizar MMCDbio ao invés de Tofacitinibe oral para pacientes com AR de início recente de moderada ou alta atividade da doença, que falharam aos MMCDsc (qualidade da evidência baixa, recomendação fraca)”.Recomendação 12: Sugerimos utilizar MMCDbio anti-TNF+MTX ou MMCDbio não anti-TNF+ MTX ao invés de Tofacitinibe + MTX em pacientes com AR estabelecida de moderada ou alta atividade da doença, que falharam à terapia aos MMCDsc (qualidade de evidência muito baixa, recomendação fraca)”.Recomendação 13. Sugerimos utilizar MMCDbio ao invés de Tofacitinibe em pacientes com AR estabelecida de moderada ou alta atividade da doença, que falharam à terapia aos MMCDsc (qualidade de evidência baixa, recomendação fraca)”.Recomendação 18. Sugerimos utilizar Tofacitinibe + MTX e MMCDbio não anti-TNF ao invés de MMCDbio anti-TNF + MTX em pacientes com AR estabelecida de moderada ou alta atividade da doença, que falharam à terapia aos múltiplos MMCDbio anti-TNF (qualidade de evidência baixa, recomendação fraca)”.Recomendação 19: Sugerimos utilizar Tofacitinibe e MMCDbio não anti-TNF em vez de MMCDbio anti-TNF em pacientes com AR estabelecida de moderada ou alta atividade da doença, que falharam à terapia aos múltiplos MMCDbio anti-TNF (qualidade de evidência baixa, recomendação fraca)”.SOBRE AS RECOMENDAÇÕES DE TRATAMENTO DE 2ª LINHA DE BIOLÓGICO OU MAIS:Sobre os pacientes com AR e resposta inadequada à um primeiro anti-TNF, seguem recomendações de guidelines internacionais:No atual guideline do ACR 2015: “Para pacientes com AR estabelecida: 1) Se a atividade da doença for moderada ou alta apesar de ter tido uma única linha biológica com</p>	<p>Foi publicado no DOU de 15/03/2019, a decisão do CONFAZ (Conselho Nacional de Política Fazendária), que por meio do Convênio 2/2019, altera o anexo do Convênio ICMS 87/2002 para incluir o produto Abatacepte 125mg na lista dos produtos isentos de ICMS. Esta decisão foi ratificada em Ato Declaratório No 4 de 29 de março de 2019 publicado no DOU em 01-abril-2019. Cabe lembrar que a apresentação de Abatacepte 250mg já estava desonerada da incidência do referido imposto.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>TNF, recomendamos condicionalmente o uso de um agente biológico não-TNF. 2) Se a atividade da doença é moderada ou alta, apesar de ter tido uma única linha biológica com não-TNF, recomendamos condicionalmente o uso de outro biológico não-TNF. No entanto, se um paciente tiver falhado em vários biológicos não-TNF e for virgem de anti-TNF com atividade moderada ou alta da doença, recomendamos condicionalmente o tratamento com um TNFi. 3) Para pacientes com atividade moderada ou alta da doença, apesar do tratamento prévio com pelo menos um TNFi e pelo menos um não-TNF-biológico (sequencialmente, não combinados), recomendamos condicionalmente tratar primeiro com outro biológico não-TNF. No entanto, quando um biológico não-TNF não é uma opção (por exemplo, o paciente recusa a terapia biológica não-TNF devido a ineficácia ou efeitos colaterais), recomendamos condicionalmente o tratamento com tofacitinibe”. (Referências: Singh et al. Arthritis Care &amp; Research, 2015. DOI 10.1002/acr.22783). -No atual guideline da Espanha: “O uso de fármacos biológicos não anti-TNF (rituximabe, abatacepte ou tocilizumabe) em pacientes com AR com falha a um primeiro anti-TNF é mais eficaz que o uso de um segundo anti-TNF. Probabilidade de alcançar uma resposta EULAR boa ou moderada (69% vs. 52%; OR 2,06 (IC95%1,27a 3,37) grupo não anti-TNF vs. grupo anti-TNF – evidencia 2++ - Pág 99)”. (Referência: <a href="https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/03/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf">https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/03/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf</a>).SOBRE O TRATAMENTO EM PACIENTES FR e/ou ACPA POSITIVOS:- O atual guideline da Dinamarca recomenda “abatacepte tem a melhor eficácia em pacientes FR e/ou ACPA positivos”. (Referência: <a href="https://danskeumatologi.dk/laegemidler/behandling-med-abatacept/">https://danskeumatologi.dk/laegemidler/behandling-med-abatacept/</a>)- No estudo AMPLE (estudo fase IIIB, internacional, prospectivo e randomizado, de 2 anos, head-to-head) de comparação direta de abatacepte SC versus adalimumabe SC em artrite reumatoide, concluiu-se que abatacepte SC e adalimumabe SC mostraram</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>respostas clínicas, funcionais e radiográficas comparáveis (IC = 95%). (Referência: Michael Schiff et al. Ann Rheum Dis 2013; doi:10.1136/annrheumdis-2013-203843). Porém, em uma análise posthoc do AMPLE, pacientes com as concentrações basais mais elevadas de anti-CCP tiveram melhor resposta clínica com ORENCIA® (abatacepte) SC do que pacientes com concentrações mais baixas, uma associação que não foi observada com o adalimumabe SC. (Referência: Sokolove J, et al. Ann Rheum Dis 2015;0:1–6. doi:10.1136/annrheumdis-2015-20794). Em outra análise posthoc do AMPLE, concluiu-se que há uma maior eficácia de ORENCIA® (abatacepte) SC no perfil de pacientes soropositivos com AR inicial erosiva em comparação com adalimumabe SC. (Referência: R Fleischmann et al. EULAR Annual European Congress of Rheumatology 2017. Madrid, Espanha).A proposta deste novo PCDT de AR não contempla esta questão.SOBRE O TRATAMENTO EM PACIENTES COM AR E DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL:O atual guideline da Espanha recomenda: “Doença pulmonar intersticial: em pacientes com artrite reumatóide e doença pulmonar intersticial difusa que requer tratamento biológico, recomenda-se que o abatacepte seja usado como uma opção mais segura (recomendação de Grau C) – Pág 16”. (Referência: <a href="https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/03/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf">https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/03/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf</a>).A proposta deste novo PCDT de AR não contempla esta questão.SOBRE A RECOMENDAÇÃO DE TRATAMENTO PARA PACIENTES COM INFECÇÃO SÉRIA PRÉVIA: - O mais recente guideline do AC faz recomendações para pacientes de AR com alto risco de comorbidades. Em pacientes com infecção séria prévia, ele recomenda: “Uso de combinação de MMCD convencionais ao invés de anti-TNF. E uso de abatacepte ao invés de anti-TNF”. Esta recomendação é baseada em um estudo que comparou os pacientes que continuaram o anti-TNF depois de uma hospitalização por infecção com pacientes que trocaram para abatacepte. Os pacientes que trocaram para abatacepte tiveram menos risco de hospitalização por</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			infecção subsequente. (Referências: Yun H et al. 2015 Jun;74(6):1065-71. DOI 10.1136/annrheumdis-2013-204011; Singh et al. Arthritis Care & Research, 2015. DOI 10.1002/acr.22783). -O atual guideline da Espanha também faz esta recomendação: "Infecções graves: Em doentes com artrite reumatóide que sofreram uma infecção grave durante o tratamento biológico, recomenda-se a utilização de abatacepte. Se você preferir usar um anti-TNF, o etanercept é recomendado (Recomendação Grau D)". (Referência: <a href="https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/03/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf">https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/03/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf</a> ). A proposta deste novo PCDT de AR não contempla esta questão.		
16/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Nós médicos temos que ter o direito de compartilhar a decisão terapêutica com nosso paciente		
16/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Aumento do tempo de espera para conseguir medicação após mudanças em 2018	
16/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
16/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
16/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, a prescrição médica baseia-se em vários fatores além do custo .	excelente resposta clínica ao tofacitinibe com falha de primeiro DMARD.	
16/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Sou médica reumatologista e tenho muitos pacientes com Artrite reumatoide grave, refratários a vários medicamentos. Acredito que o tofacitinibe deveria ser incluído nas medicações refratárias as drogas modificadoras de doença, já que é o primeiro " biológico" via oral. Sabemos que há vários trabalhos relevantes demonstrando EFICÁCIA E SEGURANÇA da medicação. Acredito que a escolha deve ser compartilhada com o médico e o paciente, mas o paciente deve ter mais essa possibilidade no rol de terapias oferecidas. Cabe ao médico e ao paciente decidir a terapêutica mais adequada em cada situação.		<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Incluir Tofacitinibe em todas as fases do protocolo	Não	
16/04/2019	Paciente	Regular	Sim, Gostaria que a decisão sobre qual imunobiológico eu deva usar, seria decidida pelo médico que me assiste. Porque cada paciente tem suas particularidades, que é analisada pelo seu médico. Ou talvez o SUS disponha de reumatologista para ter esse contato de paciente/médico, que na minha região temos uma dificuldade muito grande de acesso a esse profissional pelo SUS.		
16/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
16/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
16/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, O tofacitinib pode continuar na falhados DmardsSinteticos		
16/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
16/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Que possamos caminhar juntos, sempre no intuito de amenizar, amparar e oferecer tratamento adequado, a todos que sofrem de enfermidades, sejam elas físicas ou psíquicas!	
16/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Acredito que a medida ira beneficiar mais os pacientes	
16/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Penso que o governo deveria propor um preço único aos fármacos biológicos levando em consideração que todos são iguais em eficácia e com isso acabar com a distorção de que alguns distam em preço de outros por apenas poucos reais. Nossa prescrição seria então baseada apenas no perfil de cada paciente.	
16/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
16/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
16/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
17/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito ruim	Sim, Após falha dos DMARDs sintéticos, livre escolha pelo médico da medicação para o paciente de acordo com os protocolos da sociedade brasileira de reumatologia		
17/04/2019	Empresa	Boa	Não	As estratégias terapêuticas deste PCDT estão alinhadas com as prerrogativas da Janssen com relação à integralidade do cuidado e à individualização do tratamento dos pacientes com AR.A Janssen corrobora com a conduta recomendada a respeito:- da possibilidade de livre escolha pela classe médica de um tratamento individualizado e que atenda aos diferentes perfis e necessidades dos pacientes;- do princípio de que o tratamento por meta terapêutica deve levar em consideração a decisão compartilhada entre o profissional de saúde e o paciente, cabendo a este expressar as suas preferências (ex.: vias de administração, intervalos de aplicação e efeitos adversos) para assegurar a sua adesão (p. 14 Relatório de Recomendação CONITEC);- da garantia da manutenção do tratamento vigente no que tange à troca de um MMCDbio por outro MMCDbio ou por um biossimilar, cabendo esta decisão única e exclusivamente ao profissional médico (p. 29 Relatório de Recomendação CONITEC).	<a href="#">Clique aqui</a>
17/04/2019	Paciente	Ruim	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, Que nosso médico seja o único a tomar decisões referentes a nosso tratamento.	Conviver com essa doença é muito difícil, nosso médico reumatologista é quem deve tomar as decisões em relação a nosso tratamento, pois somente ele conhece o quadro clínico de cada paciente. Pedimos ao governo que olhe melhor para nós portadores de doenças crônicas!	
17/04/2019	Paciente	Ruim	Não		
17/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
17/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, Gostaria que meu tratamento fosse decidido pelo meu Reumatologista pois so ele tem a capacidade de decidir sobre meu diagnóstico a melhor forma para o meu tratamento.	Existe muitas dificuldade para o doente com artrite reumatóide ,o governo poderia investir mais em médicos especialistas nessa área e em medicamentos mais eficazes e precisos e que não demore tanto para a decisão do tratamento .	
17/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, Gostaria de ter autonomia junto do meu medico para decidir a linha terapêutica. Gostaria de ter autonomia para decidir a marca do meu medicamento (justo foco algumas marcas não se adaptam bem e as reações colaterais diferem entre eles, São medicamentos muito fortes)	Que levem em consideração os aspectos mencionados pelos pacientes e reumatologistas, a jornada de um paciente com artrite reumatoide é muito difícil. As dores são altamente incapacitantes, medicamentos extremamente caros, sei que algumas vezes eles atrasam para chegar e isso pode fazer com que um paciente em remissão volte a apresentar atividade da doença. Isso é extremamente relevante. Extremamente sério. Por isso, no momento de alterar essa norma de tratamento, levem em consideração os pedidos dos pacientes. Se coloquem no lugar de um paciente com AR.	
17/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, no meu ponto de vista tanto os anti TNFa, quanto os imunobiologicos não anti TNF e o anti JAK (tofacitinibe), possuem indicações plenas e devem estar na fase seguinte a falha de metotrexate e outras DMCD sinteticas convencionais. Preferencialmente associados ao MTX ou no caso do tofacitinibe e o tocilizumabe em monoterapia.	a decisão médica quanto a melhor opção de tratamento para pacientes com comorbidades e outras características tem que ser respeitada.	
17/04/2019	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	Sim, A UCB Biopharma Ltda. agradece a oportunidade de contribuir para a Consulta Pública N° 21 referente à proposta de atualização do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Artrite Reumatoide.Nossa contribuição refere-se a tabela 04. constante na página 47.Consideramos de suma importância a manutenção da tabela 04, página 47, pois a mesma dá visibilidade aos leitores acerca dos custos dos insumos constantes no referido PCDT e essa visão contribui diretamente para o uso racional dos insumos citados e para consequente sustentabilidade do SUS. Acreditamos que conhecendo os custos dos insumos os agentes prescritores terão mais subsídios para escolher a melhor alternativa considerando, além de eficácia e segurança, também aspectos econômicos que favoreçam a sustentabilidade do SUS e assim se possa contribuir para ampliação do acesso dos pacientes a esses caros insumos. Para melhorar a visualização dos custos/aspectos econômicos sugerimos que seja inserida, na tabela 04 - pág 47, uma coluna com o “Custo aciente/ano” pois apenas com o custo unitário, como atualmente encontra-se a tabela 04 no texto em Consulta Pública, o leitor não tem visibilidade ampla dos custos, pois terá que saber a posologia dos insumos citados e fazer as contas, e por não ter essa visibilidade completa poderá fazer inferências incorretas e assim continuar onerando, desnecessariamente, o SUS.OO documento com o cálculo anual de tratamento encontra-se em anexo.		<a href="#">Clique aqui</a>
17/04/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/04/2019	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	Sim, Contribuição à Consulta Pública Nº 21/2019 referente à Proposta de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Artrite Reumatoide. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS/CONITEC. Agradecemos a oportunidade de contribuir para a Consulta Pública Nº 21 referente à proposta de atualização do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Artrite Reumatoide. Neste sentido, nossa contribuição busca ratificar as informações que constam em bula sobre amamentação e lactação, bem como apreciação da recomendação de certolizumabe pegol para gestantes e lactantes caso clinicamente necessário. Conforme contribuição em anexo a esta consulta pública.		<a href="#">Clique aqui</a>
17/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Não	
17/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Que seja considerado as recomendacoes SBR; Que seja respeitada a decisao medico/paciente; Que o medico possa decidir melhor conduta tratamento; Que os pacientes em uso de biologicos nao sejam torcados por biossimilar sem autorizacao medica; Que a prescricao medica seja respeitada.	Dificuldade de conseguir passar com medico especialista, demora em exames e diagnosticos, falta de medicamentos em farmacia de alto custo. Precisamos de mais agilidade em conseguir atendimento medico.	
17/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
17/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
17/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Não	
17/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, No tratamento de segunda linha entendo que o tofacitinibe já possui experiência de uso e perfil de segurança adequado para que possa ser usado sem desnivelamento junto aos MMCDbio. Portanto, na página 15, substituiria o trecho onde menciona-se " O Tofacitinibe possui perfil de efetividade semelhante ao MMCDbio, contudo, possui menor experiência de uso e seu perfil de segurança a longo prazo ainda não está bem estabelecido, motivo pelo qual o presente protocolo coloca como preferencial o uso de MMCDbio." por: " Como tratamento de segunda linha, após falha de dois esquemas com MMCDsc, pode ser usado um MMCDbio ou um MMCDsae (tofacitinibe), sem diferenciação, preferencialmente associados a um MMCDsc".		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, O progresso no tratamento da artrite reumatoide da ultima década com terapia biologica parece que irá ter a década virada pois o advento e alternativa de tratar estes pacientes com inibidores da sinalização intracelular (Inibidores do JAK) deve substituir a opção de oferecer aos pacientes que possam reduzir a atividade clinica da doença não mais com injeções semanais, quinzenais ou mensais com medicamentos orais de iguall eficacia. Dados de literatura e do nosso grupo ja mostraram que a sobrevivencia da terapia biologica independente do mecanismo de ação varia e que pelo menso 50 por cento dos pacientes com artrite reumatoide necessitam mudança no biologicamente inicialmente prescrito.Os estudos com inibidores do JAK parecem não sofrer deste cenário de perda de resposta somos um apoaidor da opção que falha aos DMARDs sinteticos devam migrar para inibidores da JAK e cotrarios que sejam recomendados após o uso de biologicos. Recomendação e uma combinação de evidencia clinica associado a avaliação de formadores de opinião e deixo aqui minha avaliação que os inibidores da sinalização intracelular devem seguri sequencialmente após falha dos DMARDs sintéticos.	veja o artigo Retention rates of infliximab and tocilizumab during a 3 year period in a Brazilian hospital de minha autoria Einstein 2013.	
17/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
17/04/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
17/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Acredito que é uma perda significativa deixar o tofacitinibe em segunda linha do tratamento de AR		
17/04/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Que os biológicos NÃO sejam trocados por biossimiares. Que os medicos em conjunto com o paviente possam decidir a evolução do tratamento.	Receber os medicamentos pelo SUS é extremamente importante devido ao seu alto custo. Não sei nos outros estados, mas no Rio de Janeiro tem sido desafiador retiar a medicação. A cada mês e retiro a medicação para imha mãe fico 3hs, já cheguei ficar até 5hs na farmácia para conseguir pegar a medicação( a desculpa é sempre que o sistema Hórus é lento). Mas isso é um desrespeito com tutores que faltam seus trabalhos para retirar a medicação e também com os pacientes doentes que ficam em durante horas em um.local desconfortável para retirar a medicação. Isso pooderia melhorar.	
17/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Queria que a proposta de tratamento médico fosse respeitado por que o médico Reumatologista que trata a pessoa que tem o poder de decidir qual e o melhor remédio utilizado pelo paciente!	Não consegui o remédio no alto custo por que eles não concordam com a conduta médica da minha Reumatologista	
17/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Que não falte medicamento de alto custo para os pacientes.	?	
17/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, manter o pcdt atual que possibilita o uso de tofacibinide para pacientes não responsiveis ao dmards sinteticos e aos dmards biologicos	por ser terapia oral tras beneficios de adesão melhor torelabilidade e redução de custo	
17/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
17/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
17/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
17/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Entendo que o uso do biológico deva ser decisão médica, considerando a individualidade de cada paciente e experiência do médico, único capacitado para tal decisão. dispensando especialmente a participação de não médicos para definir e censurar esta conduta médica.Sou também favorável a que todos os agentes anti tnf devam estar alinhados como primeira opção após falha de drogas modificadoras, assim como o anti jak		
17/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
17/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, AS INDICAÇÕES DO PRODUTO DEVEM SER BASEADOS SOMENTE NOS RESULTADOS CIENTIFICOS QUE FORAM IGUAIS AOS MEDICAMENTOS JA UTILIZADOS, PORTANTO PODENDO SER INDICADO COMO PRIMEIRA LINHA DE TRATAMENTO.		
17/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, Tocilizumabe pode ser liberado para uso em outras formas de AIJ além da sistêmica. Interleucina 1 (Canaquinumabe) podem ser incluídos para o tratamento da AIJ sistêmica. Já consta em bula desde 2015 Tocilizumabe subcutaneo pode ser liberado para uso em criança e adolescente. As doses em crianças podem variar dentro de um espectro maior do que em adultos. Outras drogas com estudos em crianças que podem ser incluídas: golimumabe, certolizumabe, abatacepte (Já consta em bula para uso em criança) , tofacitinibe, rituximabe.		
17/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Deixar mais claro que o tofacitinibe pode ser usado como segunda linha de tratamento, conforme escrito no corpo do texto, porém não demonstrado nos fluxogramas de tratamento.	Não	
17/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
17/04/2019	Sociedade médica	Muito boa	Não		<a href="#">Clique aqui</a>
17/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não	Que os biológicos para AR sejam todos primeira linha , incluindo tofacitinibe	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Fundamental a consulta com o especialista da reumatologia e a definição do melhor tratamento para o paciente. Quem decide é o médico com seu paciente não a farmácia.	Informar melhor a população com relatório adequado não somente técnico pois a maioria é leiga e precisa saber bem do que se trata para efetivação fazer seu tratamento.	
17/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, APÓS 2 ESQUEMAS TERAPÉUTICOS DE 1ª LINHA, PODE SER UTILIZADO O TOFACITINIBEOU MMCDbio, deixando a critério do médico assistente esta escolha.	Além da dificuldade do armazenamento dos MMCDbio, existem pacientes que tem pavor de medicamentos injetáveis, o que nos leva a ter mais uma opção de tratamento para os portadores de AR.	
17/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, O medicamento tofacitinibe está indicado na falha de dmards orais.		
17/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não		
17/04/2019	Paciente	Boa	Não		
17/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
17/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Gostaria de comentar que estou respondendo muito bem com o meu tratamento para Artrite Reumatóide.	
17/04/2019	Paciente	Regular	Sim, Gostaria que os médicos reumatologistas pudessem opinar qual o melhor tratamento para nós pacientes pois somente o médico é que pode seguir o melhor tratamento para cada indivíduo.	Que nas farmácias de alto custo tivesse um atendimento mais ágil pois ficamos horas aguardando a retirada da medicação quando tem e que o governo não permitisse que falte os medicamentos pois para nos que temos a doença não podemos esperar. A dor não espera.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/04/2019	Paciente	Regular	Sim, Que seja respeitado a decisão compartilhada entre médico-paciente; Que os biológicos não sejam trocados por biossimilares sem autorização médica.	Foi muito difícil chegar ao biológico , passei por várias medicações por quase cinco anos, isso sem contar a difícil jornada de poder receber o biológico , hoje faço uso do biológico que graças a Deus me tirou das muletas. Por isso que se deve da liberação logo assim que o médico a prescreve para seus pacientes( lógico seguindo os protocolos de exames exigidos), porque muitos desses pacientes já se encontram em um grau muito avançado de limitações. E que tivéssemos um acesso mais fácil e rápido as farmácias de alto custo, e que nada seja deciso sem a opinião do médico e do paciente que é o mais interessado em uma melhor qualidade de vida , que o biológico trouxe para todos nós, inclusive eu me enquadro nisso.	
17/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Que seja considerado as recomendações de tratamento da Sociedade Brasileira de Reumatologia e seja respeitada a decisão compartilhada entre o médico e o paciente, Que o médico possa decidir qual a melhor linha de tratamento conforme a necessidade clínica do paciente, Que os pacientes em uso de biológicos não sejam trocados para o biossimilar sem autorização médica, Que a prescrição médica seja respeitada.	Fui diagnosticado com AR há dois anos, iniciei o tratamento com Metratexado, quando fiquei mal novamente o médico incluiu Leflunemida e sulfato de hidroxicloroquina, passei mais um tempo com muita dor e com muita dificuldade para caminhar. Em Fevereiro 2018 meu Reumatologista finalmente receitou Tofacitibe. Passei quase um ano sofrendo com muita dor por ter que seguir os protocolos, quando poderia ter tomado direto este novo medicamento que estou retirando agora na farmácia do SUS e passei a ter uma vida normal. a primeira retirada neste mês de Abril 2018 e entrei com os documento na farmácia em Fevereiro, poderiam ter mais agilidade em liberar os medicamentos. Este medicamento me fez ter uma vida normal novamente e a falta dele poderá acarretar novamente internações hospitalares desnecessárias que tive no último ano.	
17/04/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, O uso do tofacitinibe como segunda linha na falha de dois DMARD sintéticos sem a necessidade de prescrever um imunobiológico antes.		
17/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, Em relação ao uso de DMARD sintético alvo específico ser usado apenas após falha do DMARD biológico. Conforme evidências, há indicação de uso de DMARD sintético alvo específico OU biológico como medicações de segunda linha, sem prioridade para um ou outro, após falha de ao menos 2 DMARDS sintéticos convencionais		
17/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Somos pacientes com sérias limitações por causa das deformidades articulares e principalmente com vários focos de dores por causa das inflamações. Alguns de nós necessitam de cuidadores. Seria importantíssimo se pudemos receber a nossa medicação pelo correio em nossos endereços. Com vantagens incalculáveis não tendo intermediários entre fabricante e paciente.	Quem tem dor, tem presa.	
17/04/2019	Interessado no tema	Boa	Não		
17/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		
17/04/2019	Paciente	Ruim	Não	Quem deve prescrever o medicamento é o médico. Conforme dados de cada paciente.	
17/04/2019	Paciente	Regular	Sim, Acho que quem deve indicar o tratamento adequado é o reumato, porque ele está em contato e sabe do histórico do paciente. Também acho que os critérios sejam de acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia.	Acho que os biológicos não podem ser trocados pelos biossimilares sem conhecimento do médico que atende ao paciente, porque às vezes os biossimilares podem não atenderem ao tratamento desejado.	
17/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Gostaria que os médicos tivessem livre escolha de conduta para os pacientes com AR ,cada paciente tem características próprias de doença e devem receber o medicamento mais adequado para cada quadro clínico apresentado.Gostaria que fosse retirada a obrigatoriedade do uso de Infliximabe,Certolizumabe ou Adalimumabe antes de outros imunobiológicos		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
17/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, O INIBIDOR DE RECEPTOR ESPECÍFICO Jakk deveria ser incluído como segunda linha		
17/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Incluir o Tofacitinibe como opção após falha de DMARDS sintéticos.		
18/04/2019	Paciente	Boa	Sim, Que o médico possa decidir qual a melhor linha de tratamento conforme a necessidade clínica do paciente. E a prescrição médica seja respeitada.	Para que o tratamento realmente possa ser eficaz, é muito importante que o paciente tenha acesso aos medicamentos prescritos pelo seu reumatologista.	
18/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Não	A BUROCRATIZAÇÃO DE RELATORIOS E QUESTIONARIOS A SEREM PREENCHIDOS NA RENOVAÇÃO DO FORNECIMENTO DE FARMACO DE PACIENTES JÁ EM USO POR LONGO PERÍODO E COM QUADRO DE SUA PATOLOGIA BASE ESTABILIZADA ATRAZA O PREENCHIMENTO DE TODOS OS PROTOCOLOS EXIGIDOS E FAZ COM QUE O PACIENTE PERCA A RENOVAÇÃO NO PRAZO. A DIFICULDADE DO PACIENTE TER ACESSO SO SUS PARA REALIZAR OS EXAMES E A DEMORA DA ENTREGA DOS RESULTADOS É OUTRO PROBLEMA AOS MENOS FAVORECIDOS FINANCEIRAMENTE O QUE PREDISPÕE OSCILAÇÕES DA DOENÇA E FACILIDA A REAGUDIZAÇÃO E A IMUNOGENICIDADE SENDO OBRIGADO A SUBSTITUIR O FARMACO POR OUTRO	
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Médico que precisa definir como deve seguir o tratamento		
18/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Não tenho conseguido pegar minha medicação de auto custo ta em falta desde fevereiro.		
18/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, “Após falha de dois esquemas com MMCDsc, pode ser usado um MMCDb ou um MMCDsae, preferencialmente associados a um MMCDsc”	Favor analisar revisão do PCDT realizado pela Comissão Científica da Sociedade Paranaense de Reumatologia em anexo	<a href="#">Clique aqui</a>
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Secretaria Municipal de Saúde	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Que os pacientes com doenças reumáticas tivessem direito a um tratamento digno pelo sus		
18/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, O protocolo de tratamento não pode ter uma ordem de custo e sim.deve ser relativo a necessidade do paciente. Hoje tenho qualidade de vida após uso do biológico, mais sofri muito antes de chegar ao biológico fazendo uso do tratamento convencional		
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, apos falha , liberdade de prescricao de tofacitinibe ou biologicos de escolha	manutencao do protocolo atual	
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Respeito a prescrição médica.Respeito entre profissionais e pacientesAcessibilidade aos médicos por rede sus	Gostaria de atendimento humanizado para nós pacientes. Mais médicos para tal atendimentoRespeito a lei de cotas para concurso públicoEu só consigo os medicamentos, quando tem. Não tenho atendimento do médico pela rede SUS.	
18/04/2019	Paciente	Boa	Sim, O que tenho a falar é sobre a falta de medicamentos que acontece no SUS.Eu retiro o Abatacepte (de 250 mg) na farmácia do Glicério (São Paulo) e já estou dois meses sem retirar e ainda sem previsão nenhuma de chegada do remédio.Faço infusão e fiquei sem dar continuidade no tratamento por existir essa falta de medicamentos. Isso não pode continuar acontecendo. Peço que corrijam e reforcem atenção nesse problema.	Esse aspecto da Falta de medicamentos é o principal problema, fora isso não tenho nada a declarar.	
18/04/2019	Paciente	Boa	Não	Gostaria que o nosso governo olhasse com um pouco mais de carinho para os nossos doentes pois trabalhamos muitas vezes com dores pagamos nossos impostos e quando precisamos é muito difícil de conseguir os medicamentos de alto custo pois se estamos pedindo algum medicamento é porque realmente precisamos	
18/04/2019	Paciente	Boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Ruim	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Paciente	Boa	Não		
18/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Utilização de imunobiológico adequado para cada tipo de paciente conforme seu quadro clínico e gravidade e não por uma tabela a ser seguida pela imposição do governo		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Que depois o medicamento também seja disponibilizado ao paciente para ele conseguir fazer o tratamento	Falta de medicamentos no RS para tratar artrite reumatóide	
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, 1) Que seja considerado as recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia;2) Que seja respeitada a decisão compartilhada entre o medico e o paciente;3)Que o medico possa decidir qual a melhor linha de tratamento a ser oferecida , conforme as necessidades do paciente;4) Que os pacientes em uso de biológicos nao sejam trocados para o biossimilar sem autorização medica e do paciente;5) Que a prescrição medica seja respeitada.	Tenho uma longa jornada com a Artrite Reumatoide, como inicio em 1996, passei nove anos com deformações e dores terríveis por falta de diagnostico, em 2005 veio o resultado de AR, sou soro negativa, fiz uso de varios medicamentos sem sucesso, apos iniciar o tratamento com os biologicos foi que tive melhora.Atualmente faço uso do Etanercept 50mg de 7 x7 dias e me sinto bem.Diante disso, reforço a importancia para o paciente ter acesso ao medicamento indicado pelo seu medico.Se o medicamento nao fosse fornecido pelo SUS eu nao teria como adquirir e certamente estava condenada a uma cadeira de rodas.O SUS precisa ser reestruturado para que possa assistir a todos os que necessitam de ajuda, espero que os nossos governantes tenha consciencia para observar a demanda das farmacias de alto custo, para que estas possam atender a população necessitada.	
18/04/2019	Paciente	Regular	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, Várias questões que teria a sugerir já foram contempladas por documento oficial da Sociedade Brasileira de Reumatologia, em especial a inclusão o uso de combinação de MMCDsc também como primeira opção, da combinação de MTX+LEF e do uso do tofacitinibe, bem como do recentemente aprovado baricitinibe, na segunda linha de tratamento.O que gostaria de acrescentar é em relação a dosagem recomendada de infliximabe, na Tabela 3, que está fixa em 3mg/kg. É fato que para muitos pacientes essa dosagem é insuficiente, e está já previsto na bula do medicamento o uso até 10mg/kg a cada 8 sem ou 3mg/kg a cada 4 semanas. Nossa experiência aponta que é mais custo-efetivo permitir esse aumento de dose, do que considerar como falha ao tratamento aqueles pacientes com resposta parcial (não atingiram a meta terapêutica). Esses pacientes acabam sendo trocados para outro medicamento, cuja resposta também não está assegurada, resultando em um aumento do custo global. Atualmente já fazemos esse ajuste em vários pacientes, mas no SUS há muita dificuldade por causa dessa limitação de dose.Ref Ann Rheum Dis 2007 66:1233; Ann Rheum Dis 2011 70:1208		<a href="#">Clique aqui</a>
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Regular	<p>Sim, O Grupo de apoio ao paciente reumático de Ribeirão Preto e Região Grupos/Encontrar, junto com a rede paulista de associações de pacientes, vem expressar sobre a ótica dos pacientes, às observações e necessidades de correções e/ou revisão da redação da presente proposta de atualização do PCDT de Artrite Reumatoide. Consideramos que para o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Artrite Reumatoide do Ministério de Saúde, ser integralmente apoiado na melhor evidência científica, o mesmo deve considerar as recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide, pois apesar da citação no relatório de recomendação da Conitec, referindo que considerou a recomendação da Sociedade Brasileira de Reumatologia, encontramos divergências de abordagens terapêuticas que podem impactar o acesso aos medicamentos elencados na proposta de atualização do PCDT de AR, são elas: Na página 14, o metotrexate está indicado como preferencial na 1ª linha terapêutica, no entanto na página 20 somente está disponível o metotrexato em comprimido, e conforme aponta a Sociedade Brasileira de Reumatologia em seu Posicionamento da SBR sobre a Proposta de Atualização do PCDT de AR, objeto de sua contribuição nessa consulta pública. O metotrexato injetável deve ser disponibilizado como uma opção terapêutica no elenco de fármacos disponibilizadas por este PCDT, por ser um medicamento de extrema relevância para a gestão da artrite reumatoide e até mesmo por ser custo-efetivo segundo as análises econômicas, é importante ser disponibilizado nas duas vias de administração oral e injetável, portanto o item 8 da proposta do PCDT de AR deve ser reavaliado e incluído o metotrexato injetável. Conforme apontado no posicionamento de recomendação da SBR, o uso da tripla terapia com MMCDsc deve ser "excepcionalmente indicados, para pacientes com atividade da doença moderada ou alta, particularmente naqueles com artrite reumatoide inicial e/ou fatores de mau prognóstico, poderá ser utilizada terapia dupla ou tripla com MMCDsc como primeiro esquema de tratamento". Sobre</p>	<p>Ressaltamos a importância de constar nesse pcdt as regras de intercambialidade entre produtos biológicos e biossimilares. Relevante considerar também a indisponibilidade de centros infusionais do sistema público de saúde, pois com a chegada dos medicamentos biossimilares, os programas de suporte ao paciente dos medicamentos biológicos deixaram de existir e não existe por parte da indústria nacional e os produtores de PDP nenhum planejamento para dar suporte a esses pacientes e os mesmos que já não contam com uma linha de cuidado farmacêutico, não receberam a mínima instrução de como deve ser usado os produtos subcutâneos e não terão onde realizar as infusões de medicamentos biológicos/biossimilares. Precisamos implementar a linha de cuidado farmacêutico para os pacientes de artrite reumatoide em todo o Brasil para que possamos usar de forma equilibrada os medicamentos de alto custo fornecidos no SUS.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>a ótica do paciente e a realidade da qualidade da assistência farmacêutica, o paciente em uso de terapia tripla aumenta a sua necessidade de ser acompanhado pelo farmacêutico, diversos riscos podem estar aumentados ao utilizar 3 MMCDsc e o paciente do SUS não tem acesso livre e imediato ao médico reumatologista ou até ao médico clínico geral. Nas farmácias de alto custo são fornecidos medicamentos sem o mínimo cuidado farmacêutico, pacientes não são orientados sobre o uso seguro de medicamentos, dessa forma a tripla terapia aumenta a exposição do paciente e ressalta a maior necessidade de implementar no SUS a linha de cuidado farmacêutico, para que somente dessa forma tratamentos com combinação de medicamentos desse padrão possam ser devidamente monitorados. Na página 15 o medicamento Tofacitinibe é mencionado na lista de segunda linha, como medicamento biológico, ressaltamos que este medicamento não é biológico e deve ser definido na linha terapêutica elencado como a sua equivalência de classe, pois isso pode causar grandes confusões no balcão da farmácia de alto custo, devendo ser definida adequadamente a classe terapêutica do qual pertence - MMCD sintético alvo-específico. Ainda sobre o tofacitinibe compreendemos que segundo o fluxograma da página 19 e as definições das linhas terapêuticas das páginas 15 e 16, não está claro o momento em que os medicamentos MMCD sintético alvo-específico devem ser introduzidos no tratamento da artrite reumatoide. Não compreendemos se ele entra como segunda-linha ou se ele deve ser considerado uma terceira linha após a falha do uso de medicamentos biológicos. É importante ressaltar que do ponto de vista de vida real e de qualidade de assistência farmacêutica com a ausência de linha de cuidado farmacêutica na maioria dos estados brasileiros, os medicamento tofacitinibe e os demais dessa linha, por exemplo, o baracitinibe e o upacitinibe que são medicamentos novos MMCD sintético alvo-específico (baracitinibe já registrado no Brasil e não considerado neste PCDT e o Upacitinibe em fase de registro), não são considerados com a devida importância como segunda</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>linha terapêutica, pois o paciente com menor grau de instrução e capacidade de auto-cuidado, será beneficiado com o uso destes tipos de medicamentos, pois muitas vezes temos pacientes em regiões de difícil acesso e até mesmo, com intensa dificuldade de fornecimento regular de energia elétrica, e que não possuem condições de utilizar medicamentos biológicos, logo, os MMCD sintético alvo-específico são de grande relevância social como oportunidade de entrar com regras claras e objetivas como opção na segunda linha terapêutica, pois observamos que o MMCDbio e o MMCD sintético alvo-específico estão elencados na mesma linha terapêutica, sem distinção de sua classe terapêutica e definição adequada das diretrizes de utilização. As linhas terapêuticas trazem incoerências na disponibilidade dos medicamentos, podemos observar isso claramente também com o medicamento rituximabe que entra na terceira linha terapêutica (página 15) "o uso do rituximabe deve ser reservado somente aos indivíduos com contra-indicação absoluta a todos os MMCDbio anti-TNF e também ao abatacepte e tocilizumabe", essa forma de disponibilidade impossibilita a adequada utilização de rituximabe, especialmente como é apontado pelo posicionamento da SBR, "exclui os pacientes que já utilizaram todos os demais MMCD biológicos, mas que apresentaram respostas clínicas insuficientes", "exclui também ou retarda injustamente o acesso ao rituximabe aos pacientes com indicação específica como nos casos de vasculares reumatoide grave, ceratite ulcerativa periférica, sobreposição com outras doenças reumáticas, como ao lúpus eritematoso sistêmicos". A não possibilidade de utilizar o rituximabe nesses casos, restringe o acesso o uso adequado de rituximabe, consideramos que este item também seja revisto na linha terapêutica e nas diretrizes de utilização. Na página 29, no trecho "Para início de tratamento e nas substituições terapêuticas, exceto em casos onde haja contra-indicação, não há preferência por um MMCDbio frente a outro, uma vez que todos possuem efetividade clínica semelhante. A administração dos MMCDbio,</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>deverá ser realizada em centros de referência para aplicação, com vistas à maior racionalidade do uso e ao monitoramento da efetividade desses medicamentos. A troca de um MMCDbio por outro MMCDbio ou por biossimilar em paciente que vem respondendo adequadamente à terapia deve ser realizada de acordo com prescrição médica, devendo ser garantida a manutenção do mesmo tratamento sempre que possível" A descrição "A troca de um MMCDbio por outro MMCDbio ou por biossimilar em paciente que vem respondendo adequadamente à terapia deve ser realizada de acordo com prescrição médica, devendo ser garantida a manutenção do mesmo tratamento sempre que possível", não deixa claro quais são as possibilidades em que este medicamento pode ser trocado pelo sistema público de saúde, pois o termo "sempre que possível" não é transparente com os critérios que definem essa possibilidade, devendo ser a intercambialdiade definida por critérios clínicos de segurança e não pela possibilidade do sistema econômico de compra de medicamentos. Assumindo a premissa de que medicamentos biológicos não são idênticos e podem promover diferentes reações imunogênicas, assim como a falta de evidências robustas que suportem a intercambialidade entre estes produtos, principalmente a alternância repetida entre eles, nos preocupa a substituição automática na origem da dispensação ou administração do medicamento, sem que haja conhecimento nem autorização do médico responsável pelo paciente. Em julho de 2017 a ANVISA publicou uma Nota de Esclarecimento afirmando que a intercambialidade relaciona-se mais com a prática clínica do que com órgãos regulatórios, sendo de extrema importância o acompanhamento do paciente através da farmacovigilância. Segundo esta nota, "A ação regulatória para o registro de um biossimilar deve se ater à comprovação da comparabilidade em termos de qualidade, eficácia e segurança, incluindo a avaliação de imunogenicidade." Além disso, afirmam também que "a GPBIO (Gerência de Avaliação de Produtos Biológicos) entende que a política e diretrizes sobre substituição e</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>intercambialidade entre produtos biossimilares e o produto biológico comparador deverão ser definidas pelos médicos prescritores e pelo Ministério da Saúde."Na prática diária é sabido e notório o pouco, ou quase nulo, poder que o médico tem para garantir que sua prescrição seja respeitada pela fonte pagadora. Conseqüentemente o paciente receberá o medicamento que tenha sido comprado, não importando se é o do mesmo fabricante que costumava utilizar, tampouco se este paciente está estável com sua terapia. Este cenário vai de encontro à própria nota, uma vez que consta da mesma a afirmação de que "A GPBIO também entende não serem adequadas múltiplas trocas entre produtos biossimilares e o produto biológico comparador, ficando a rastreabilidade e monitoramento do uso bastante dificultados nestes casos". Em outras palavras, a entidade reguladora entende ser inadequada uma prática que involuntariamente endossou quando não limitou o poder do Ministério da Saúde sobre a troca dos medicamentos. As múltiplas trocas já são uma realidade no país, dessa forma sobre a ótica do paciente e da necessidade de manter o uso racional e seguros de medicamentos biológicos e biossimilares no âmbito do sistema público de saúde é de extrema importância e responsabilidade social que o PCDT de AR traga regras claras, seguras e bem definidas de intercambialidade. Levando em consideração que própria ANVISA não recomenda múltiplas trocas, dessa forma, solicitamos que seja revisto esse trecho do PCDT de AR e que seja criado uma redação que venha trazer instruções normativas para o fornecimento e monitoramento de MMCD biológicos e biossimilares. Na página 14, a decisão compartilhada entre o profissional de saúde e o paciente é mencionada como um princípio a ser seguido "princípio do tratamento por meta terapêutica é estabelecer uma meta para os sintomas, levando em consideração decisão compartilhada entre o paciente e o profissional de saúde, podendo ser repactuada ao longo do seguimento. O paciente deve expressar suas preferências (ex.: vias de administração, intervalos de aplicação e efeitos adversos) para garantir sua</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>aderência. Deve-se observar sempre o balanço entre custos e benefícios, facilidade de acesso, condições de armazenamento (ex.: refrigeração x via oral), disponibilidade de centros de infusão e educação do paciente".O texto remete às tomadas de decisões centradas no paciente, para que seja conquistado o êxito do tratamento por meio da adesão integral do paciente, no entanto, a recomendação de atualização deste PCDT ao definir as linhas terapêuticas, não deixa claro como deve ser a prescrição médica e de que forma o paciente e o médico podem ter garantias de que essa decisão compartilhada, será respeitada com base na prescrição médica ?As linhas terapêuticas devem ter critérios de passagem por cada etapa mais claros, permitindo à possibilidade de ser praticada a decisão compartilhada, pois dentro do sistema que temos atualmente de compra de medicamentos, seguidos das linhas terapêuticas deste PCDT, fica bastante difícil acreditar que será respeitada a decisão compartilhada entre o profissional de saúde e o paciente, pois as evidências de vida real, com decisões de fornecimento e gerenciamento da doença pautadas pelo que a Conitec chama de "custo-minimização", tem trazido descumprimento da prescrição médica, por exemplo, quando em alguns estados o MMCD biológico tem sido trocado pelo MMCD biossimilar.Para que a decisão compartilhada entre o profissional de saúde e o paciente sejam efetivas e conquiste o alvo da adesão e da remissão da doença é preciso que este presente PCDT seja atualizado resguardando o direito de respeito a prescrição médica de definir segundo as evidências científicas e a necessidade do quadro clínico + a decisão compartilhada, qual é o melhor medicamento para ser usado, com a dose certa, a regularidade de fornecimento correta e no tempo certo.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, O tofacitinibe é uma medicação que, na minha opinião, deve ser incluído após falha de DMARDs e não deve ser preterido ao uso de Anti-TNFs. Ele é uma medicação segura (mais de 10 anos de experiência nos Estados Unidos), de menor custo, quando comparado a muitos anti-TNFs, com um bom perfil de segurança em razão da meia-vida muito mais curta e de muito mais fácil uso e manuseio. Vimos na prática que muitos pacientes têm grandes dificuldades em armazenar e transportar os medicamentos biológicos injetáveis. O tofacitinibe, por ser via oral, não apresenta esses problemas.		
18/04/2019	Empresa	Regular	Sim, Segue proposta do texto na Seção 10 - Gestão e Controle Substituir o texto: De: A troca de um MMCDbio por outro MMCDbio ou por biossimilar em paciente que vem respondendo adequadamente à terapia deve ser realizada de acordo com prescrição médica, devendo ser garantida a manutenção do mesmo tratamento sempre que possível. Para: A troca de um MMCDbio por outro MMCDbio ou por biossimilar em paciente que vem respondendo adequadamente à terapia deve ser realizada de acordo com prescrição médica, suportada por evidência científica.		
18/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Manter uso de Xeljanz como segunda ou terceira linha de tratamento para artrite reumatoide	Sim. Está mais do que comprovado, tanto na literatura médica como na experiência clínica o benefício da medicação Xeljanz no tratamento da artrite reumatoide. Dessa forma, seu uso como segunda ou terceira linha de tratamento deve ser a proposta.	
18/04/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Regular	Não	Sugerimos a Conitec incluir regras de fornecimento, dispensação e monitoramento na utilização de medicamentos imunobiológicos, para que a intercambialidade entre os produtos biológicos e biossimilares não venham interferir no padrão de segurança do tratamento da artrite reumatoide. Solicitamos a leitura do anexo.	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, - ACREDITO QUE TODAS AS OPÇÕES DE TRATAMENTO DEVEM SER DE ESCOLHA DE DECISÃO COMPARTILHADA ENTRE O MEDICO E O PACIENTE AVALIANDO O PERFIL CASO A CASO- ACHO MUITO IMPORTANTE A INCLUSAO DE METOTREXATE SUBCUTANEO - ACREDITO TAMBEM QUE O USO DOS INIBIDORES DA JAK, COMO O TOFACETINIBE, DEVEM ESTAR DISPONIVEIS PARA USO EM PACIENTES VIRGENS DE BIOLOGICIO, APOS FALHA DE METOTREXATE, POR EXEMPLO, JA EM SEGUNDA LINHA DE TRATAMENTO DEVIDO AO BOM PERFIL DE SEGURANÇA , FACILIDADE NA POSOLOGIA E MEIA VIDA CURTA	ACREDITO QUE TODAS AS OPÇÕES DE TRATAMENTO DEVEM SER DE ESCOLHA DE DECISÃO COMPARTILHADA ENTRE O MEDICO E O PACIENTE AVALIANDO O PERFIL CASO A CASO- ACHO MUITO IMPORTANTE A INCLUSAO DE METOTREXATE SUBCUTANEO - ACREDITO TAMBEM QUE O USO DOS INIBIDORES DA JAK, COMO O TOFACETINIBE, DEVEM ESTAR DISPONIVEIS PARA USO EM PACIENTES VIRGENS DE BIOLOGICIO, APOS FALHA DE METOTREXATE, POR EXEMPLO, JA EM SEGUNDA LINHA DE TRATAMENTO DEVIDO AO BOM PERFIL DE SEGURANÇA , FACILIDADE NA POSOLOGIA E MEIA VIDA CURTA	
18/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não	A escolha do imunobiologico deve ser feita pelo medico reumatologista em decisao compatilhada com o paciente respeitando a evidência científica, perfil do paciente, preferência e custo.	
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Ruim	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Consulta muita demorada	
18/04/2019	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Regular	Sim, conforme documento em anexo	conforme documento anexo	<a href="#">Clique aqui</a>
18/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, considero importante que:seja considerado as recomendações de tratamento da sociedade brasileira de reumatologia; que seja respeitada a descisão compartilhada entre o medico e o paciente; que o medico possa decidir qual a melhor linha de tratamento conforme a necessidade clinica do paciente; que os pacientes em uso de biologicos não sejam trocados para o biossimilar sem autorização medica; que a prescrição medica seja respeitada.	como paciente acho muito importante ter acesso a medicamentos que sejam prescritos pelo meu reumatologista. acho que as dificuldades de se pegar os biológicos nas farmácias de alto custo, principalmente para quem ainda trabalha, o que é o meu caso, deveriam ser revistas e melhoradas. talvez com agendamento, tipo parte da manha, parte da tarde, já ajudaria a não perder o dia todo para isso.que nada seja decidido sobre nós, sem a nossa participação	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, considero importante que seja considerado as recomendações de tratamento da sociedade brasileira de reumatologia, que seja respeitada a decisão compartilhada entre medico e paciente, que o medico possa decidir qual a melhor linha de tratamento conforme a necessidade clinica do paciente, que pacientes em uso de biológicos não sejam trocados pelo biossimilar sem autorização medica e que seja respeitada a prescrição medica	acho muito importante que os pacientes tenha acesso aos medicamentos prescritos pelo reumatologista que acompanha e que aumentem os números de farmácias de alto custo pois as que existem não suportam mais tanta gente e gente doente que não consegue muitas vezes ficar o dia todo para conseguir seu remédio e dentro de trinta dias precisa voltar de novo.	
18/04/2019	Paciente	Regular	Sim, O tratamento para pacientes com AR com medicamentos deveria ser desde o inicio, porque muitas pessoas tem dificuldade de usar muitos comprimidos, a medicação biológica além de ser um direito de todo cidadão é menos agressiva ao sistema digestivo, e o resultado é excelente na mobilidade do paciente essas informações estão entre as páginas 10 a 20 do texto,	Os medicamentos biológicos são pouco divulgados no SUS, muitos estão sofrente e não tem a informação	
18/04/2019	Sociedade médica	Boa	Sim, vide anexo		<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Muito boa	<p>Sim, Prezados Senhores, PRODUTOS ROCHE QUÍMICOS E FARMACÊUTICOS S.A., sociedade com sede na Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Avenida Engenheiro Billings, 1729, Jaguaré, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 33.009.945/0001-23, por seus representantes legais, vem, respeitosamente, por meio desta, contribuir com a Consulta Pública da SCTIE/MS no 21/2019, de 27 de março de 2019. A Roche entende a importância da estruturação e transparência dos processos de atualização dos PCDTs para a saúde pública e o impacto de tal política na saúde dos brasileiros. Considerando a proposta de PCDT publicada nesta consulta, a Roche apresenta as seguintes considerações relacionadas ao texto proposto: 10 - Gestão e Controle Conforme posicionamento da ANVISA, a troca de um MMCDbio por outro MMCDbio ou por biossimilar em paciente que vem respondendo adequadamente à terapia deve ser realizada de acordo com prescrição médica, considerando as características do produto, patologia existente, resposta individual, histórico de tratamento de cada paciente e demais diretrizes aplicáveis. (1) A Roche acredita que se deve garantir a manutenção do mesmo tratamento ao paciente de acordo com a prescrição médica e enquanto este venha respondendo adequadamente, visto que múltiplas trocas entre um MMCDbio e outro MMCDbio ou biossimilar podem comprometer a rastreabilidade e o monitoramento do uso do medicamento. Atenciosamente, Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A.</p>		<a href="#">Clique aqui</a>
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	<p>Sim, Deve ficar a cargo do profissional de saúde qual medicação biológica a ser utilizada. Deve a ele seguir a ordem que for melhor para o doente. Restrições quanto a farmacoeconomia só pioram as escolhas sendo ela posológica, restrições financeiras ou por trabalhos já reconhecidos.</p>	<p>Se o grande problema for a questão do dinheiro, então é só não disponibilizar o produto no SUS</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Paciente	Regular	<p>Sim, Nós pacientes precisamos de uma atualização do PCDT de AR que venha servir de apoio para facilitar o atendimento do paciente. As linhas de tratamento da proposta desta atualização é de difícil compreensão para o paciente, médicos e principalmente para a compreensão dos funcionários das farmácias de alto custo, que em sua maioria não possuem formação técnica e apoiam o seu atendimento na recepção de solicitação de medicamentos, única e exclusivamente no PCDT de AR, dessa forma é de fundamental importância que a linha terapêutica e as regras de fornecimento de medicamentos estejam claras e bem definidas. Sugiro a Conitec que reveja as linhas terapêuticas e que considere como apoio para essa revisão, o consenso de tratamento da AR da Sociedade Brasileira de Reumatologia e que essa sociedade venham a ser consultada para avaliar previamente a recomendação da Conitec antes de seguir para orientação de acesso. O metotrexato é eleito como o medicamento mais recomendado neste PCDT, porém no elenco de medicamentos disponibilizado não existe o metotrexato subcutâneo, sendo necessário ser incluído pois essa é uma via de administração com maior tolerância gástrica e com menores efeitos colaterais, no entanto, nós pacientes temos intensa dificuldades de comprar metotrexato injetável pela indisponibilidade no mercado. Sugerimos ainda que seja investido por parte do Ministério da Saúde na criação de PDPs para produzir este tipo de medicamento. Enquanto paciente, fico bastante preocupada com a descrição das linhas terapêuticas, nos parece que medicamentos importantes como o rituximabe que eu utilizei por 7 ciclos (4 anos) e que me permitiu recuperar a visão comprometida por uma neurite óptica, dentro das linhas terapêuticas expostas eu não teria tido essa oportunidade, sendo assim, conforme recomenda a SBR o rituximabe precisa ter critérios de eleição que permitam a utilização para pacientes elegíveis segundo critérios clínicos de complexidade da doença. Manifesto ainda a insatisfação com a descrição de linha terapêutica para as novas moléculas, que é o caso dos MMCD</p>	<p>Convivo com artrite reumatoide há 13 anos, os primeiro cinco anos da doença utilizei metotrexato, alternados sempre com outro MMCD sintético e com MMCDbio, utilizei durante 2 anos adalimumabe, 2 meses de etanercepte manifestei tuberculose, fui retirada da terapia biológica para tratar a tuberculose, no entanto com o uso de izoniazida associado ao leflunomida, fiz um quadro severo de hepatite medicamentosa, após um período de 9 meses de recuperação hepática, desenvolvi um quadro de neurite óptica como manifestação sistêmica da artrite reumatoide, enfrentei 7 meses de ciclofosfamida combinada com solumedrol e fiz meu segundo quadro de hepatite medicamentosa. Depois de estabilizado a parte hepática iniciei no uso de rituximabe durante 7 ciclos (4 anos), perdi eficácia e atualmente estou em monoterapia com tocilizumabe endovenoso e em remissão estabelecida e mantida há mais de 18 meses. A jornada de tratamento da artrite reumatoide, enfrenta diversos gargalos no sistema público de saúde, um deles está ligado a ausência de centros infusionais do SUS, durante muitas infusões de rituximabe eu sabia que a minha dose sobrava uma quantidade de medicamento que tinha a otimização de dose, que não entrava para a economia do SUS e sim para o centro de infusão privado. Outro grande gargalo está no sistema de assistência farmacêutica que não tem uma linha de cuidado implementado e nos expõe enquanto pacientes a situações vexatórias e de grandes constrangimento, como por exemplo, ir e vir da farmácia várias vezes na mesma semana e mês, por exemplo a minha última dose de tocilizumabe foi entregue com 25 dias de atraso e eu tive que nesse período ir 6 vezes para verificar se o</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>sintético alvo-específico, elencado na proposta o tofacitinibe, que no nosso entendimento é citado como um MMCDbio e isso pode causar confusão nas farmácias de alto custo, além de que para os pacientes não está claro, o momento ou linha terapêutica em que este medicamento deve ser usado. Sinto a falta neste pcdt do medicamento Baracitinibe que assim com o Tofacinibe já tem registros na ANVISA e considerando que o PCDR somente é atualizado a cada 2 anos, seria adequado ser considerado neste momento o baracitinibe e readaptação das regras de prescrição de MMCD sintético alvo-específico dentro das linhas terapêuticas. Como paciente considero extremamente importante que a prescrição de meu médicos seja respeitada e que a decisão compartilhada durante a consulta não sofra interferências na farmácia de alto custo. Pois com a chegada dos biossimilares não me sinto segura, com a possibilidade fragilidade exposta no PCDT DE AR, conforme a página 29, no trecho "Para início de tratamento e nas substituições terapêuticas, exceto em casos onde haja contraindicação, não há preferência por um MMCDbio frente a outro, uma vez que todos possuem efetividade clínica semelhante. A administração dos MMCDbio, deverá ser realizada em centros de referência para aplicação, com vistas à maior racionalidade do uso e ao monitoramento da efetividade desses medicamentos. A troca de um MMCDbio por outro MMCDbio ou por biossimilar em paciente que vem respondendo adequadamente à terapia deve ser realizada de acordo com prescrição médica, devendo ser garantida a manutenção do mesmo tratamento sempre que possível". Que a possibilidade não seja trocar pelo medicamento de menor custo, e sim respeitar a decisão compartilhada e a prescrição do reumatologista, esclareço que para o início de tratamento com uma nova molécula, sinto-me segura em usar biossimilar, desde que me seja garantido no PCDT o direito de não ter a molécula trocada conforme a melhor oportunidade de preço, sem a prescrição e autorização de meu médico reumatologista.</p>	<p>medicamento chegou, a farmácia não tem a mínima humanização de comunicar o paciente ou de fazer ser publico o planejamento e disponibilidade dos medicamentos. Um paciente em remissão de AR pode facilmente ter uma reativação da doença, em períodos que como esse, causado pela ineficiência da gestão publica, deixa os usuários SUS sem assistência e exposto ao risco de regredir no tratamento da doença.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Certolizumabe PODE ser usado na gestação e os antiTNF podem ser usados na amamentação		
18/04/2019	Sociedade médica	Regular	Sim, Após a falha de dois esquemas com MMCDsc, pode ser usado um MMCDb ou um MMCDsae, preferencialmente associados a um MMCDsc	Favor ler o posicionamento sobre a revisão do PCDT elaborado pela nossa Comissão Científica em anexo	<a href="#">Clique aqui</a>
18/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Todos os biológicos e pequenas moléculas devem ser indicados como segunda linha ao mesmo tempo. Já há experiência suficiente.		
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	ENTENDO QUE PELA COMPLEXIDADE DE ARMAZENAGEM E ADMNISTRAÇÃO, OS IMUNOBIOLOGICOS NÃO DEVERIAM SER DISPENSADOS NAS MAOS DOS PACIENTES, MAS SIM EM SERVIÇOS REFERENCIADOS PARA TAL ASSISTENCIA, ASSIM COMO NA ONCOLOGIA.	
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, O novo PCDT devera contemplar todas as medicaçoes para o tratamento DA ar. cABE AO MEDICO decidir, junto com seu paciente , a melhor terapeutica , pois a desao é fundamental ao tratamento. Deste modo, a possobiliade de varias vais de administração EV,SC e oral, facilitam a adesao dos pacientes. Na falha dos DMARDS sinteticos, a possibilidade de todas as formas de administração inclusive a oral, podera beneficiar o paciente, ale do custo mais barato de armazenamento e na facilidade de dispensação .		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Não	O tofacitinibe poderia ser uma opção antes da entrada de medicações imunobiológicos . Seria mais fácil continuar com uma terapêutica oral para o paciente te.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, POSICIONAMENTO DO CITRATO DE TOFACITINIBE NO PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DA MEDICAÇÃO.EXPERIENCIA PESSOAL MUITO BOA COM UTLIZAÇÃO DO MESMO EM CONJUNTO COM METOTREXATO OU LEFLUNOMIDA,REDUZINDO EM ATÉ 70% A NECESSIDADE DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÕES BIOLOGICAS,REDUZINDO CUSTO DE TRATAMENTO DOS PACIENTES.		
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
18/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Inclusão do medicamento tofacitinibe no rol, após falha primaria a DMARD	Não	
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Secretaria Estadual de Saúde	Regular	<p>Sim, A versão vigente do PCDT-MS de Artrite Reumatoide propõe o tratamento dos MMCDbio mediante melhor resultado de custo-minimização. Todavia, no presente PCDT-MS em consulta pública não contempla esta conduta. Destaco que, para o pleno atendimento desta abordagem de custo-minimização preconizada, o MS emitiu duas Notas Técnicas norteadoras, as de nº 41/2018-DAF/SCTIE/MS e 411/2018 – CGCEAF/DAF/SCTIE/MS, as quais tiveram impacto tanto no contexto clínico quanto na gestão estadual do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, sendo necessário uma reestruturação nas avaliações das solicitações dos MMCDbio do PCDT-AR. Dentre as ações realizadas por nós da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica da SESA-ES, destacamos: * Comunicação à Sociedade de Reumatologistas do ES; * elaboração de folder explicativo da conduta preconizada voltada aos pacientes e médicos; * Alteração do fluxo de avaliações internos afim de atendermos a exigência de emissão de relatório ao MS, justificando a indicação de prescrição em desacordo com a relação de custo-minimização. Diante ao exposto, considerando todo o esforço e o impacto desta abordagem recentemente exigida pelo próprio MS, RECOMENDAMOS que nesta atualização do PCDT-MS seja discutido o tratamento dos MMCDbio mediante melhor resultado de custo-minimização, visto que não há menção em nenhuma parte do texto quanto a esta conduta, não ficando claro qual será a conduta adotada pelo MS e caso se normatize por não utilizar esta conduta, recomendamos conter a justificativa em PCDT-MS e não em Nota Técnica.</p>		
18/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	<p>Sim, O PCDT indica os inibidores da JAK (tofacitinibe) apenas na impossibilidade de uso ou armazenamento dos biológicos. Isso vai contra as recomendações das sociedades internacionais (EULAR 2017) e nacionais (2018) para o manejo da doença. Essa medicação tem eficácia amplamente comprovada, menor custo, além da facilidade na adesão e maior comodidade posológica do que medicamentos injetáveis. Ressalto que já chegou no Brasil outro inibidor da JAK, (baracitinibe), justamente devido à eficácia comprovada da classe. Eles estão no mesmo patamar de indicação pelo EULAR/BRASIL. No Brasil, há-se apenas preferência aos biológicos por serem medicamentos mais antigos e com perfil de segurança mais conhecido. - Sugiro disponibilizar MTX injetável, já que foi sugerido. - Com relação, as entidades internacionais (EULAR e Sociedade Americana de Ginecologia) autorizam o uso de anti-TNF até 2o trimestre da gestação, sendo que alguns anti-TNF até 32a semana. Deve-se orientar não vacinar a criança com vírus vivo até 6 meses de vida. O certolizumabe-pegol pode ser usado a gestação inteira e na amamentação. Isto é de fundamental importância para garantir remissão da doença e garantir bom desfecho obstétrico, pois pacientes em atividades têm maior taxa de prematuridade, cesáreas e complicações maternas.</p>		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Melhorar o atendimento no SUS para nós portadores da artrite reumatóide	
18/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não	Gostaria de colocar que com essa nova recomendação nós médicos não poderemos utilizar o tofacitinibe se julgarmos necessário antes de utilizar anti-TNF ou não anti-TNF injetável.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Em consonância com a diretriz de 2017 da SBR e diversas outras diretrizes internacionais, que reconheceu que o Tofacitinibe é eficaz e seguro em pacientes que falharam a MMCD sintéticos convencionais além de ser um medicamento que agrega facilidade na posologia, armazenamento e transporte minha opinião é que ele seja concedido já para segunda linha de tratamento, e não somente como terceira linha.		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Como paciente sinto falta de uma equipe ,com psicólogo, cardiologia,fisioterapeuta etc que soubessem dos nossos problemas de saúde	
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Necessitamos de mais respeito, atenção, tratamentos terapêuticos e demais. Já levamos uma vida difícil e ainda ter a dificuldade de conseguir comprar nossos remédios e fazer tratamentos complicados mais. A falta de tudo isso é como se não fôssemos assistidos por profissionais, estamos abandonados a mercê da sorte.	
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Ampliar a distribuição de medicamentos e garantir equipe multidisciplinar para atendimento dos portadores de Artrite Reumatoide		
18/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, A contra indicação na gestação e na amamentação vai contra o guia do EULAR e contra a própria bula dos anti-TNFs que em momento algum contraindica o uso.	Temos muitas pacientes jovens com Artrite Reumatoide, com estudos que já demonstram segurança do uso dos anti-TNF na gravidez e amamentação, com esse relatório-PCDT, pretende-se impor mais uma restrição e essas mulheres, que já tem sua vida limitada pela doença, limitando-as a não poderem manter tratamento na gestação e na amamentação. É imperativo que esse relatório- PCDT seja revisado e que essa nota seja retirada.	<a href="#">Clique aqui</a>
18/04/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Os anti TNF, principalmente o certulizuma não é contra indicado na gestação e amamentação		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Tofacitinibe é uma droga segura com aprovação inclusive para pcts virgens de tratamento. Deve haver opção para uso dessa droga a prtir das falhas com DMARDS.	O fato de o medicamento ser oral facilita o tratamento em áreas com constantes faltas de energia ou locais com dificuldades de infusão.	
18/04/2019	Empresa	Muito ruim	Sim, Em pacientes com atividade de doença, moderada ou alta, particularmente naqueles pacientes com Artrite Reumatóide incial ou de mau prognóstico, poderá ser usada terapia dupla ou tripla com MMCDs como primeiro esquema de tratameto. E quantos aos MMCDbio (abatacepte, adalimumabe, certolizumabe pegol,, etanercepte, golimumabe, infliximabe, rituximabe, tocilizumabe) ou MMDCsae (tofacitinibe).	Gostariade poder fazer a escolha do medicamento biológico de acordo com o perfil de cada paciente	
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, em todos os postos de saude, ter medicamenttos para artrite reumatoide		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Regular	Não		
18/04/2019	Paciente	Boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Regular	Sim, Eu gostaria que você respeitada a avaliçãõ do médico		
18/04/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Pela facilidade da via de administração e condições de armazenamento, sugiro , considerar o Tofacitinib como primeira alternativa, junto aos MMCDbio não anti-TNF e anti TNF		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Paciente	Regular	Sim, O grupo de Apoio ao paciente reumático de Ribeirão Preto e Região: Grupar/Encontrar, junto com a Rede Paulista de Associações de Pacientes, vem expressar sobre a ótica dos pacientes, às observações e necessidades de correções e/ou revisão da redação da presente proposta de atualização do PCDT de Artrite Reumatóide.	Paciente e Médico Reumatologista devem ser soberanos ao decidirem qual o melhor tratamento para a Artrite Reumatóide.	
18/04/2019	Profissional de Boa saúde		Sim, Em relação à indicação do uso de Medicamentos Modificadores do Curso da Doença sintéticos alvo-específicos (MMCDsae): “Após falha de dois esquemas com MMCDsc, pode ser usado preferencialmente um MMCDb ou, alternativamente, um MMCDsae, preferencialmente associados a um MMCDsc” , e que mais adiante menciona: “No entanto, resultados de segurança de longo prazo e dados de vida real são aguardados para o MMCDsae, pelo que se propôs ainda um desnivelamento aqui, com preferência para os MMCDb frente ao tofacitinibe, após falha aos MMCDsc.”, proponho; “Após falha de dois esquemas com MMCDsc, pode ser usado um MMCDb ou um MMCDsae, preferencialmente associados a um MMCDsc” e a supressão do seguinte trecho: “No entanto, resultados de segurança de longo prazo e dados de vida real são aguardados para o MMCDsae, pelo que se propôs ainda um desnivelamento aqui, com preferência para os MMCDb frente ao tofacitinibe, após falha aos MMCDsc.”	Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Consideração às recomendações de tratamento da Sociedade Brasileira de Reumatologia; a decisão compartilhada entre o médico e o paciente seja considerada e respeitada; o médico possa decidir qual a melhor linha de tratamento conforme a necessidade clínica do paciente; os pacientes em uso de biológicos não sejam trocados para o biossimilar sem autorização médica e essa prescrição ou outras sejam respeitadas.	Descobri que tenho AR em 2017 e hoje sou atendida pela Farmácia de Alto Custo. Encontrar um profissional que me visse de maneira humana foi difícil e sofri descertos medicamentosos. A minha profissional é particular, sendo que no SUS não há atendimento pronto que seja ideal para o paciente reumático. A maior dificuldade que enfrentei foi a falta do medicamento por quase 4 meses, que ocasionou um enorme desequilíbrio no tratamento que ainda não foi recuperado 100%. A burocracia e demora para me tornar beneficiária do SUS nem se comparou ao desespero de não ter o remédio por 4 meses. Nesse sentido, o que se espera é a tão sonhada "boa gestão", na área de compras, estoques e distribuição, e TER MAIS MÉDICOS REUMATOLOGISTAS NO SUS, sendo que o paciente é o ponto final e essencial desse processo, e queremos apenas NÃO SENTIR DOR E VIVER, fazendo valer cada centavo dos impostos que devolvemos obrigatoriamente ao Estado.	
18/04/2019	Paciente	Regular	Não	A via sacra do paciente com artrite reumatóide Como é complicado e difícil conseguir um agendamento de consulta a cada três meses com o reumatologista, porquê é preciso fazer exame de fator AR trimestralmente para o médico ver a evolução da doença. Depois ir na farmácia de alto custo e ficar sabendo que não tem o remédio e nem previsão de quando vai chegar. "Devo comprar o remédio nas farmácias convencionais e talvez partir ao meio pra durar dois meses, ou então pular em dias alternados tomando o comprimido inteiro"	
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Ruim	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Os remédios para artrite reumatoide não podem faltar. Pois se assim o for haverá falhas no tratamento podendo ocorrer deformidades. Comigo aconteceu isso . Não veio o remédio Leflunomida e fiquei 40 dias sem tomar o que agravou a deformidade da minhas mãos. Portanto imprescindível que a medicação seja fornecida com urgência . Segundo ponto, terei que dar início no infliximab e não existe na minha cidade alguém que aplique , o que me obriga a me deslocar para cidade de Sorocaba, gerando gastos extras. O SUS deve agilizar o tratamento e dar toda assistência ao paciente cobrindo inclusive os gastos extras quando for necessário se deslocar da cidade . Terceiro ponto, outro dia demorou 3 horas na fila da farmácia de alto custo para conseguir o leflunomida. Tal situação inconcebível de ser aceita . A farmácia de alto custo deve ser bem organizada para quando for o dia de buscar o medicamento a entrega seja rápida, posto que embora eu esteja até com deformidades e erosão óssea não deixei de trabalhar e não posso ficar me ausentando por período longo para conseguir a medicação. Deve por um sistema igual dos bancos ou seja não pode demorar mais que vinte minutos , devendo ainda ser separado a entrega de medicamentos comum com o de	
18/04/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Importante considerar tempo de tratamento de cada paciente antes de alterar tipo de medicação concedida pelo auto custo, além de repor com equivalência, analisar evolução dos casos.	Minha mãe descobriu a doença há 32 anos e faz o tratamento todo pelo SUS, por ser satisfatório e justamente por não possuir recursos para realizar no particular, pedimos não decidirem nada sem a nossa participação.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, O grupo de apoio de maceió alagoas junto com a associação de pacientes, vem expressar sobre a ótica dos pacientes, as observações e necessidades de correções e/ou revisão da redação da presente proposta de atualização do PCDT de Artrite Reumatoide.		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Acho importante ter mais facilidade de acesso a médicos reumatologistas pelo SUS, visto que precisamos levar formulário assinado pelo médico e receituário, a cada 3 meses, na Regional de Saúde. Na minha cidade não tem reumatologista pelo SUS e preciso pagar consulta num valor alto pra isso.	
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	<p>Sim, SUGESTÕES1) Na primeira linha de tratamento, manter opção de metotrexato como monoterapia ou em associação. Sabe-se que as associações são superiores em termos de eficácia, mas que a rápida associação de drogas em uma estratégia “treat to target” poderia minimizar essa diferença. A estrutura do SUS e o tempo que se leva para liberação de medicação não permite atualmente que a estratégia “treat-to-target” seja utilizada com plenitude fora de uma autarquia ou hospital-escola com farmácia própria, com um tempo de espera muito grande para se iniciar ou mudar o tratamento (tem torno de 3 meses, que é o tempo de se caracterizar falha a cada esquema proposto). Permitir já iniciar com associação de MMCD convencionais é amplamente aceitável. 2) Não delegar ao médico generalista a tarefa de fazer o diagnóstico de artrite reumatoide e iniciar o tratamento com metotrexato, enquanto aguarda vaga com reumatologista. Ao invés disso, estabelecer um esquema de encaminhamento e priorização de consulta em caso de suspeita de artrite inflamatória, numa fila separada daquela das doenças degenerativas, com a criação de “clínicas de artrite” ou “clínicas de inflamação”, com reumatologistas capazes de triar e iniciar tratamento não só para artrite reumatoide, mas também para lúpus, espondiloartrites, entre outros. O próprio texto cita a situação de “alta suspeita de artrite reumatoide, definida por presença de artrite (sinovite/edema identificado pelo médico) de 3 ou mais articulações associadas a rigidez matinal por mais de 30 minutos; e/ou teste do aperto (teste do squeeze) positivo.” O uso do metotrexato precisa de acompanhamento contínuo, com vigilância de toxicidade hepática, hematológica e pulmonar. Essa toxicidade aumenta com as doses mais altas e eficazes e iniciar com subdoses é ineficaz. Além disso, pode haver super-indicação de tratamento em casos erroneamente diagnosticados de osteoartrite de mãos, artrite gotosa, pseudogota, etc, que são extremamente prevalentes, principalmente em populações mais idosas e com mais alto risco de toxicidade induzida pelo metotrexato. O fator reumatoide é inespecífico e o anti-CCP indisponível</p>		<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>em vários municípios. Delegar o diagnóstico preciso e a instituição de tratamento específico para os generalistas é inadequado. 3) Na segunda linha de tratamento, incluir a possibilidade de todas as drogas usadas no arsenal terapêutico, inclusive rituximabe e tofacitinibe. a. rituximabe tem sido amplamente utilizado e é uma ótima primeira opção em várias situações de contra-indicação aos anti-TNFs, como doença intersticial pulmonar sintomática, doença hepática subjacente (que também contra-indicaria tocilizumabe), sobreposição com outras doença inflamatórias sistêmicas com lúpus, hepatite autoimune, esclerose sistêmica, vasculite associada ao ANCA, doença desmielinizante de sistema nervoso central e dermatomiosite, co-infecção com vírus da hepatite C com crioglobulinemia (uma vez estando o vírus em tratamento), vasculite cutânea ou de sistema nervoso periférico, neoplasias subjacentes ainda sem critério de cura, má aderência, pacientes atendidos fora da cidade domicílio, etc. b. o tofacitinibe é um fármaco com eficácia e segurança comprovadas, com as vantagens de custo e uso via oral, dispensando local de aplicação e cadeia de refrigeração. Não há motivo para delegar seu uso à terceira linha de tratamento. 4) Em relação à posologia do infliximabe, a dose recomendada em bula, que muitas vezes usamos é de 3-5 mg/Kg/dose nas semanas 0,2,6 e depois a cada 6 ou 8 semanas. O aumento da dose ou redução do intervalo na dose de manutenção geralmente é feito após a quarta dose, de acordo com a necessidade. O PCDT aprova apenas o uso de 3 mg/Kg, com manutenção a cada 8 semanas, o que tem necessidade de troca de medicação em casos de resposta parcial ou gerado necessidade de complemento de dose junto às secretaria de saúde locais, levando muitas vezes a compra e infusão do infliximabe original junto ao biossimilar em um mesmo paciente, na mesma infusão. 5) Gestação e amamentação não são contra-indicações absolutas ao uso dos anti-TNF, apenas relativas, devido ao maior risco infeccioso. O certolizumabe pode ser usado na pré-concepção, em todas as fases da gestação e na amamentação, se necessário. Etanercepte, adalimumabe e infliximabe são</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			compatíveis com o período pré-concepção e amamentação, e em alguns períodos da gestação..		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Acho que seria justo que a troca de medicações,deva ser decidido entre o medico e o paciente.	
18/04/2019	Paciente	Regular	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Paciente	Ruim	<p>Sim, 1- Gostaria que fossem consideradas as recomendações de tratamento da Sociedade Brasileira de Reumatologia;2- Que seja respeitada a decisão compartilhada entre o médico e o paciente, pois só quem acompanha o paciente e sabe sobre a evolução da doença tem condições de discutir o tratamento mais efetivo, uma vez que a doença progride para outras patologias, como aconteceu comigo, durante o uso de Rituximabe, tive insuficiência Cardíaca grave e a partir daí não pude mais usar o biológico. Essa relação médico-paciente deve ser respeitada; 3- Que o médico possa decidir qual a melhor linha de tratamento conforme a necessidade clínica do paciente, uma vez que a doença é progressiva, se o medicamento indicado em um momento não fizer efeito, não se deve esperar o prazo determinado pelo protocolo para mudança, pois só quem vive com a dor, sabe da necessidade e da urgência de um medicamento efetivo;.4- Que os pacientes em uso de biológicos não sejam trocados para o biossimilares sem autorização médica. Pois nem sempre o biossimilar irá fazer o efeito terapêutico desejado, é importante seguir as recomendações do medico assistente para que não haja prejuízo no tratamento, como o agravamento do quadro e evolução para outras patologias, que além de trazer prejuízo ao paciente, aumenta os custos para o SUS, planos de saúde, Previdência Social e o País. Pois o agravamento da doença pode gerar custo com medicamentos mais caros, internações, afastamento do trabalho, aposentadorias e todos os aspectos financeiros que envolve um grupo de pessoas com doenças graves;5- Que a prescrição médica seja respeitada. Não há que se falar em menor custo para o SUS, primeiramente a vida e a qualidade de vida do paciente, e nesse caso, só, e somente só o médico pode decidir o que é melhor para o paciente;</p>	<p>Fui diagnosticada com Artrite Reumatóide em fevereiro de 2012, seguimos o protocolo de tratamento, com uso de Metotrexato, ácido fólico, nimesulida e corticóides, não funcionou, passamos para Leflunomida, Adalimumabe, durante esse período tive 02 neurites óptica e fiz infusão de 1g de Solumedrol por 2 anos. Depois comecei com Rituximabe e nas primeiras infusões tive lesão grave da válvula mitral, passei por cirurgia cardíaca para troca valvar, ainda usei o rituximabe por 1 ano e meio e tive outra lesão na válvula aórtica e hipocinesia, foi necessário suspender o Rituximabe, pois o mesmo estava agravando o quadro cardiológico . Em abril de 2018 comecei a usar Tofacitinibe, fornecido pelo laboratório Pfizer ao meu médico, em poucos meses entrei em remissão total da doença. Hoje só não tenho uma vida normal, devido às sequelas da visão, do coração e as neuropatias. A jornada do paciente é muito difícil, pois o serviço de saúde do SUS não dá prioridade para os portadores de doenças autoimunes, eu nunca precisei ir aos médicos do SUS, pois tenho plano de saúde, mas em outubro de 2018 o SUS já havia feito a compra de Tofacitinibe e o laboratório parou de fornecer o medicamento, não consegui comprar e com isso entrei em crise, somente em dezembro consegui uma doação e a Artrite controlou novamente, eu só consegui pegar o medicamento na central de alto custo no dia 07 de fevereiro de 2019. A dor não espera. Queremos que o SUS seja mais efetivo na aquisição e distribuição de medicamentos e traga mais facilidades no atendimento dos pacientes. Temos o direito ao tratamento e apoio multidisciplinar, necessitamos de vários especialistas para nos acompanhar, pois temos depressão,</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				angústias tristezas e incompreensão da sociedade. Precisamos de atenção continuada e em tempo hábil. Em síntese, precisamos de médicos para nos atender nos momentos de urgência, de medicamentos certos, prescritos pelo nosso medico assistente e a distribuição de medicamentos de forma rápida e continua nas farmácias de alto custo.	
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Como portadora de Artrite Reumatóide desde 2015 há alguns ítems muito importantes no tratamento que não foram citados: exercício físico, fisioterapia, acupuntura, acompanhamento nutricional, e medicamentos para a reabilitação/conservação do sono ou higiene do sono e/ou medidas para uma noite bem dormida com fins de manutenção da imunidade; atualização da carteira de vacinação.	Não.	
18/04/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, A decisão compartilhada médico paciente ficou prejudicada meus Pctes residem em área rural,devendo se observar medicações relacionados a infecção menores ,acessibilidade,(aderência terapêutica.Devendo a escolha do biológico individualizada	Apesar de não haver estudos de superioridade em relação aos anti Tnf ;devemos levar em consideração peculiaridades das drogas .Deve se permanecer após a falha de 02 Dmads sintéticos a possibilidade de uso de tofazitinibe na falha 1 ,junto com anti tnf ,.Ha drogas que respondem bem monoterapia em Pcte com contra indicação ao metotrexato/leflunomida .Areas com predomínio de atividade rural,cafeicultura/pecuária ...tem determinadas peculiaridades ,.Associacao com comodidades	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, Eu me sinto mais confortável com a versão do PCDT de dezembro de 2017, antes das normas técnicas de 2018, ali, havíamos atingido uma qualidade aceitável de cuidado com o paciente de doença reumatóide.	Deveria ser alertado para não se repetir o teste com PPD, pois a incidência de falsos positivos , que é submetida a quimioprofilaxia fica elevada, particularmente com índices consideráveis de toxicidade e o risco de resistência bacteriana. Um outro ponto seria o reforço de metas terapêuticas para comorbidades, particularmente doenças coronarianas e diabetes.Finalmente as medidas de educação continuada centrada na diminuição dos hábitos de vida modificáveis , que se relacionam com comorbidades deviam figurar como metas terapêuticas básicas.	
18/04/2019	Paciente	Boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Que o médico tenha autonomia para decidir o melhor tratamento para o paciente. Que ele possa escolher o medicamento ideal para o caso do paciente, mesmo que não obedeça a ordem do protocolo.	As dificuldades cada vez maiores impostas pelo SUS para tratamento da Artrite Reumatóide como falta de medicamentos, demora para conseguir consultas, excesso de burocracia causam atrasos no tratamento que muitas vezes resultam em sequelas irreversíveis e incapacitantes. Se o paciente tivesse um tratamento adequado, teria mais qualidade de vida e menos necessidade de usar a previdência. Os biossimilares, uma vez que não são idênticos ao original por serem feitos de células vivas, não deveriam ser impostos e sim uma opção ao medicamento original em que o médico decidiria se é adequado para aquele paciente.	
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/04/2019	Paciente	Muito boa	Não	Nos sofremos como qualquer outra doença grave... Acho que o SUS tem que desburocratizar mais o acesso aos medicamentos para o tratamento e fornecer com mais rapidez a liberação dos exames solicitados pelos médicos a todos os pacientes portadores da AR e demais doenças auto imunes.	
18/04/2019	Profissional de saúde	Ruim	Não	Altetação acabara escalonando biológicos, tira o poder de escolha do medico e escolha compartilhada com pcte	
18/04/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		
18/04/2019	Paciente	Regular	Não		
18/04/2019	Paciente	Ruim	Sim, Gostaria de lembrar das dificuldades que um paciente tem todos os dias.Dores nas articulações Rigidez Crises de ansiedade Outras doenças que veem através da artrite reumatoide etcDificuldades para conseguir os remédios na rede pública.	Gostaria que o médico juntamente comigo pôde-se decidir quais as medicações ideias para o meu tratamento, e não que fossem decidas pelo custo da medicação.	