

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?
28/06/2021	Profissional de saúde	Muito boa	No item 8. Fármacos - Os comprimidos de difosfato de cloroquina têm 250mg, o que equivale a 150mg de cloroquina base e não 150mg de difosfato de cloroquina., Na tabela 1D. medicamentos para o tratamento da AR - sugiro que no MTX seja incluída a via subcutânea e na hidroxicloroquina e cloroquina seja especificado que a dose sugerida é a dose máxima e baseada no peso corporal real (5mg/kg para a OHCQN e 2,5mg para a CQN). Na tabela 1D, não consta a dose para a OHCQN e a dose para a CQN está errada. (referência 40 do UpToDate: Marmor MF, Kellner U, Lai TY, Melles RB, Mieler WF; American Academy of Ophthalmology. Recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy (2016 revision). Ophthalmology. 2016;123(6):1386-1394. doi: 10.1016/j.ophtha.2016.01.058. [PubMed 26992838])	"Não entendi o porquê do rituximabe só poder ser utilizado nos indivíduos com ""contraindicação absoluta,, toxicidade ou falha terapêutica a todos os MMCDbio anti-TNF e também ao abatacepte e tocilizumabe, bem como aos MMCDsae"". Na minha opinião, a menos que se trate de uma questão de custo X benefício, trata-se de uma opção interessante, em pacientes com falha a um anti-TNF (bula do medicamento), em especial, quando o paciente responde bem e consegue ser mantido com ciclos de 1.000mg (uma infusão) em períodos de seis meses ou mais entre eles."
29/06/2021	Profissional de saúde	Muito boa	n	n
30/06/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
30/06/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
30/06/2021	Profissional de saúde	Boa		
30/06/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
30/06/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
01/07/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		
01/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		

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?
01/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Gostaria q a medicação viesse como primeira opção após os DMARDs tradicionais, methotrexate e leflunomide.	
01/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
01/07/2021	Sociedade médica	Muito boa	Gostaria de sua inclusão	Trata-se de um excelente medicamento capaz de impedir a evolução dessa grave doença
02/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
02/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
02/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
02/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
02/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
02/07/2021	Profissional de saúde	Boa		
02/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
02/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
02/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
02/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Que seja feita a disponibilizazao o mais breve posdive	Nao
02/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		Como médico reumatologista quanto mais oportunidades de classes de medicamentos disponíveis para o tratamento de artrite reumatoide melhor! Os inibidores da Jak são excelentes medicações, em especial este por ser mais seletivo e com menos efeitos colaterais.
02/07/2021	Sociedade médica	Boa	Inclusão de novos inibidores de Jak- Rinvoq	

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?
02/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
03/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
05/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
05/07/2021	Secretaria Municipal de Saúde	Regular	No item 4, Critério de inclusão, coloca que a presença pós-broncodilatador de FEV1/CVF. Os critérios de inclusão para o tratamento com a associação tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol são DPOC grave ou muito grave (estágios 3 e 4), com alto risco (critérios de GOLD C e D) e que apresentem redução grave do fluxo inspiratório (<30 L/min). Este critério deve ser banido como parâmetro por não ser uma prática que contribua para definição de diagnóstico de DPOC. É importante comentar que a espirometria é um exame de função pulmonar necessário para o diagnóstico de DPOC e não pico de fluxo respiratório.	É importante retirar condição de redução grave do fluxo inspiratório (<30 L/min) para uso de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol.
05/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		O Upadacitinib apresenta perfil de eficácia e segurança bem conhecidos na ARTRITE REUMATÓIDE. Sua incorporação no tratamento é de extrema importância, sobretudo na falha terapêutica aos fármacos tradicionais como o Meototrexato.
05/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
05/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		Além da terapia com LAMA LABA vejo como muito importante a terapia tripla pra DPOC da marca Trelegy da GSK pois diminui as internações e risco de morte.
06/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
06/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
06/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
07/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
07/07/2021	Interessado no tema	Muito boa	Concordo com todos os pontos	

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?
07/07/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não excluir	
08/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
09/07/2021	Sociedade médica	Muito boa	"1. atualmente estamos tendo dificuldade da obtenção do teste PPD, e o custo do IGRA, dificulta sua utilização . O PCDT deveria explicitar que basta um RX tórax e uma declaração do medico assistente que não existe historia de TB previa ou contato para aprovação do processo, 2. como o próprio PCDT preconiza o ""treat to target"" exige um controle mais presente do paciente, para acesso a equipe multidisciplinar quando existente, mas pelo menos pelo medico assistente para avaliação das métricas de controle da atividade da doença. NO entanto a possibilidade de aumentar a frequência para 6 - 12 meses dificulta este aspecto "	
11/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
12/07/2021	Profissional de saúde	Boa	as recomendações das paginas 80 e seguintes são inconsistentes com o fluxograma. O fluxo grama esta correto pois os MMCD biologicos e os MMCD alvo especificos estão no mesmo nivel de indicação. Entranto nas recomendações voces priorizam os anti TNF e não anti TNF ao inves das pequenas moleculas. Precisa estarem no mesmo nível de escolha tanto na segunda e terceira fase como estão no fluxograma	A partir da pagina 80 só há referencia ao tofacitinibe. Ou seja vamos aprovar e vcs vão recorrer colocando na tabela E, F, G e nas recomendações porque usam o nome de TOFA, e os papers, que subsidiaram sua aprovação (BARI e UPAD) nos demais guidelines do mundo, ja estão publicados.
12/07/2021	centro de estudos em reumatologia sem fins lucrativos	Boa	As recomendações das paginas 80 e seguintes são inconsistentes com o fluxograma. O fluxograma está correto pois os MMCD biológicos e os MMCD alvo específicos estão no mesmo nível de indicação. Entretanto nas recomendações voces priorizam os anti TNF e não anti TNF ao invés das pequenas moléculas. Precisa estarem no mesmo nível de escolha tanto na segunda e terceira fase como estão no fluxograma	A partir da pagina 80 só existe referencia ao TOFA, ou seja as outras pequena moléculas não constam nas tabela E, F, G porque vcs vão corrigir o PCDT? porque não incluíram os RCTs dessas duas outras pois os trabalhos já estão publicados e incorporados nos guidelines. E na parte das recomendações voces reforçam a prioridade dos anti TNF e não anti TNF ao invés dos MMCD alvo específicos, quando eles estão no mesmo nível de indicação
12/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		

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?
12/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
12/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
12/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Não	
13/07/2021	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa	Não.	A redação ficou excelente e bem esclarecedora.
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa	não	não
13/07/2021	Paciente	Muito boa	Sim, eu tenho além da Artrite(AR) tenho Artrose, nos pés, Tornozelos, Joelhos, bacia, coluna, Ombros, cotovelos e pulsos e mãos.	Tenho 60 anos, gostaria de saber se posso aposentar por invalidez. Não tenho nem um Exame Scaneado, para enviar.
13/07/2021	Paciente	Muito boa	Não	
13/07/2021	Paciente	Muito boa	Rinvoq depois de 8 anos me deu qualidade de vida.	
13/07/2021	Paciente	Boa		

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?
13/07/2021	Empresa	Regular	<p>Contribuição 1 - Em relação ao tratamento medicamentoso, na Segunda e Terceira etapas do tratamento conforme descrito na página 19 e nos respectivos Algoritmo de Decisão Terapêutica da Artrite Reumatoide - Figura 1A, pg 21 (1) e no Fluxograma para Tratamento de Artrite Reumatoide - Figura 2A, pg 22 (1), viemos solicitar, com base nos resultados dos estudos clínicos que embasaram o registro sanitário e a incorporação do Baricitinibe no SUS, que seja corrigido o texto proposto do PCDT bem como os destaques das figuras 1A e 2A, para adotar a seguinte redação: “Tanto o tofacitinibe, quanto baricitinibe e upadacitinibe podem ser usados como monoterapia ou em combinação com metotrexato ou outros MMCDs”. Ver documento anexo., , Contribuição 2 - Solicitamos a correção do texto do APÊNDICE 2 – ATUALIZAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA ARTRITE REUMATOIDE APÓS INCORPORAÇÃO DO UPADACITINIBE NO SUS - versão 2021, contido na página 52, conforme abaixo: “Considerações terapêuticas adicionais: o upadacitinibe demonstrou eficácia no tratamento de AR e assim como baricitinibe e tofacitinibe, possui tratamento de menor custo comparado a 7 MMCDbiológicos (infliximabe, certolizumabe, golimumabe, abatacepte, rituximabe, tocilizumabe e etanercepte) disponíveis no PCDT para Artrite Reumatoide. Entre os medicamentos sintéticos alvo específicos (MMCDs) upadacitinibe tem o maior custo de tratamento, quando comparado ao baricitinibe e tofacitinibe”. Ver documento anexo,</p>	<p>"Segue abaixo as informações científicas que respaldam a Contribuição 1:, , Assim como tofacitinibe e upadacitinibe, baricitinibe possui evidências científicas semelhantemente consolidadas a respeito de seu uso em monoterapia e em combinação com MMCD sintéticos (MMCDs). O programa de desenvolvimento clínico de baricitinibe foi desenhado permitindo uso de outros MMCDs, além de metotrexato (MTX). Dentre as principais evidências de uso de baricitinibe em combinação com outros MMCDs para tratamento de AR, destacam-se os ensaios clínicos controlados e randomizados: RA-BUILD e RA-BEACON (2-5); ambos descritos na parte de eficácia da atual bula este medicamento (6). O Estudo III (RA-BUILD) foi um estudo clínico de 24 semanas em 684 pacientes com artrite reumatoide ativa moderada a grave que apresentaram resposta inadequada ou intolerância a MMCDs. Os pacientes receberam baricitinibe 2 mg ou 4 mg uma vez ao dia, ou placebo, em adição ao tratamento de base existente com MMCDs convencionais: metotrexato (n=512) hidroxiquina (n=171) leflunomida (n=78) e sulfasalazina (n=73). As características basais foram bem equilibradas entre os grupos e os pacientes poderiam utilizar um ou mais de um MMCDs concomitantemente. Na semana 12, mais pacientes alcançaram resposta ACR20 (desfecho primário) com baricitinibe 4 mg do que com placebo (62% vs 39%, p<0,001). Entre os desfechos secundários, também foram apresentados resultados estatisticamente melhores no grupo baricitinibe comparado com o grupo placebo em variação de DAS28, remissão SDAI, função física e nos desfechos reportados pelos pacientes. As taxas de eventos adversos durante o período de tratamento e de eventos adversos graves (SAEs), incluindo infecções graves, foram semelhantes entre os grupos (SAEs: 5% para baricitinibe 4 mg e placebo) (2,3).O Estudo IV (RA-BEACON) foi um estudo clínico de 24 semanas em 527 pacientes com artrite reumatoide ativa moderada a grave que apresentaram resposta inadequada ou intolerância a ? 1 anti-TNF ± outros MMCD biológicos. Os pacientes receberam baricitinibe 2 mg ou 4 mg uma vez ao dia, ou placebo, em adição ao tratamento de base, como MTX ou outros MMCDs. Em paralelo ao estudo previamente citado, baricitinibe 4 mg também obteve superioridade no desfecho primário 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?
				<p>ACR20 versus o placebo, na semana 12 (55% vs. 27%, P<0.001). Assim como, demonstrou resultados estatisticamente melhores de baricitinibe 4 mg comparado com o placebo em desfechos secundários, como DAS28-PCR e função física (4,5). , , Segue abaixo as informações que justificam a Contribuição 2: , a)Relacionada ao “mais eficaz”: Considerando a importância que este PCDT representa em orientar as decisões terapêuticas dos médicos, responsáveis pelo manejo dessa doença, devem ser levadas informações científicas balanceadas e claras sobre os benefícios dos tratamentos atualmente disponíveis. Tal afirmação “mais eficaz” pode levar a um extrapolamento dos dados de eficácia de upadacitinibe em relação aos demais medicamentos incorporados no atual PCDT de Artrite Reumatoide do SUS, uma vez que, até o atual momento upadacitinibe não possui evidência científica de superioridade por comparação direta através de estudos Head-to-Head. Em linha com esta leitura, as recomendações para manejo farmacológico da AR da Liga Europeia contra o Reumatismo (EULAR – European League Against Rheumatism) (7) em sua mais recente atualização em 2019, refere que MMCDbio ou MMCDsae são igualmente recomendados para pacientes com AR ativa e resposta inadequada a MMCDs (8). Adicionalmente, o Consenso de tratamento de doenças inflamatórias imuno-mediadas com iJAKs, cita que não há evidências até o presente momento de diferenças de eficácia (clínica, funcional ou estrutural) ou segurança entre os iJAKs para o tratamento de AR (9). Ver documento anexo com a continuidade do texto."</p>
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa	Leflunomida e metrotexato são ultrapassados?	Tenho muito interesse em colaborar para o futuro das pessoas.
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa	Não	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?
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa	Sem sugestões.	Sou paciente de AR psoriática com uso de Adalimumabe.
13/07/2021	Profissional de saúde	Boa		
13/07/2021	Paciente	Boa		
13/07/2021	Paciente	Boa		
13/07/2021	Paciente	Boa		
13/07/2021	Paciente	Boa		O que não podemos admitir e a falta de medicamento para dar continuidade aos tratamentos, como ocorreu meses atrás. # medicação na hora certa
13/07/2021	Paciente	Muito boa		Penso que os governantes deveriam ter uma verdadeira responsabilidade social com todos os cidadãos do país. Precisamos dos medicamentos para viver!
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa	Quanto mais medicações tivermos melhor será o tratamento dessa enfermidade.	Não
13/07/2021	Paciente	Boa		
13/07/2021	Interessado no tema	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Boa		
13/07/2021	Paciente	Boa	Não	Não
13/07/2021	Paciente	Boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa	nenhuma no momento	nenhuma no momento
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		

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?
13/07/2021	Sociedade médica	Muito boa	A Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), ciente da consulta pública sobre o Relatório de Recomendação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Artrite Reumatoide (AR), publicada em junho de 2021, cujo objetivo é a atualização dos parâmetros e diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e monitoração dos indivíduos com essa doença, apresenta, por meio do presidente, Ricardo Xavier, do diretor científico, Odirlei Monticielo, e da Coordenadora da Comissão de Artrite Reumatoide (AR), Karina R. Bonfiglioli, suas considerações a respeito do conteúdo do PCDT da AR.	Segue em anexo a este formulário
13/07/2021	Sociedade médica	Muito boa	Não	Achei bastante importante a inclusão do upadacitinibe na segunda etapa de tratamento da artrite reumatoide. Os estudos são robustos e a experiência clínica excelente
13/07/2021	Interessado no tema	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa	Nos pacientes com AR, precisamos de novos medicamentos, sou uma paciente que já usou vários biólogos e não tive resposta no tratamento, espero que esse novo, possamos ter uma vida melhor.	Não
13/07/2021	Sociedade médica	Muito boa	Nada a acrescentar	Nada a acrescentar
13/07/2021	Empresa	Muito boa	Nada a acrescentar	Medicamento importante no arsenal de terapia da artrite reumatóide
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Regular		
13/07/2021	Grupos/associação/organização de pacientes	Boa		
13/07/2021	Paciente	Boa		
13/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		A incorporação de novas tecnologias como os iJAK já como primeira linha de tratamento na AR atende a necessidade de abranger um público maior com mais opções e com custo menor

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?
13/07/2021	Interessado no tema	Muito boa		Gostaria de reforçar que existe uma demanda reprimida de pacientes que se beneficiará com a incorporação do Upadacitinibe em AR moderada a grave.
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Profissional de saúde	Boa	Sim. Primeiramente, gostaria de reconhecer o trabalho da CONITEC em buscar melhoria nos tratamentos de artrite reumatoide através da inovação científica. E gostaria de contribuir com 2 pontos: , 1- Incluir que todos os inibidores de JAK incorporados (tanto, tofacitinibe, quanto baricitinibe e upadacitinibe) podem ser utilizados em monoterapia, com MTX e com outros MMCDs convencionais. Pois estes 3 medicamentos tem ensaios clínicos controlados randomizados incluindo uma proporção semelhante de pacientes em uso de MMCDs convencionais; não sendo justo fazer diferença entre eles neste sentido. , 2- Trazer clareza nas comunicações de eficácia e custo, considerando apenas estudos robustos head-to-head como comparadores definitivos.	obrigada
13/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa	Não	Não
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa	Não	Não
13/07/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Boa	Não	Não
13/07/2021	Paciente	Boa	Não	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?
13/07/2021	Profissional de saúde	Boa		<p>"1-Em relação ao uso do rituximabe: Constantemente recebemos questionamentos do médico assistente que faz indicação deste biológico para tratamento da artrite reumatóide com acometimento de outros órgãos, principalmente acometimento pulmonar (doença reumatóide do pulmão) em pacientes que não fizeram uso dos outros MMCDbiológicos preconizados no PCDT. No indeferimento do processo cita-se o que está descrito na página 8 do PCDT: Segundo PCDT ""o uso do rituximabe deve ser reservado somente aos indivíduos com contraindicação absoluta, toxicidade ou falha terapêutica a todos os MMCDbio anti-TNF e também ao abatacepte e tocilizumabe, bem como aos MMCDsae"". Os médicos alegam ser o rituximabe a opção de tratamento mais indicada para o acometimento pulmonar da doença, especialmente após pulsoterapia com ciclofosfamida. Na avaliação do tratamento com rituximabe, além do que descreve a página 8, pode-se levar em consideração o que descreve a página 4 e 5? ""As manifestações extra-articulares (nódulos reumatoides, vasculite, derrame pleural, episclerite e escleromalacia perforante, entre outras) se correlacionam com pior prognóstico. Além da perda de capacidade funcional, pode haver aumento também da mortalidade, o que demonstra a gravidade da doença."" , Observação: O mesmo texto está mantido no relatório de recomendação junho 2021., , 2-Em relação aos pacientes que já estão em uso de MMCDbiológico e não fizeram a primeira etapa do tratamento (1ª e 2ª linhas) com os MMCDsintéticos preconizada no PCDT e estão pleiteando o MMCDbiológico, pode-se aplicar o que descreve a página 8 do PCDT? ""Para os casos de pacientes já em tratamento com MMCDbio e com resposta adequada, o uso do mesmo fármaco deve ser mantido, não sendo recomendada sua troca por outro MMCDbio"" , Observação: O mesmo texto está mantido no relatório de recomendação junho 2021., , 3- Segundo PCDT, a primeira etapa do tratamento, página 7: ""1ª LINHA: O metotrexato (MTX) em monoterapia deve ser a primeira escolha terapêutica. Em casos de toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) do MTX oral, deve-se tentar dividir a administração por via oral, em pelo menos duas tomadas no mesmo dia, ou empregar o MTX</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?
				injetável. Na impossibilidade de uso do MTX por toxicidade, deve-se usar, preferencialmente em monoterapia, a leflunomida (LEF) ou sulfassalazina (SSZ), sendo a terapia isolada com hidroxicloroquina (HCQ)/cloroquina pouco efetiva." Para os pacientes que já estão em uso de hidroxicloroquina, não iniciaram o tratamento pela primeira opção terapêutica (metotrexato) e estão pleiteando o tratamento, pode-se levar em consideração o estado de atividade da doença informado pelo médico assistente na avaliação?, Observação: O mesmo texto está mantido no relatório de recomendação junho 2021."
13/07/2021	Paciente	Muito boa	Todo medicamento incluído no protocolo de tratamento de artrite reumatóide no SUS é muito bem vindo e festejado por nós pacientes reumatológicos.	Não
13/07/2021	Interessado no tema	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		
13/07/2021	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa		É muito importante ofertar ao médico mais opções para poder tratar da melhor forma os pacientes.
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		
13/07/2021	Paciente	Muito boa		

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?
13/07/2021	Paciente	Muito boa		