

Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Artrite Psoriática - 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?
18/02/2021	Interessado no tema	Regular	Deveriam disponibilizar secuquinumabe como primeira linha de tratamento imunobiológico pois atende de forma segura pacientes que não podem usar anti TNF.	Estudos atuais comprovam eficácia e segurança do IL 17 frente aos anti TNF que justificam disponibilizar essa alternativa de tratamento para os pacientes de AP.
18/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Sim	Conheço alguns reumatologistas que sempre reclamam que para um perfil de paciente ele não pode prescrever o IL 17 A - Secuquinumabe como droga de primeira linha , penso que seria interessante para classe ter todos os biológicos no mesmo pé de igualdade .
18/02/2021	Interessado no tema	Regular		"Votei como ""regular"" pois acho que tanto o médico quanto o paciente deveriam ter todas as opções de tratamento como 1ª linha. Por exemplo, na primeira etapa tem apenas TNF, e somente na segunda temos uma IL-17. Há pacientes que tem um perfil que se enquadra mais em uma terapia do que em outra, além disso são todas terapias de boa resposta. Vendo por esse lado, a escolha de qual tratamento utilizar como primeira escolha deveria ser única e exclusivamente do médico e do paciente."
18/02/2021	Interessado no tema	Ruim	Entendo que para primeira linha de tratamento com Imunobiológicos temos disponíveis somente uma classe de medicamentos que são os Anti-TnF's, e seria importante termos também outra alternativa disponível (IL-17 Secuquinumabe) nesta primeira linha vide os resultados satisfatórios que esta molécula tem para o Indicação da Artrite Psoriática.	

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?
19/02/2021	Profissional de saúde	Regular	Recomendo a incorporação do Ixequizumab. Recomendo que prescrição inicial e subsequentes sejam sempre feitas por Reumatologista. Recomendo que todos os biológicos estejam na mesma posição seja na 3a etapa do tratamento das artrites periféricas, seja na 1a etapa do tratamento das manifestações axiais. Sugiro exclusão do item 7.3.1.e, pois não há clareza do que se trata de pior prognóstico.	
19/02/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		Acho que os médicos tem que total autonomia para escolher o melhor medicamento conforme o perfil de cada paciente , portanto , colocar todos os biológicos no mesmo pé de igualdade acho melhor para a classe e princioalmente para os pacientes que serão impactados com a melhor escolha
19/02/2021	Paciente	Muito boa	Tá perfeito	Tá ótimo
19/02/2021	Interessado no tema	Ruim	Acredito que seja de vital importância para o profissional da saúde/médico e conseqüentemente para o nem estar do paciente que estejam disponíveis logo na primeira etapa de tratamento imunobiológicos de diferentes mecanismos de ação, pelo menos 1 de cada mecanismo. Exemplo: adalimumabe (anti-TNF) e secuquinumabe (anti-IL17A). Diferente do texto que coloca apenas os anti-TNF em primeira linha biológica	
19/02/2021	Profissional de saúde	Regular	A divisão entre etapas de DMARDs biológicos dividindo entre 2a e 3a linha com anti-interleucinas anti IL-17 não entrando como opção após os dmards sintéticos limita as opções de tratamento do médico e do paciente. O ato médico e a prescrição deve ser soberana com liberação de todos os imunobiológicos para que o médico tenha melhor opção do tratamento certo para o paciente certo.	

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?
19/02/2021	Profissional de saúde	Boa	<p>1 - ixequizumab deveria ser incorporado - do modo como está, a única opção para pacientes que não responderem ao tratamento com anti-tnf e tofacitinibe, ou que tiverem contraindicações, a esses fármacos é o secuquinumab. Em caso de falha secundária ao secuquinumab, o que não é infrequente, os pacientes ficarão sem tratamento disponível. 2 - artrite psoriásica é uma doença complexa, cujos diagnóstico e seguimento podem ser difíceis, assim o tratamento deveria ser obrigatoriamente feito por reumatologista. 3 - todos os medicamentos biológicos deveriam estar na mesma posição, seja na 3a etapa do tratamento das artrites periféricas, seja na 1a etapa do tto das manifestações axiais, uma vez que não há estudos demonstrando evidências de superioridade de um fármaco sobre outro nessas classes, 4 - exclusão do item 7.3.1.e por falta de definição clara do que seja pior prognóstico, o que gera grandes problemas para os</p>	
22/02/2021	Interessado no tema	Boa		
22/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Precisamos ter acesso ao que há de mais moderno e mais completo no mercado para o tratamento de psoríase.	O paciente tem direito de escolher o que gostaria de usar no tratamento da psoríase. Uma doença grave e que na maioria das vezes tem um impacto significativo na vida dos pacientes.
23/02/2021	Profissional de saúde	Boa	<p>ugiro : - que o tratamento seja prescrito exclusivamente por reumatologistas . Outros médicos não estudam e /ou não sabem lidar com as doenças auto imunes e não sabem avaliar progressão de doença e outros pormenores que nossa especialidade está preparada ; - adicionar o ixequizumabe também como opção de tratamento; - colocar secuquinumabe como primeira opção em tratamento de quadro axial ; - colocar secuquinumabe na primeira linha com os outros imunobiológicos. - exclusão do item 7.3.1 pois cita o que é pior prognóstico</p>	Preconizo individualização da Medicina. As vezes usar o mais “barato” Pode trazer prejuízo em outro domínio para o paciente. Ex: reativação atípica de tuberculose pulmonar simulando neoplasia pulmonar com necessidade de biópsia cirúrgica. Secuquinumabe não aumenta risco de reativação de tuberculose, o que é importante de ser considerado em pacientes que trabalham em hospital ou com contato com muitas pessoas em ambientes de saúde (clínicas, ambulatórios, enfermarias)
23/02/2021	Interessado no tema	Ruim	O Secuquinumabe deveria estar também na primeira 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?
24/02/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
24/02/2021	Profissional de saúde	Boa	Nenhuma.	Sem comentários.
24/02/2021	Profissional de saúde	Regular	NÃO TEM PORQUE CERTOLIZUMABE FICAR SEPARADO DOS OUTROS INIBIDORES DE TNF, E PODE COLOCAR O SECUQUINUMABE COMO OPÇÃO NOS CASOS DE LESÕES CUTÂNEAS IMPORTANTES	
25/02/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
25/02/2021	Profissional de saúde	Regular	Que o Cosentyx seja incorporado como primeira linha	Há muitos pacientes que têm contra-indicação para uso de outros biológicos e ficam sem opção para o tratamento
26/02/2021	Profissional de saúde	Muito ruim	Interleucina 17 deve vir como primeira escolha	Resposta rápida e com poucos efeitos adversos
26/02/2021	Profissional de saúde	Muito ruim	É muito importante ter a opção de usar um imunobiológico não Anti-TNF como primeira opção, especialmente em locais com alta incidência de tuberculose.	
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		Legalização e Descriminalização da Maconha como Todo.
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
27/02/2021	Interessado no tema	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?
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Paciente	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	não	Não
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Não	Muitos benefícios medicinais. Com certeza reduzirá custos do SUS e também de polícias e bombeiros na redução de ocorrências ligadas a transtornos.
27/02/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Paciente	Regular	Tenho Psoríase em quase 90% do corpo e a Cannabis ajuda muito nos processos de ansiedade, esse aspecto pode ser aplicado inclusive em outra consulta pública. Não só a epilepsia, mas a psoríase e outras doenças relacionadas ao emocional, podem ser tratadas com Cannabis.	
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Paciente	Boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	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?
27/02/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		Gostaria de trazer um relato pessoal, minha avó iniciou o tratamento com canabinoil tem 1 mês, ela já é outra pessoa, os movimentos da coluna que eram desenganados pelos médicos já não tem mais dor de precisar de morfina. Hoje ela já consegue ir ao banheiro sozinha, algo que não era possível no mês passado. Nós precisamos aumentar o acesso a esse remédio é baratear o custo para que nossa população possa ter uma cura real para doenças reumatológicas e neurológicas. Esse remédio é um milagre
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Acho que os benefícios clínicos do canabidiol devem sobrepujar o preconceito e o tabu sobre a erva do qual é extraído. Questões morais e religiosas não deveriam ser mais relevantes do que o bem estar e a saúde do próximo.	
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	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?
27/02/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		
27/02/2021	Paciente	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Não.	
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Não	
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Boa		
27/02/2021	Profissional de saúde	Boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	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?
27/02/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Que se faça uso do óleo de cannabis integral e não somente CBD	
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Paciente	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		Remédio importante para o controle da epilepsia e fibromialgia
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
27/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		Vocês deveriam olhar e discutir mais sobre os assuntos envolvendo a cannabis no tratamento de doenças, deveríamos estar avançados em pesquisas e resultados, mas o pensamento do século passado ainda nos impede de chegar a esse ponto.
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Interessado no tema	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?
28/02/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		Libera a Cannabis para uso recreativo de uma vez governo do BR !!
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Incluir artrite reumatóide	Abranger outros tipos de doenças, minha mãe sofre de artrite reumatóide, muitas pessoas se tratam com canabidiol no exterior e tem excelentes resultados, uma doença que não tem cura, que pode ser revertida é dar um sentimento novo a vida, pois a anos que vem se agravando e infelizmente ela não pode mas fazer o que mais ama o artesanato.
28/02/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Nao	Nao
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
28/02/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		Espero que seja aprovado
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
28/02/2021	Interessado no tema	Boa	Não	Sou a favor da medicação

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?
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa	Não	
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
28/02/2021	Interessado no tema	Muito boa		
01/03/2021	Paciente	Muito boa		A necessidade de abrir o diálogo com famílias e pacientes autistas que também se beneficiam do tratamento com canabidiol, considerando que as outras medicações além dos valores altos também trazem efeitos colaterais severos por serem de uso contínuo e aumentos necessários de dosagem, o transtorno do espectro autista afeta mais de 2 milhões de pessoas no Brasil, com a utilização de medicamentos que atrapalham o desenvolvimento cognitivo que já é comprometido pela deficiência. O amparo da Anvisa e de uma legislação específica para o tratamento de outras doenças como os efeitos colaterais de quimioterapia e radioterapia também são dados robustos para colaborar com o uso medicinal do canabidiol, que pode ser cultivado pelas famílias, reduzindo os custos para o SUS quanto ao tratamento das comorbidades geradas pela superdosagem das medicações atuais para as doenças citadas.
01/03/2021	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?
01/03/2021	Paciente	Muito boa		Tenho lesão do plexo braquial sinto muitas dores fantasma no braço direito , uns remédio seria perfeito era esse tratamento
01/03/2021	Interessado no tema	Boa		
01/03/2021	Interessado no tema	Muito boa		
02/03/2021	Interessado no tema	Boa		
02/03/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Devemos ter acesso a medicamentos que comprove ser ótimo para controle de certas enfermidades.	Preço acessível e também pelo SUS
02/03/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		Que seja feita a mesma atualização quanto ao tratamento de portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA).
02/03/2021	Profissional de saúde	Regular	Sim, não há nenhuma razão técnica para o certolizumabe e o secuquimumabe e o tofacitinibe estarem em uma etapa posterior aos demais biológicos. Nem mesmo custo justificaria isso para o certolizumabe e o tofacitinibe. A indicação médica baseada nas manifestações de cada paciente deve ser priorizada, considerando que a chance de eficácia do primeiro imunobiológico é maior, portanto qualquer restrição pode reduzir a chance de resposta dos pacientes e trazer mais custos indiretos para a União. Se houver dúvidas da conduta ética do médico, sugiro a criação de centros de referências com reumatologistas credenciados pelo Ministério para a prescrição das medicações.	

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?
02/03/2021	Outra	Regular	<p>Sim, não há nenhuma razão técnica para o certolizumabe e o secuquinumabe e o tofacitinibe estarem em uma etapa posterior aos demais biológicos. Nem mesmo custo justificaria isso para o certolizumabe e o tofacitinibe. A indicação médica baseada nas manifestações de cada paciente deve ser priorizada, considerando que a chance de eficácia do primeiro imunobiológico é maior, portanto qualquer restrição pode reduzir a chance de resposta dos pacientes e trazer mais custos indiretos para a União. Se houver dúvidas da conduta ética do médico, sugiro a criação de centros de referências com reumatologistas credenciados pelo Ministério para a prescrição das medicações. Outra proposta seria a extinção desta diferenciação pelo PCDT, mas uso de nota técnica anual com a priorização das drogas conforme o custo anual para o médico justificar a não indicação do melhor custo, se necessário.</p>	
03/03/2021	Paciente	Muito boa	<p>O uso do óleo integral é muito mais benéfico que uso somente de CBD</p>	
03/03/2021	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?
03/03/2021	Sociedade médica	Boa	<p>"Nota de resposta da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) para a consulta pública Consulta Pública N° 05/2021, referente à Proposta de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Artrite Psoriásica. A SBR e suas comissões de artrite psoriásica e de espondiloartrites gostariam de contribuir à consulta pública referente à proposta de atualização do PCDT de artrite psoriásica e aproveitamos para informar que pretendemos publicar na revista científica <i>Advances in Rheumatology</i>, ainda este ano de 2021, a atualização de nossas Diretrizes para tratamento da Artrite Psoriásica¹. Na Terminologia O termo "artrite psoriásica", embora esteja presente na ortografia oficial (Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa, 2009, editado pela Academia Brasileira de Letras, com fulcro na Lei 5.765, de 18-22-1971), não é comumente utilizado pelos reumatologistas e dermatologistas e gostaríamos de sugerir a utilização preferencial pelo termo "artrite psoriásica" visando a uniformização da linguagem. O sufixo em questão é -iásico, de -íase, do grego -iasis agregado a -ico, também do grego -ikós, formador de adjetivos (Houaiss, 2009) o que forma -iásico, termo não encontrado em dicionários como o Aurélio, o Houaiss e outros de boa referência. Existe uma declaração do professor Evanildo Bechara, gramático de renome nacional e um dos presidentes da Comissão de Loxicologia e Lexicografia da Academia Brasileira de Letras, que o vocabulário está para a língua geral, mas cabe às autoridades da ciência a formulação de nomes necessários à sua expressão. Confirma-se a existência de artrite psoriásica ou psoriática na literatura médica como se pode ver nas páginas de busca da web. Há ocorrências de artrite psoriásica em artigos disponíveis no endereço www.bireme.br e também muitos outros na Revista Brasileira de Reumatologia. Em inglês utiliza-se psoriatic arthritis com centenas de exemplos na web, o que poderia ter influenciado a forma artrite psoriática em traduções para o português. No Google Acadêmico, há centenas de ocorrências de artrite psoriásica (980) e de artrite psoriática (546). No Item 3. Diagnóstico Avaliação da</p>	<p>Nossas considerações finais: Cumprimentamos os responsáveis pela nova versão de PCDT de artrite psoriásica e gostaríamos de explicitar nossas considerações finais: 1- Sugerimos trocar a terminologia "artrite psoriásica" por artrite psoriásica" 2- Concordamos com a escolha do Metotrexato como fármaco de primeira linha capaz de contribuir para o controle da atividade inflamatória da doença, e alternativamente a ele a possibilidade de utilizar LFN ou SSZ. 3- Gostaríamos de acrescentar a sugestão: período total de experimentação dos MMCDc de 3 meses e em caso de falta de resposta ou intolerância esses pacientes possam iniciar a etapa 2 com medicamentos biológicos modificadores de curso da doença. 4- Ressaltamos a heterogeneidade dos pacientes com APs que podem apresentar quadros mais impactantes de envolvimento cutâneo, articular ou ambos. Não há estudos de comparação direta entre os medicamentos anti-TNFs, mas avaliação indireta não evidenciou diferença clinicamente importante de eficácia entre eles. 5- Recomendamos que todos os MMCDb (anti-TNF e anti-IL17) sejam disponíveis desde a 2ª etapa para que o médico assistente faça sua escolha pautada na expressão fenotípica do paciente uma vez que a comparação direta de anti-TNF e anti-IL17 evidenciou superioridade da inibição da IL-17 em relação aos desfechos cutâneo e combinado cutâneo-articular com igualdade em relação ao articular. 6- Acreditamos que exista evidências para permissão da utilização de Certolizumabe no tratamento de artrite psoriásica por mulheres em idade fértil tanto durante a gestação quanto lactação.</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>atividade inflamatória da doença Diante de uma doença tão heterogênea e com potencial incapacitante relacionado à inflamação e deformidades articulares possíveis sabemos quão desafiador é avaliar um paciente com APs. Doença ativa pode ser definida pela presença de qualquer das seguintes situações: artrite periférica, inflamação da coluna vertebral, entesites, dactilites ou ainda lesão cutânea ou ungueal pela psoríase. Estamos de acordo com a mudança de paradigma de avaliação da doença por escore ACR para as métricas DAPSA2 (Disease Activity in PSoriatic Arthritis) e/ou MDA3 (Minimal Disease Activity) para o acometimento articular periférico e ASDAS4,5 (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) para o envolvimento axial da doença. Dactilites podem ser quantificadas pela contagem simples de dedos reconhecidos como difusamente edemaciados e entesites podem avaliadas pela pesquisa de pontos dolorosos conforme os índices LEI ou MASES ou SPARCC6. O envolvimento cutâneo pode ser mensurado pela extensão das lesões de pele da psoríase pela superfície corpórea (BSA) e, também pela quantificação de descamação/hiperemia/edema das áreas PASI (Psoriatic Area Severity Index)7,8. No item 7.</p> <p>TRATAMENTO O tratamento da AP objetiva a redução dos sintomas, a remissão ou o controle da atividade da doença (mínima ou baixa atividade), oferecendo melhor qualidade de vida e evitando perda da capacidade funcional dos pacientes. Acreditamos que alcançar DAPSA de remissão (?4,0) ou de baixa atividade de doença (4-14) é um ótimo parâmetro para controle da atividade inflamatória e prevenção de danos e deformidades. Acreditamos também que atingir o MDA (5 de 7 domínios) é um objetivo a ser alcançado, mas temos ciência que essa é uma realidade para cerca de 30-40% dos pacientes9,10. Recomenda-se iniciar um Medicamento Modificador de Curso de Doença Biológico (MMCDb) em pacientes com APs e artrite periférica que apresentem doença ativa apesar do uso de pelo menos um MMCDc (preferencialmente MTX) por período mínimo de três meses. No item 7.2.2.</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>Artrite Psoriaca periférica (artrite ou dactilite) = 1ª ETAPA Concordamos com a escolha do Metotrexato como fármaco de primeira linha capaz de contribuir para o controle da atividade inflamatória da doença em cerca de 50% dos pacientes²⁶. Sabendo do potencial erosivo e incapacitante da doença acreditamos que 6 meses pode ser um tempo longo demais para um paciente com critérios de pior prognóstico (NICE – 5 ou mais articulações dolorosas/edemaciadas, elevação persistente de prova inflamatória Proteína-C-Reativa ou dano estrutural articular relacionado a doença) iniciar sua terapêutica mais efetiva. Sendo assim gostaríamos de acrescentar a sugestão: período total de experimentação dos MMCDc de 3 meses e em caso de falta de resposta ou intolerância esses pacientes possam iniciar a etapa 2 com medicamentos biológicos modificadores de curso da doença. No item 7.2.2.</p> <p>Artrite Psoriaca Periférica (artrite ou dactilite) = 2ª ETAPA Acreditamos que todos os MMCDb com mecanismo de ação ant-TNF [adalimumabe (ADA)¹¹, certolizumabe pegol (CTZ)¹², etanercepte (ETN)¹³, golimumabe (GOL)¹⁴ e infliximabe (IFX)¹⁵] estão em condição de igualdade para serem primeira linha, assim como os agentes inibidores da interleucina 17 (IL-17) ixequizumabe (IXE)¹⁶ e secuquimumabe (SEC)^{17,18} e MMCDae tofacitinibe (TOFA)¹⁹. Não existem estudos comparativos “cabeça a cabeça” entre os agentes anti-TNF no tratamento da artrite psoriásica e as comparações indiretas sugerem semelhanças nos desfechos articulares e cutâneos entre os diferentes fármacos dessa classe terapêutica. No ano de 2020 foram publicados 2 estudos cujos objetivos eram comparar a resposta terapêutica entre fármacos anti-TNF e inibidores de IL-17^{20,21}. Um ensaio clínico randomizado multicêntrico não cego comparou IXE versus ADA em pacientes com APs e falha prévia a MMCDc; o avaliador do desfecho primário era cego, mas pacientes e investigadores eram não cegos. O desfecho primário deste estudo foi um desfecho composto: proporção de pacientes atingindo simultaneamente ACR50 e PASI100. Em relação ao desfecho simultâneo</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>ACR50 + PASI100, o IXE mostrou-se superior ao ADA (36% IXE vs 28%; p=0,036). Quando apenas o desfecho articular foi avaliado (ACR50), não houve diferença estatística entre as duas drogas (51% IXE vs 47% ADA). Quando apenas o desfecho cutâneo (PASI100) foi analisado, IXE teve resposta superior ao ADA (60% IXE vs 47% ADA)²⁰. Outro ensaio clínico randomizado duplo cego comparou SEC com ADA e utilizou como desfecho primário a proporção de pacientes atingindo ACR20 na semana 52. Este estudo não demonstrou superioridade do SEC em relação ao ADA para o desfecho primário ACR20 (67% SEC vs 62% ADA), mas o tratamento com SEC foi associado a uma maior taxa de retenção da medicação além de melhores respostas PASI 90 (65 vs 43 p=0,001) e combinação ACR50 + PASI90 (31 vs 19% p=0,008)²¹. Recentemente um estudo observacional²² analisou mais de 2600 pacientes dos quais 65% tinham envolvimento de mais de um domínio e somente 25% tinham um único domínio à sua apresentação. Entre todos os pacientes, as taxas de acometimento foram: Cutâneo 69,3%; Articular 68,2%; Ungueal 39,8%; Ênteses 20,6%; Axial 12,2% e Dactilites 9,0%. Essa heterogeneidade de doença logo ao início de sua apresentação justifica a necessidade de diferentes mecanismos de ação farmacológica para controlar o maior número de manifestações já como primeira linha de MMCDb. Além disso, os estudos cabeça a cabeça demonstraram superioridade da inibição da IL-17 em relação aos desfechos cutâneo e combinado cutâneo-articular com igualdade em relação ao articular. A redação do PCDT atual traz o seguinte texto: ..." Os MMCD sintéticos (MMCDs) são o metotrexato, sulfassalazina e leflunomida. Os MMCD biológicos (MMCDbio) são o adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, golimumabe, infliximabe, secuquinumabe e podem ser divididos em MMCDb primeira linha (adalimumabe, etanercepte, golimumabe e infliximabe) e MMCDbio segunda linha de tratamento (certolizumabe pegol, secuquinumabe). O MCDsae é o tofacitinibe^{7,44-47}."... .." Medicamentos Modificadores do Curso da Doença Biológicos (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?
			<p>adalimumabe, etanercepte, golimumabe e infliximabe</p> <p>Após o uso de pelo menos dois esquemas terapêuticos na primeira etapa, por no mínimo, três meses cada um (seis meses no total) e havendo persistência da atividade da doença, utiliza-se um MMCDbio de primeira linha (adalimumabe, etanercepte, golimumabe ou infliximabe). O MMCDbio de primeira linha pode ser usado em associação com o MTX ou em monoterapia. Nos casos de contraindicação ao MTX e quando houver indicação do medicamento, pode ser considerada a associação do MMCDbio com outro MMCDs (LEF ou SSZ). O adalimumabe tem indicação de associação com a LEF, além do MTX54.”... Acreditamos que tal informação tenha sido baseada na referência bibliográfica número 7 (7. National Institute of Health and Care Excellence (NICE) 2017. Final Appraisal Determination: Certolizumab pegol and secukinumab for treating active psoriatic arthritis after inadequate response to DMARDs. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ta445/chapter/1-Recommendations. Acesso em 09/03/2020), mas nesse documento os membros da agência britânica colocam na página 18 do documento do NICE observa-se as seguintes conclusões: ...”Certolizumab pegol alone, or in combination with methotrexate, is recommended as an option for treating active psoriatic arthritis in adults only if: • it is used as described in NICE technology appraisal guidance on etanercept, infliximab and adalimumab for the treatment of psoriatic arthritis (recommendations 1.1 and 1.2) or • the person has had a TNF-alpha inhibitor but their disease has stopped responding after the first 12 weeks.”... ..” Secukinumab alone, or in combination with methotrexate, is recommended as an option for treating active psoriatic arthritis in adults only if: • it is used as described in NICE technology appraisal guidance on etanercept, infliximab and adalimumab for the treatment of psoriatic arthritis (recommendations 1.1 and 1.2) or • the person has had a TNF-alpha inhibitor but their disease has not responded within the first 12 weeks or has stopped responding after 12 weeks or • TNF-alpha inhibitors are contraindicated but would</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>otherwise be considered (as described in NICE technology appraisal guidance on etanercept, infliximab and adalimumab for the treatment of psoriatic arthritis)” Aqui fica claro que a indicação do certolizumabe deve ser a mesma utilizada para indicação de outros agentes anti-TNF etanercepte, infliximabe, adalimumabe e que certolizumabe, ou seja como agente de primeira linha e também pode ser utilizado por pessoas que já fizeram uso prévio de outro agente anti-TNF, desde que tenha apresentado perda de resposta clínica, ou seja falha secundária. Eles citam também que há evidências para o uso de certolizumabe em pacientes que apresentaram falha primária a outro agente anti-TNF. Em relação ao secuquinumabe o documento do NICE sugere que a indicação do secuquinumabe deve ser a mesma utilizada para indicação de outros agentes anti-TNF etanercepte, infliximabe, adalimumabe, ou seja como agente de primeira linha e também que secuquinumabe pode ser utilizado por pessoas que já fizeram uso prévio de outro agente anti-TNF e que tenha apresentado falha primária ou secundária. Gostaríamos de acrescentar que as sociedades internacionais EULAR^{23,24} e GRAPPA²⁵ sugerem que TODOS os MMCDb possam ser utilizados como imunobiológicos de primeira linha enquanto o ACR²⁶ sugere preferencialmente o uso dos MMCDb anti-TNF. No item 7.2.3. Artrite Psoriática Axial ou Entesite ...”Nos pacientes com AP axial ou entesite o tratamento é iniciado com AINE e, se necessário, após o seu uso, o tratamento com MMCDb de primeira linha é preconizado.”... Na versão atualizada do PCDT em questão o texto não especifica por quanto tempo deve ser utilizado o AINE até a introdução do MMCDb e acreditamos que deve ser de 30 dias, prazo também sugerido pela Diretriz de Espondiloartrite Axial da SBR5. A literatura não traz grandes informações a respeito do envolvimento axial da artrite psoriásica e muito do que se sabe e utiliza é baseado em Espondiloartrite. Tais diretrizes determinam a possibilidade de utilização de agentes anti-TNF ou inibidores de IL-17 como fármacos de primeira etapa. No item 7.6.1. Contraindicações 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>uso durante a gravidez e lactação Os MMCDs metotrexato e leflunomida são contraindicados na gravidez e lactação. O MMCDs sulfasalazina, o imunossupressor ciclosporina, os glicocorticoides, os AINEs, os MMCDb anti-TNF (adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, golimumabe e infliximabe), o MMCDbio inibidor de citocinas anti-IL-17 (secuquinumabe) e o tofacitinibe não devem ser usados durante a gravidez e a lactação, exceto se houver orientação médica. Dois estudos publicados em 2017 trouxeram dados relevantes a respeito da utilização de certolizumabe por mulheres em idade fértil demonstrando segurança durante gestação e lactação^{28,29}. Levando em consideração que AP tem maior incidência em indivíduos na quarta década de vida, Certolizumabe parece ser uma medicação interessante a ser escolhida para pacientes com potencial gestação e lactação. Nossas considerações finais: Cumprimentamos os responsáveis pela nova versão de PCDT de artrite psoriásica e gostaríamos de explicitar nossas considerações finais: 1- Sugerimos trocar a terminologia “artrite psoriaca” por artrite psoriásica” 2- Concordamos com a escolha do Metotrexato como fármaco de primeira linha capaz de contribuir para o controle da atividade inflamatória da doença, e alternativamente a ele a possibilidade de utilizar LFN ou SSZ. 3- Gostaríamos de acrescentar a sugestão: período total de experimentação dos MMCDc de 3 meses e em caso de falta de resposta ou intolerância esses pacientes possam iniciar a etapa 2 com medicamentos biológicos modificadores de curso da doença. 4- Ressaltamos a heterogeneidade dos pacientes com APs que podem apresentar quadros mais impactantes de envolvimento cutâneo, articular ou ambos. Não há estudos de comparação direta entre os medicamentos anti-TNFs, mas avaliação indireta não evidenciou diferença clinicamente importante de eficácia entre eles. 5- Recomendamos que todos os MMCDb (anti-TNF e anti-IL17) sejam disponíveis desde a 2ª etapa para que o médico assistente faça sua escolha pautada na expressão fenotípica do paciente uma vez</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>que a comparação direta de anti-TNF e anti-IL17 evidenciou superioridade da inibição da IL-17 em relação aos desfechos cutâneo e combinado cutâneo-articular com igualdade em relação ao articular. 6- Acreditamos que exista evidências para permissão da utilização de Certolizumabe no tratamento de artrite psoriásica por mulheres em idade fértil tanto durante a gestação quanto lactação. Bibliografia: 1. Carneiro S, Azevedo VF, Bonfiglioli R, et al. Recommendations for the management and treatment of psoriatic arthritis. Rev Bras Reumatol.2013;53(3):227-41. 2. Schoels MM, Aletaha D, Alasti F, Smolen JS. Disease activity in psoriatic arthritis (PsA): defining remission and treatment success using the DAPSA score. Ann Rheum Dis. 2016;75(5):811-818. doi:10.1136/annrheumdis-2015-207507 3. Oates LC, Fransen J, Helliwell PS. Defining minimal disease activity in psoriatic arthritis: a proposed objective target for treatment. Ann Rheum Dis. 2010;69(1):48-53. doi:10.1136/ard.2008.102053 4. Machado P, Landewé R, Lie E, Kvien TK, Braun J, Baker D, van der Heijde D; Assessment of SpondyloArthritis international Society. Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS): defining cut-off values for disease activity states and improvement scores. Ann Rheum Dis. 2011 Jan;70(1):47-53. doi: 10.1136/ard.2010.138594. Epub 2010 Nov 10. PMID: 21068095. 5. Besende GG, Meirelles ES, Marques CDL, Chiereghin A, Lyrio AM, Ximenes AC, Saad CG, Gonçalves CR, Kohem CL, Schainberg CG, Campanholo CB, Bueno Filho JSS, Pieruccetti LB, Keiserman MW, Yazbek MA, Palominos PE, Goncalves RSG, Lage RDC, Assad RL, Bonfiglioli R, Anti SMA, Carneiro S, Oliveira TL, Azevedo VF, Bianchi WA, Bernardo WM, Pinheiro MM, Sampaio-Barros PD. The Brazilian Society of Rheumatology guidelines for axial spondyloarthritis - 2019. Adv Rheumatol. 2020 Feb 21;60(1):19. doi: 10.1186/s42358-020-0116-2. PMID: 32171329. 6. Mease PJ. Measures of psoriatic arthritis: Tender and Swollen Joint Assessment, Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), Modified Nail Psoriasis Severity Index (mNAPSI), Mander/Newcastle</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>Enthesitis Index (MEI), Leeds Enthesitis Index (LEI), Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC), Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score (MASES), Leeds Dactylitis Index (LDI), Patient Global for Psoriatic Arthritis, Dermatology Life Quality Index (DLQI), Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQOL), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F), Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC), Psoriatic Arthritis Joint Activity Index (PsAJAI), Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA), and Composite Psoriatic Disease Activity Index (CPDAI). Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 Nov;63 Suppl 11:S64-85. doi: 10.1002/acr.20577. PMID: 22588772.</p> <p>7. Langley RG, Ellis CN. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. J Am Acad Dermatol. 2004 Oct;51(4):563-9. doi: 10.1016/j.jaad.2004.04.012. PMID: 15389191.</p> <p>8. Consenso brasileiro de psoríase 2020 : algoritmo de tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia / coordenação geral Sérgio Palma; editores Ricardo Romiti, André Vicente E. de Carvalho, Gleison V. Duarte, revisão geral Hélio Amante Miot. - 3. ed. - Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2020.138p. Formato: PDF ISBN 978-65-992880-1-2 (recurso eletrônico) 9. Ferreira MF, Kohem CL, Xavier RM, et al. Treating psoriatic arthritis to target: discordance between physicians and patients' assessment, non-adherence, and restricted access to drugs precluded therapy escalation in a real-world cohort. Clin Rheumatol. 2019;38(3):961-968. doi:10.1007/s10067-018-4383-9 10. Zardin-Moraes M, da Silva ALFA, Saldanha C, et al. Prevalence of Psoriatic Arthritis Patients Achieving Minimal Disease Activity in Real-world Studies and Randomized Clinical Trials: Systematic Review with Metaanalysis. J Rheumatol. 2020;47(6):839-846. doi:10.3899/jrheum.190677</p> <p>11. Mease PJ, Gladman DD, Ritchlin CT, Ruderman EM, Steinfeld SD, Choy EH, et al. Adalimumab for the treatment of patients with moderately to severely active psoriatic arthritis: results of a double-blind, randomized,</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>placebo-controlled trial. <i>Arthritis Rheum</i> 2005; 52:3279-89.</p> <p>12. Mease PJ, Fleischmann R, Deodhar AA, Wollenhaupt J, Khraishi M, Kielar D, Woltering F, Stach C, Hoepken B, Arledge T, van der Heijde D. Effect of certolizumab pegol on signs and symptoms in patients with psoriatic arthritis: 24-week results of a Phase 3 double-blind randomised placebo-controlled study (RAPID-PsA). <i>Ann Rheum Dis</i>. 2014; 73:48-55. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203696. PMID: 23942868</p> <p>Mease PJ, Kivitz AJ, Burch FX, Siegel EL, Cohen SB, Ory P, et al. Etanercept treatment of psoriatic arthritis: safety, efficacy, and effect on disease progression. <i>Arthritis Rheum</i> 2004; 50: 2264-72.</p> <p>13. Mease PJ, Goffe BS, Metz J, VanderStoep A, Finck B, Burge DJ. Etanercept in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a randomised trial. <i>Lancet</i> 2000; 356:385-90.</p> <p>14. Kavanaugh A, McInnes , Mease P, Krueger GG, Gladman D, Gomez-Reino J, Papp K, Zrubek J, Mudivarthi S, Mack M, Visvanathan S, Beutler A Golimumab, a new human tumor necrosis factor alpha antibody, administered every four weeks as a subcutaneous injection in psoriatic arthritis: Twenty-four-week efficacy and safety results of a randomized, placebo-controlled study. <i>Arthritis Rheum</i>. 2009 Apr;60(4):976-86. doi: 10.1002/art.24403.</p> <p>15. Antoni CE, Kavanaugh A, Kirkham B, Tutuncu Z, Burmester GR, Schneider U, et al. Sustained benefits of infliximab therapy for dermatologic and articular manifestations of psoriatic arthritis: results from the infliximab multinational psoriatic arthritis controlled trial (IMPACT). <i>Arthritis Rheum</i> 2005;52(4):1227-36. [Erratum in: <i>Arthritis Rheum</i> 2005; 52:2951].</p> <p>16. Mease PJ, van der Heijde D, Ritchlin CT, et al. Ixekizumab, an interleukin-17A specific monoclonal antibody, for the treatment of biologic-naive patients with active psoriatic arthritis: results from the 24-week randomised, double-blind, placebo-controlled and active (adalimumab)-controlled period of the phase III trial SPIRIT-P1. <i>Ann Rheum Dis</i>. 2017;76(1):79-87. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209709</p> <p>17. Mease PJ, McInnes IB, Kirkham B, et al. Secukinumab Inhibition of Interleukin-17A in Patients</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>with Psoriatic Arthritis. N Engl J Med. 2015;373(14):1329-1339. doi:10.1056/NEJMoa1412679</p> <p>18. McInnes IB, Mease PJ, Kirkham B, et al. Secukinumab, a human anti-interleukin-17A monoclonal antibody, in patients with psoriatic arthritis (FUTURE 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2015;386(9999):1137-1146. doi:10.1016/S0140-6736(15)61134-5</p> <p>19. Mease P, Hall S, FitzGerald O, et al. Tofacitinib or Adalimumab versus Placebo for Psoriatic Arthritis. N Engl J Med. 2017;377(16):1537-1550. doi:10.1056/NEJMoa1615975</p> <p>20. Mease PJ, Smolen JS, Behrens F, Nash P, Leage SL, Li L et al. A head to head comparison of the efficacy and safety of ixekizumab and adalimumab in biological-naïve patients with active psoriatic arthritis: 24-week results of a randomized, open-label, blinded-assessor trial. Ann Rheum Dis 2020; 79:123-131.</p> <p>21. McInnes I, Behrens F, Mease PJ, Kavanaugh A, Ritchlin C, Nash P et al. Secukinumab versus adalimumab for treatment of active psoriatic arthritis (EXCEED): a double-blind, parallel-group, randomized, active-controlled, phase 3b trial. Lancet 2020; 395: 1496-505.</p> <p>22. D'Agostino A, Hur P, Liu M, Rebello S, McLean R, Dube B, Glynn M, Mease P. Prevalence of Disease Domain Presentations Among Patients with Psoriatic Arthritis: Results from the Corrona Psoriatic Arthritis/Spondyloarthritis (PsA/SpA) Registry [abstract]. Arthritis Rheumatol. 2019; 71 (suppl 10). https://acrabstracts.org/abstract/prevalence-of-disease-domain-presentations-among-patients-with-psoriatic-arthritis-results-from-the-corrone-psoriatic-arthritis-spondyloarthritis-psa-spa-registry/. Accessed March 2, 2021.</p> <p>23. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ, et al. Group for Research and assessment of psoriasis and psoriatic Arthritis 2015 treatment recommendations for psoriatic arthritis. Arthritis Rheumatol.2016;68:1060–71.</p> <p>24. Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. Ann Rheum Dis. 2016;75(3):499-510.</p> <p>25. Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A, et al.</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>EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2020;79(6):700-712. doi:10.1136/annrheumdis-2020-217159</p> <p>26. Singh JA, Guyatt G, Ogdie A, et al. Special Article: 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. <i>Arthritis Rheumatol.</i> 2019;71(1):5-32. doi:10.1002/art.40726</p> <p>27. Mease PJ, Gladman DD, Samad AS, Coates LC, Liu LXH, Aras GA, et al. Design and rationale of the Study of Etanercept and Methotrexate in Combination or as Monotherapy in Subjects with Psoriatic Arthritis (SEAM-PsA). <i>RMD Open.</i> 2018;4:e000606</p> <p>28. Mariette X, Förger F, Abraham B, Flynn AD, Moltó A, Flipo RM, van Tubergen A, Shaughnessy L, Simpson J, Teil M, Helmer E, Wang M, Chakravarty EF. Lack of placental transfer of certolizumab pegol during pregnancy: results from CRIB, a prospective, postmarketing, pharmacokinetic study. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2018 Feb;77(2):228-233. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-212196. Epub 2017 Oct 13. PMID: 29030361; PMCID: PMC5867410.</p> <p>29. Elowse ME, Förger F, Hwang C, Thorp J, Dolhain RJ, van Tubergen A, Shaughnessy L, Simpson J, Teil M, Toublanc N, Wang M, Hale TW. Minimal to no transfer of certolizumab pegol into breast milk: results from CRADLE, a prospective, postmarketing, multicentre, pharmacokinetic study. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2017 Nov;76(11):1890-1896. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211384. Epub 2017 Aug 16. PMID: 28814432; PMCID: PMC5705850. "</p>	
03/03/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Mais uma opção de tratamento para o pacientes	
04/03/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
04/03/2021	Profissional de saúde	Boa	Sim	Sim. Inclusão do secuquinumabe no tratamento de artrite psoriasica
04/03/2021	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?
04/03/2021	Paciente	Boa		
04/03/2021	Paciente	Muito boa		
04/03/2021	Paciente	Muito boa		
04/03/2021	Paciente	Boa		
04/03/2021	Paciente	Muito boa		
04/03/2021	Paciente	Boa		
04/03/2021	Paciente	Boa	No momento não	Saúde mental
04/03/2021	Paciente	Muito boa		
04/03/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Avaliação do uso de secuquinumabe como opção de primeira linha pra alguns casos específicos de artrite psoriática	
04/03/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Nao
04/03/2021	Outra	Ruim	As drogas com outros mecanismos como bloqueadores de Interleucina-17 devam ser opção terapêutica utilizados, nas doses preconizadas em bula, como terapia de primeira linha, não só os bloqueadores de Fator de necrose tumoral (adalimumabe, infliximabe, golimumabe, certolizumabe, etanercepte). O inibidor de interleucina 17 disponível no SUS é o secuquinumabe e deve ser colocado como primeira opção visto que, há pacientes com um risco maior de desenvolverem tuberculose em uso de anti-TNF e com minha experiência em uso dessa medicação o secuquinumabe é excelente opção para uso de primeira linha devendo o médico assistente definir qual mecanismo usar conforme perfil do paciente.	Na primeira linha para artrite psoriática deve constar drogas com mecanismos diversos pois cada paciente tem sua escolha individualizada.
04/03/2021	Profissional de saúde	Regular	Sim. Prescrevo Secuquinumabe como primeira linha em pacientes com Psoríase e Artrite Psoriásica quando os pacientes apresentam contraindicação para o uso de anti-TNF alfa com excelente resposta.	

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?
04/03/2021	Sociedade médica	Regular	Gostaria que a medicação imunobiológica secuquinumabe fosse incluída como primeira linha de tratamento, considerando as robustas evidências científicas e experiência clínica que retratam a eficiência desta medicação	
04/03/2021	Interessado no tema	Boa		
04/03/2021	Paciente	Muito boa		
04/03/2021	Paciente	Boa	Não	Não
04/03/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Gostaria adicionar o Consetix como medicamento de primeira linha	Nao
04/03/2021	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa	Não	Consideramos importante que os médicos tenham mais uma alternativa de tratamento para pacientes dom Artrite Psoriásica
05/03/2021	Paciente	Boa		
05/03/2021	Paciente	Boa		
05/03/2021	Paciente	Muito boa	Nao	
05/03/2021	Paciente	Muito boa	Mais reumatologistas e dermatologistas sabedores desta matéria tão importante.	Tenho psoríase e artrite gotosa, nem um médico por onde andei, fez esta associação das 2 doenças, muito chato sofrer com isto.
05/03/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Excelente atualizacao
05/03/2021	Sociedade médica	Muito boa	Nao	Nao
05/03/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Maior segurança frente a pacientes com risco de contágio de tuberculose (endêmico no Rio de Janeiro)	
06/03/2021	Profissional de saúde	Boa	Introduzir o Secuquinumabe como primeira linha de tratamento.	
07/03/2021	Paciente	Boa	Não	Não
07/03/2021	Paciente	Muito boa	Não	Não
07/03/2021	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?
08/03/2021	Interessado no tema	Muito boa		
08/03/2021	Empresa	Muito boa	<p>"Na seção 7 - Tratamento, nos itens: "7.2.3 – Artrite Psoriaca Axial ou Entesite"; "7.3.1 – AP periférica (artrite ou dactilite)"; e "7.3.2 – Artrite Psoriaca axial e entesite"; sugere-se acrescentar ao final do parágrafo, onde lê-se ""tofacitinibe"", a frase ""tofacitinibe em associação a MMCDs"". No fluxograma do tratamento dos pacientes com Artrite Psoriaca, apresentado na página 21, figura 2, sugere-se incluir a anotação nº 5 "Tem indicação de associação com outros MMCDs, além do MTX" ao lado de "tofacitinibe" no fluxo de tratamento da AP Axial e Entesite."</p>	Documento com referências bibliográficas enviado por e-mail
08/03/2021	Grupos/associação/organização de pacientes	Boa	<p>A SUPERANDO cumprimenta os responsáveis pela nova versão de PCDT de Artrite Psoriásica, e gostaria de explicitar as considerações finais: 1- Somos a favor da escolha do Metotrexato como fármaco de primeira linha capaz de contribuir para o controle da atividade inflamatória da doença, e permear a ele a possibilidade de utilizar Leflunomida ou Sulfassalazina. 2- Como sugestão o Conselho Científico da SUPERANDO gostaria de incluir: período total de experimentação dos MMCDc de 03 meses e em caso de falta de resposta ou intolerância esses pacientes possam iniciar a etapa 02 com medicamentos biológicos modificadores de curso da doença. 3- O Conselho Científico da SUPERANDO solicita que todos os MMCDb (anti-TNF e anti-IL17) sejam disponíveis desde a 2ª etapa, para que o médico faça sua escolha pautada na expressão fenotípica do paciente, uma vez que a comparação direta de anti-TNF e anti-IL17 evidenciou superioridade da inibição da IL-17 em relação aos desfechos cutâneo e combinado cutâneo-articular com igualdade em relação ao articular. 4- Finalizando a Diretoria da SUPERANDO acha importante à diversificação dos mecanismos de ação disponíveis, uma vez que nem todos os pacientes respondem ao anti-TNF.</p>	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?
08/03/2021	Grupos/associação/organização de pacientes	Boa	Sim. O GRUPASP parabeniza os responsáveis pela nova versão do PCDT de Artrite Psoriática, e gostaria de as considerações : 01- Somos favoráveis à escolha do Metotrexato como fármaco de primeira linha capaz de contribuir para o controle da atividade inflamatória, e permear a ele a possibilidade de utilizar Leflunomida ou Sufassalazina; 02- O Conselho Científico do GRUPASP, solicita que todos os MMCDb (anti-TNF e anti-IL17), sejam disponíveis desde a segunda etapa, para que o médico faça sua escolha pautada na expressão fenotípica do paciente, uma vez que a comparação direta de anti-TNF e anti-IL17 evidenciou superioridade da inibição da IL-17 em relação aos desfechos cutâneos e combinados cutâneo-articular com igualdade em relação ao articular.	
09/03/2021	Paciente	Muito boa	Não	Quanto a obrigatoriedade do uso do número do celular
09/03/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
09/03/2021	Grupos/associação/organização de pacientes	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?
09/03/2021	Empresa	Regular	<p>"A Novartis reconhece que a busca por atualização constante do PCDT para artrite psoriática (AP) representa um avanço no que diz respeito ao diagnóstico e acesso ao tratamento da doença no Brasil. Com o avanço das evidências científicas nos últimos anos em relação ao entendimento desta doença, diagnóstico, bem como do manejo e tratamento dos pacientes com artrite psoriática, a Novartis considera relevante que sejam revistas as seguintes informações: 1-No item 1 (Introdução)1 do PCDT onde são abordadas as informações gerais sobre a doença, consideramos que existem atualizações recentes e importantes no que se refere à fisiopatologia da artrite psoriática e portanto sugerimos a revisão do texto com as seguintes informações: A artrite psoriática (AP) – também dita psoriásica ou psoriática - é uma doença sistêmica inflamatória imunomediada que pertence ao grupo das espondiloartrites (EpA), caracterizada por apresentar sorologia do fator reumatoide geralmente negativa e atualmente as evidências sugerem que a AP manifesta-se de forma heterogênea por diferentes domínios clínicos, como o comprometimento articular periférico através da artrite, dactilite e principalmente da entesite, além, da possibilidade do comprometimento axial através da espondilite ou sacroileíte e também da psoríase (PsO) cutânea e ungueal.2-4 Em relação a fisiopatologia da AP, apesar da caracterização em diversos fenótipos clínicos e dos mecanismos fisiopatológicos não estarem totalmente compreendidos, as evidências mais recentes sugerem a entesite como a característica patognomônica da AP, bem como diferenças importantes entre a resposta inflamatória da entesite (caraterística da AP) e a resposta inflamatória sinovial (característica da artrite reumatoide).5-7 A resposta inflamatória da AP ocorre através da interação complexa entre a imunidade inata e adaptativa, onde além da prostaglandina E2 e de citocinas pró-inflamatória relacionadas aos linfócitos T (ex: TNF, IL-6, dentre outras). Evidências mais recentes sugerem ainda que após o estresse mecânico (ou infeccioso) nas estruturas articulares, ocorre a ativação</p>	<p>À luz das evidências científicas mais recentes em relação a fisiopatologia e evolução da doença, sobre o papel central da IL-17 na resposta inflamatória das entesites (característica principal da artrite psoriática) e pensando também no maior benefício dos pacientes com esta doença, a Novartis acredita que o PCDT que atualmente apresenta incorporado e disponível na primeira etapa de terapia biológica, apenas 4 medicamentos com o mesmo mecanismo de ação (anti-TNF), e muitas vezes com ressalvas importantes quanto às suas utilizações em relação a determinados perfis de pacientes, deveria contemplar o secuquinumabe (inibidor da IL-17) também nesta primeira etapa de terapia biológica por apresentar um mecanismo de ação diferente do que está disponível atualmente no PCDT. Sendo assim, os médicos e pacientes podem ter a oportunidade e disponibilidade de utilização de diferentes alvos terapêuticos muito mais seletivos, além, da oportunidade e autonomia para o médico decidir pela melhor opção de tratamento para cada paciente com uma maior flexibilidade de escolha e uma maior facilidade de acesso às terapias biológicas mais eficazes, disponíveis no SUS, para os pacientes com artrite psoriática. Documento completo e referências encaminhados através do email conitec@saude.gov.br</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>do chamado “eixo IL-23 – Th-17” ou da “via IL-23 – IL-17”, com subsequente expressão e liberação aumentada da interleucina 17A (IL-17A) no local da lesão, tendo um papel chave na perpetuação da inflamação nas enteses e a ação direta nas respostas do tecido ósseo local tanto com a erosão quanto com a neoformação óssea na articulação.^{5, 8-14} 2- No item 7 do PCDT, onde são abordadas as informações sobre o tratamento da AP, a Novartis considera importante que sejam revistas as seguintes informações: Tanto as diretrizes EULAR de 2016 para o manejo da artrite psoriásica com terapias farmacológicas quanto a sua própria atualização mais recente em 2020 são utilizadas como referência no texto e entendemos que a atualização de 2020 deva prevalecer nesta atualização do PCDT, justamente por conter as evidências mais recentes sobre o tema.^{15,16} No “Quadro 2” onde são explorados os fatores de pior prognóstico a atualização da recomendação EULAR (2020)¹⁶ traz o comprometimento ungueal como uma nova evidência para os fatores de pior prognóstico na AP. Entendemos a importância da psoríase ungueal como fator de pior prognóstico, além de ser uma manifestação da AP que leva a uma importante perda na qualidade de vida dos pacientes. Ressaltamos que o secuquinumabe é a única medicação biológica (através do estudo TRANSFIGURE), a mostrar eficácia e segurança para o tratamento do acometimento ungueal na psoríase. 17 No item “7.2.2. Artrite Psoriásica Periférica (artrite ou dactilite)” onde são abordadas as etapas do tratamento, entendemos que existem divergências entre o texto e as referências que o embasam: A atualização recente das recomendações EULAR (2020) para o tratamento de pacientes com artrite periférica e que tiveram uma resposta inadequada a pelo menos um dos MMCDs, sugere que o tratamento com um MMCDbio deve ser iniciado independentemente do mecanismo de ação disponível (anti-TNF ou inibidor da IL-17). Ressaltam ainda que, caso haja o envolvimento relevante das lesões de pele (psoríase), o inibidor de IL-17 deve ser a opção preferencial. A justificativa para tal é que os inibidores</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>da IL12/23 e IL17 tem mostrado melhor eficácia na pele do que inibidores do TNF. O estudo EXCEED, que realiza a comparação direta entre adalimumabe e secuquinumabe, confirmou melhores respostas na pele para o secuquinumabe.¹⁸ No item “7.2.3. Artrite Psoriaca Axial ou Entesite”¹ as etapas do tratamento são abordadas de maneira semelhante para estas 2 manifestações distintas, entretanto, a última atualização (EULAR 2020) aborda estas duas manifestações em recomendações separadas. Recomendação 9 (entesite): a afirmação anteriormente utilizada “a prática atual é usar um inibidor de TNF” foi retirada do texto, sendo sugerida a utilização do MMCDbio sem distinção de mecanismo de ação (anti-TNF ou inibidor de IL-17). Recomendação 10 (axial): sugere que quando houver o envolvimento axial e a psoríase concomitante, o inibidor de IL-17 passa a ter a preferência como utilização em primeira linha. Ressaltamos que o MAXIMISE é o único estudo que avaliou exclusivamente a eficácia e segurança de alguma terapia biológica na manifestação axial da AP e comprovou a eficácia do secuquinumabe.¹⁹ O MAXIMISE soma-se a um robusto corpo de evidências do secuquinumabe, o qual comprova a eficácia da molécula em cada uma das seis manifestações da doença: entesite, dactilite, pele, axial, articular e ungueal. Com relação ao perfil de segurança, a comparação direta entre secuquinumabe e adalimumabe em pacientes com artrite psoriaca (EXCEED), mostrou taxas de infecções semelhantes, com menor descontinuação por eventos adversos e falta de eficácia para o secuquinumabe durante o primeiro ano de tratamento.¹⁸ Dados de vida real também tem mostrado uma excelente manutenção de resposta do secuquinumabe frente aos inibidores do TNF.²⁰ Sabe-se também que o TNF tem participação primordial na defesa contra a tuberculose, sem envolvimento da IL-17.²¹⁻²³ Estes dados se confirmaram na prática, com mais de 12000 pacientes tratados nas três indicações em 28 estudos clínicos do secuquinumabe sem nenhum caso de reativação de tuberculose²⁴. O diferencial de segurança entre inibidores da IL-17 e do TNF é</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?
			especialmente importante no Brasil, país endêmico para a doença. ^{25,26} Por fim, gostaríamos de ressaltar as informações descritas no PCDT de Psoríase (2019) onde assume-se que o risco de reativação de tuberculose pode ser até 6 vezes maior com os anti-TNF, principalmente no caso dos anticorpos monoclonais (como adalimumabe e infliximabe) e em casos de alto risco, o PCDT indica a terapia com ustequinumabe ou secuquinumabe. ²⁷ Levando em consideração todas as informações destacadas anteriormente, acreditamos que o item “7.3. ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA” ¹ , bem como o fluxograma de tratamento também devem ser revistos de modo à refletir as alterações sugeridas no texto. Documento completo e referências encaminhados através do email conitec@saude.gov.br"	
09/03/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		
09/03/2021	Interessado no tema	Muito boa		
09/03/2021	Paciente	Muito boa		
09/03/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		
09/03/2021	Interessado no tema	Muito boa		
09/03/2021	Interessado no tema	Muito boa		
09/03/2021	Interessado no tema	Boa		
09/03/2021	Paciente	Muito boa		
09/03/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
09/03/2021	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?
09/03/2021	Profissional de saúde	Boa	INCLUIR O CERTOLIZUMABE, O SECUKINUMABE E O TOFACITINIBE COMO PRIMEIRA LINHA	Ao optarmos por um determinado tratamento seguimos as recomendações, porém existe a individualidade de cada paciente incluindo o contexto em que vive. A introdução do certolizumabe em primeira linha iria beneficiar as mulheres jovens com desejo de engravidar. O tofacitinibe pela sua via de administração oral. o secuquinumabe uma classe não anti TNF com bom efeito em entesopatia
09/03/2021	Paciente	Muito boa		
09/03/2021	Interessado no tema	Boa	não	
09/03/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		
09/03/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		
09/03/2021	Paciente	Boa		Sou refratária de 3 imunobiológicos (Secuquinumabe, Adalimumabe e Golimumabe) atualmente uso o infliximabe, e gostaria de ter outras opções caso o tratamento atual também demonstra falhe.
09/03/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
09/03/2021	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa		
09/03/2021	Paciente	Muito boa		
09/03/2021	Interessado no tema	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?
10/03/2021	Interessado no tema	Muito boa		