

**MONITORAMENTO DO TRATAMENTO DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

**MONITORING THE TREATMENT OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS WITHIN THE SCOPE OF THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)**

**MONITOREO DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL ÂMBITO DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS)**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n7-154>

**Data de submissão:** 10/06/2025

**Data de publicação:** 10/07/2025

**Cynthia Simões da Silva**

Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal de Santa Catarina,  
Campus Trindade, Florianópolis, Santa Catarina

**Marina Rajche Mattozo Rover**

Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal de Santa Catarina,  
Campus Trindade, Florianópolis, Santa Catarina

**Filipe Carvalho Matheus**

Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal de Santa Catarina,  
Campus Trindade, Florianópolis, Santa Catarina

## **RESUMO**

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica sistêmica, que pode evoluir para limitação funcional, comprometendo a capacidade laboral e a qualidade de vida, com significativo impacto pessoal e social. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza uma ampla variedade de medicamentos para o tratamento, como os medicamentos biológicos, alguns relativamente novos, e que representam elevado impacto financeiro. Entretanto no país têm-se poucos estudos de vida real referente a estes tratamentos, os quais são fundamentais para a compreensão dos problemas de adesão, de acesso, benefícios e riscos envolvidos. Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi analisar dados do monitoramento remoto de pacientes com AR, por farmacêuticos. Para tal, foi realizado um estudo observacional e prospectivo com os pacientes em tratamento de AR atendidos pelo CEAf, durante o segundo semestre de 2020 e primeiro semestre de 2021. Foram coletados dados do sistema informatizado utilizado e do atendimento telefônico trimestral. Os dados foram registrados em um instrumento eletrônico construído para conter dados como: sociodemográficos, socioeconômicos, do tipo de atendimento em saúde, medicamentos em uso, sinais e sintomas da AR e resultados de exames laboratoriais para avaliação da efetividade e segurança dos tratamentos. Os dados foram analisados no Microsoft Excel®. A maior parte dos participantes foi do sexo feminino (86,7%, n=263), com média de idade de 59,10 anos e utilizava no primeiro atendimento medicamentos sintéticos ou biológicos associados a sintéticos, já no segundo momento prevaleceu biológicos ou biológicos associados a sintéticos. Quanto às Reações Adversas aos Medicamentos (RAM) 41,40% dos usuários relataram ter alguma nenhuma reação, especialmente os que utilizavam metotrexato. Este estudo analisou o perfil sociodemográfico e de utilização de medicamentos de pacientes com AR atendidos em um serviço público de dispensação de medicamentos do CEAf. Assim, a presente proposta visa fornecer subsídios para o aprimoramento da assistência farmacêutica no SUS, identificar

lacunas no cuidado e suprir necessidades relativas aos tratamentos, possibilitando melhora nos prognósticos e na qualidade de vida destes pacientes.

**Palavras-chave:** Artrite Reumatoide. Assistência Farmacêutica. Cuidado Farmacêutico. Conduta do Tratamento Medicamentoso.

## ABSTRACT

Rheumatoid Arthritis (RA) is a chronic systemic inflammatory disease that can lead to functional limitations, affecting work capacity and quality of life, with significant personal and social impact. In Brazil, the Unified Health System (SUS) provides a wide range of medications for treatment, including biological drugs, some of which are relatively new and represent a high financial burden. However, there are few real-world studies in the country regarding these treatments, which are essential for understanding issues related to adherence, access, benefits, and associated risks. Therefore, the aim of this study was to analyze data from the remote monitoring of RA patients by pharmacists. An observational and prospective study was conducted with RA patients receiving treatment through CEAf (Specialized Component of Pharmaceutical Assistance) during the second half of 2020 and the first half of 2021. Data were collected from the electronic system used and from quarterly telephone consultations. The information was recorded in an electronic tool developed to include data such as: sociodemographic and socioeconomic characteristics, type of healthcare services used, current medications, RA signs and symptoms, and laboratory test results to assess treatment effectiveness and safety. Data were analyzed using Microsoft Excel®. Most participants were female (86.7%, n=263), with a mean age of 59.1 years. At the first consultation, most patients were using synthetic drugs or biologicals combined with synthetics. At the second consultation, the use of biologicals or biologicals combined with synthetics prevailed. Regarding Adverse Drug Reactions (ADRs), 41.4% of users reported no reactions, particularly those using methotrexate. This study analyzed the sociodemographic profile and medication use among RA patients treated at a public pharmaceutical service (CEAf). Thus, the present proposal aims to provide support for improving pharmaceutical care within SUS, identifying gaps in care, and addressing treatment-related needs, thereby contributing to better patient outcomes and quality of life.

**Keywords:** Arthritis Rheumatoid. Pharmaceutical Services. Pharmaceutical Care. Medication Therapy Management.

## RESUMEN

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica que puede evolucionar hacia una limitación funcional, comprometiendo la capacidad laboral y la calidad de vida, con un impacto personal y social significativo. En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) ofrece una amplia variedad de medicamentos para el tratamiento, incluidos los medicamentos biológicos, algunos relativamente nuevos y de alto impacto financiero. Sin embargo, en el país existen pocos estudios de vida real sobre estos tratamientos, los cuales son fundamentales para comprender los problemas de adherencia, acceso, beneficios y riesgos involucrados. De esta forma, el objetivo de este trabajo fue analizar datos del monitoreo remoto de pacientes con AR realizado por farmacéuticos. Para ello, se realizó un estudio observacional y prospectivo con pacientes en tratamiento de AR atendidos por el CEAf, durante el segundo semestre de 2020 y el primer semestre de 2021. Se recopilaron datos del sistema informatizado utilizado y de la atención telefónica trimestral. Los datos se registraron en un instrumento electrónico diseñado para contener información como: datos sociodemográficos, socioeconómicos, tipo de atención en salud, medicamentos en uso, signos y síntomas de la AR y resultados de exámenes de laboratorio para evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos. Los datos fueron analizados en Microsoft Excel®. La mayoría de los participantes fueron mujeres (86,7%,

n=263), con una edad media de 59,10 años. En la primera consulta utilizaban medicamentos sintéticos o biológicos asociados a sintéticos, y en la segunda predominaron los biológicos o biológicos asociados a sintéticos. En cuanto a las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), el 41,40% de los usuarios reportaron no haber presentado ninguna reacción, especialmente aquellos que utilizaban metotrexato. Este estudio analizó el perfil sociodemográfico y el uso de medicamentos de pacientes con AR atendidos en un servicio público de dispensación de medicamentos del CEAf. Así, esta propuesta busca aportar elementos para mejorar la atención farmacéutica en el SUS, identificar brechas en el cuidado y suplir necesidades relacionadas con los tratamientos, permitiendo mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

**Palabras clave:** Artritis Reumatoide. Asistencia Farmacéutica. Atención Farmacéutica. Conducta del Tratamiento Farmacológico.

## 1 INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória sistêmica crônica com prevalência de 0,5 a 1%. De etiologia desconhecida, é caracterizada por destruição articular irreversível. Além das manifestações articulares, a AR pode cursar com alterações de múltiplos órgãos e reduzir a expectativa de vida. As limitações funcionais, quando presentes, comprometem a capacidade laboral e a qualidade de vida, com significativo impacto pessoal e social (LEDINGHAM, SNOWDEN; 2017; VAN DER WOUDE, VAN DER HELM-VAN, 2018).

Acomete indivíduos na faixa etária produtiva, de 30 a 50 anos e é mais frequente em mulheres, com pico de incidência na quinta década de vida (ALAMANOS; VOULGARI; DROSOS, 2006; PELÁEZ-BALLESTAS et al., 2011). Outras formas como a AR juvenil, podem iniciar na infância (CALABRESI et al., 2018; JIANG et al., 2015; XU; LIN, 2017).

Este grupo populacional desperta especial preocupação por apresentar maior incidência de hospitalização e necessidade de serviços especializados, em relação à população geral, devido a cronicidade da doença e o alto risco de agravamento do quadro clínico por falhas no tratamento. Além disso, os tratamentos normalmente envolvem diferentes recursos terapêuticos, aos quais a adesão é fundamental para o controle da doença e diminuição da necessidade do uso dos serviços e recursos em saúde (LUNDKVIST, KASTANG, KOBELT, 2008; BUENDGENS, 2017).

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

Os objetivos do tratamento incluem minimizar a dor nas articulações e o edema, impedir as deformidades, mantendo a qualidade de vida do paciente e controlando possíveis manifestações sistêmicas (WASSERMAN, 2018). Internacionalmente, a estratégia ou abordagem “alvo de tratamento” (*treat to target* ou T2T), envolve o estabelecimento da remissão ou baixa atividade da doença, como alvo; avaliação frequente do paciente; e rápido ajuste do tratamento (WAILOO et al., 2017).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), via Componente Básico (CBAF) e Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) disponibiliza uma ampla variedade de medicamentos para o tratamento da AR. As linhas de cuidado estão definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde (PCDT/MS), o qual, recomenda que os pacientes sejam avaliados em intervalos de 1 a 3 meses, no início do tratamento e, uma vez atingida a remissão,

podem ser considerados intervalos de 6 a 12 meses. O acesso aos medicamentos pelo SUS é, para muitos, a única possibilidade de tratamento, tanto pelo custo, quanto pela indisponibilidade destes nas farmácias privadas (ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ et al, 2012; BRASIL, 2021).

Consideraram-se ainda as limitações da oferta de serviços de alta e média complexidade; que o uso de medicamentos pode gerar impactos positivos (resolutividade quando de seu uso adequado), e negativos (consequências do uso inadequado ou da indisponibilidade) e que assim, o monitoramento dos tratamentos são fundamentais para garantir a segurança e efetividade dos mesmos (PAIM et al., 2011). Destaca-se aqui que o papel do farmacêutico no cuidado de pacientes com doenças crônicas, assim como os efeitos positivos da sua inserção já demonstrados (CAZARIM et al., 2016; MESSERELI et al., 2016; SANTOS; SILVA; TAVARES, 2018).

Neste contexto, a pandemia emergiu com uma nova barreira para o acompanhamento de doenças crônicas como a AR. Estudos publicados evidenciaram um declínio no número total de atendimentos de pacientes com doenças articulares inflamatórias durante este período (BOWER et al 2021; GEORGE et al 2021; GLINTBORG et al 2021). Este cenário exigiu uma reestruturação dos serviços e formas atendimentos na saúde.

Assim, a incorporação e ampliação da telemedicina foi destaque no remodelamento dos serviços (HOLLANDER; CARR, 2020). O conceito de telemedicina está inserido em um conceito mais amplo, conhecido mundialmente como eHealth ou “saúde digital”. Segundo Cunha et al. (2017) e a HIMSS – Healthcare Information and Management Systems Society, e-Health é o uso de tecnologias de informação, focada em prover melhores condições aos processos clínicos, ao tratamento dos pacientes e melhores condições de custeio ao sistema de saúde, podendo-se incluir aqui, os serviços farmacêuticos (LULA-BARROS E DAMASCENA, 2021). Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo analisar dados do monitoramento remoto de pacientes com AR atendidos pelo CEAF.

## 2 MÉTODOS

### 2.1 DELINEAMENTO E LOCAL DO ESTUDO

Foi realizado um estudo observacional e prospectivo com os pacientes em tratamento de AR (CID-10 M05, M06) atendidos pelo CEAF em Florianópolis - Santa Catarina, durante o segundo semestre de 2020 e primeiro semestre de 2021.

Farmacêuticos da Farmácia Escola da UFSC e estudantes de farmácia da mesma instituição foram responsáveis pelos contatos e acompanhamento dos pacientes. Este serviço, vinculado ao ensino superior, agrega atividades de pesquisa, em concomitância à prestação de serviços a

usuários/pacientes em suas necessidades relacionadas aos medicamentos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob número CAAE 42598720.5.0000.0121.

## 2.2 AMOSTRA

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes, de ambos os性os, em tratamento para AR (CID-10 M05, M06), que recebiam pelo menos um dos medicamentos padronizados no CEAf, maiores de 18 anos e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos indivíduos que não foram localizados ou que, mesmo com processo ativo no CEAf, não estavam utilizando o medicamento no momento do contato.

Inicialmente foi realizado um levantamento, no sistema informatizado utilizado, dos pacientes cujos CID-10 estavam incluídos na pesquisa. Nesse sistema, há registro de dados de cada paciente, como data de nascimento, sexo e contato, e dos medicamentos utilizados, como dose, frequência de dispensação e prescritor. Após esse levantamento prévio, por meio de contato telefônico os pacientes foram convidados a participar da pesquisa.

## 2.3 PROCEDIMENTO PARA O MONITORAMENTO E COLETA DE DADOS

Para tal foi desenvolvido um instrumento utilizando o Google Docs® de modo a viabilizar a realização de atendimentos telefônicos, cujas questões são lidas diretamente a partir da tela de um monitor e cujas respostas são registradas direta e imediatamente em meio eletrônico. Este permitiu, ainda, a crítica imediata de respostas não válidas.

Os dados foram coletados em dois momentos: primeiro atendimento (segundo semestre de 2020 e segundo atendimento (primeiro semestre de 2021). O instrumento foi construído para conter a coleta de dados sociodemográficos e socioeconômicos tais como: sexo; idade; etnia; estado civil; escolaridade e ocupação. Também relacionados ao tipo de atendimento em saúde (público, privado ou ambos) e frequência de acompanhamento com reumatologista (no primeiro atendimento telefônico). Além disso, para os dois atendimentos, foram coletados dados referentes ao monitoramento da efetividade e da segurança dos tratamentos, como presença de sintomas (por ex. dor, inchaço, rigidez articular) e resultados de exames laboratoriais. Os resultados de exames foram aqueles solicitados pelo médico assistente e definidos no PCDT do Ministério da Saúde, para o monitoramento dos tratamentos (por ex. Velocidade de Hemossedimentação-VHS, Proteína C Reativa-PCR, hemograma, plaquetas, transaminases e creatinina).

Para o estudo da capacidade funcional foi utilizado o questionário validado *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), o qual avalia as dificuldades na realização das atividades do dia a dia. Por fim, dados referentes às dificuldades de acesso durante a pandemia foram registrados. Dados referentes aos esquemas terapêuticos já utilizados foram obtidos do sistema informatizado utilizado no serviço.

As respostas para as principais necessidades identificadas foram registradas, assim como, havia mecanismo de sinalização de demandas não resolvidas e que precisaram de retorno futuro.

## 2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados coletados foram registrados e analisados em arquivo digital, por meio do editor de planilhas de Microsoft Office Excel®, versão 2019® versão 28. Após a análise dos dados, nas variáveis qualitativas foram utilizados a análise estatística descritiva com as frequências.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em julho de 2020, estavam cadastrados no CEAF 289 usuários, autorizados a retirar medicamentos para o tratamento da AR (CID-10 M05, M06). Dentre estes, 263 aceitaram participar do estudo. No entanto, no somente 113 participaram do segundo atendimento, ou seja, finalizaram o estudo. É importante ressaltar que o presente trabalho foi desenvolvido durante a pandemia causada pela COVID-19 como uma estratégia de monitoramento à distância do tratamento dos pacientes.

Os dados de caracterização da amostra podem ser observados na Tabela 1. Observou-se que a maioria dos pacientes era do sexo feminino, o que está em consonância com achados descritos na literatura, que também apontam maior prevalência da condição em mulheres (PELÁEZ-BALLESTAS et al, 2011; ADRIANO et al, 2017). Mais de 70% referiu etnia branca e aproximadamente metade, como situação conjugal, ser solteiro. Quanto à escolaridade, houve maior frequência na faixa de 12 anos ou mais de estudo. Este dado é relevante, pois, estudos demonstraram que há relação entre o acesso aos medicamentos e o nível socioeconômico (COSTA et al, 2011; BERTOLDI et al, 2016).

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

Variáveis sociodemográficas	N total amostra: 113	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	14	12,4
Feminino	99	87,6
<b>Idade (média ± desvio padrão)</b>		59,8 ± 1,46
<b>Raça/ Cor/Etnia</b>		
Branca	82	72,6

Preto	4	3,5
Pardo	15	13,3
Amarelo	4	3,5
Indígena	1	0,9
Não coletado	7	6,2
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	55	49,3
Casado	35	33,0
Separado/divorciado	9	8,0
Viúvo	7	6,2
União Estável	4	3,5
<b>Escolaridade</b>		
Até 4 anos	9	8,0
De 5 a 8 anos	21	18,6
De 9 a 11 anos	34	30,1
12 anos ou mais	44	39,0
Não coletado	5	3,3

Quando se comparou os medicamentos em uso no primeiro e no segundo atendimentos o perfil manteve-se parecido com uma redução na frequência do uso de medicamentos biológicos de forma isolada (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição de medicamentos em uso durante o primeiro e segundo atendimentos – Florianópolis, Santa Catarina 2020/2021.

<b>Tipo de medicamento</b>	<b>N Total de indivíduos que utilizavam o medicamento no momento do 1º atendimento</b>	<b>N Total de indivíduos que utilizavam o medicamento no momento do 2º atendimento</b>
Sintéticos	35 (31,0%)	40 (35,3%)
Biológicos	39 (34,5%)	29 (25,7%)
Sintéticos + Biológicos	39 (34,5%)	44 (39,0%)

O metotrexato (MTX) foi o medicamento mais utilizado pelos indivíduos, seguido de leflunomida e adalimumabe. Azatioprina foi citada somente no segundo atendimento. Os medicamentos, metilprednisolona, cloroquina, baricitinibe, upadacitinibe e ciclosporina, não integravam a farmacoterapia de nenhum paciente nos períodos do estudo. Importante ressaltar que um mesmo paciente pode utilizar mais de um medicamento concomitantemente, e que as associações são frequentemente comuns e, em muitos casos recomendada, como no caso de biológicos mais sintéticos. Adriano e colaboradores (2017), verificaram dados semelhantes sobre o perfil de uso dos medicamentos do CEAF para tratamento da artrite, embora em população mais jovem, dos quais 46,5% usavam apenas MTX; 20,9% MTX associado a um biológico e 13,9 MTX associado a outro medicamento sintético. Isto pois o MTX deve ser o Medicamento Modificador do Curso da Doença

Sintético (MMCDs) preferencial no início, assim como, em associação nas demais etapas do tratamento, tanto com outros MMCDs, como com os MMCD biológicos (MMCDbio) e com, mais recentemente incorporados no SUS, os MMCD sintéticos alvo específico (MMCDsae), exceto no caso de contraindicação (BRASIL, 2021 e MORELAND et al, 2012).

Nam e colaboradores (2016) publicaram uma revisão sistemática sobre o tratamento farmacológico com a classe dos MMCDbio e apontou que a terapia combinada (MMCDbio+MMCDs) foi, em geral, novamente superior à monoterapia com os biológicos e pacientes em monoterapia com MTX alcançaram remissão sustentada ao seguir uma estratégia de abordagem *treat to target*.

Chatzidionysiou e colaboradores (2016) encontraram que as evidências sobre a eficácia dos glicocorticoides em uso de curto prazo quando adicionados aos MMCDs são robustas e que a monoterapia com MTX não é inferior à terapia combinada com os MMCDs quando usada em combinação com glicocorticoides e quando uma abordagem rigorosa de “alvo de tratamento” é empregada. Neste sentido, e similarmente aos dados obtidos neste estudo, o MTX continua sendo o fármaco de escolha.

Dentre as opções terapêuticas, alguns medicamentos são associados a um perfil de segurança que exige o monitoramento do uso, assim como, aqueles que são relativamente novos, para os quais os estudos de farmacovigilância estão em andamento. Além disso, os tratamentos, normalmente, envolvem diferentes recursos terapêuticos, aos quais a adesão é fundamental para o controle da doença e diminuição do uso de serviços (LUNDKVIST, KASTANG, KOBELT, 2007; BUENDGENS, 2013).

Tanto no primeiro quanto no segundo atendimentos mais de 25% dos participantes relataram apresentar reação adversa ao medicamento (RAM). Sobre a presença de sintomas de AR, em ambos os momentos a maioria dos participantes relataram apresentar ao menos um. Os resultados do HAQ indicaram grau leve de incapacidade funcional, ou seja, pouco ou nenhuma dificuldade para a realização das atividades diárias (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição de reações adversas aos medicamentos em uso, sintomas da doença e HAQ durante o primeiro e segundo atendimentos – Florianópolis, Santa Catarina 2020/2021.

RAM	Primeiro atendimento		Segundo atendimento	
		N (%)		N (%)
Sim	29	(25,7)	30	(26,5)
Não	73	(64,6)	73	(64,6)
Não coletado	11	(9,7)	10	(8,9)
<b>Sintomas de AR</b>				
Sim	69	(61,0)	70	(62,0)
Não	37	(32,7)	37	(32,7)
Não coletado	7	(6,3)	6	(5,3)

	Primeiro atendimento (média ±desvio padrão)	Primeiro atendimento (média ±desvio padrão)
HAQ	0,81±0,07	0,82±0,07

Apesar de ter sido elevado o relato dos sintomas, sabe-se que o objetivo terapêutico é atingir o nível baixo de atividade ou, preferencialmente, a remissão da doença. Sabe-se também, que embora a disfunção decorrente da dor e da inflamação possa ser modificada pela abordagem clínica e pela reabilitação, essas medidas podem não ser suficientes. Apesar disso, observou-se a manutenção dos escores do HAQ, assim como em outros estudo, com seguimento de três anos (OLIVEIRA et al., 2015; LEE, CHOI 2012).

A AR pode ser classificada quanto à sua atividade de acordo com os sinais e sintomas articulares apresentados pelo paciente, a avaliação da atividade de doença atual pelo examinador e um marcador laboratorial de inflamação (VHS/PCR), sendo estes os parâmetros necessários para compor os diferentes índices compostos de atividade de doença (ICADS). A avaliação da atividade da doença é fundamental, uma vez que define a conduta terapêutica e prognóstica e o sucesso do tratamento (SINGH et al., 2015). Pequeno percentual dos participantes realizou exames laboratoriais no período analisado, o que inviabilizou esta análise.

Considerando-se que a atividade da doença é um fator determinante para se explicar a perda de capacidade funcional, estudo apontou que pacientes tratados por reumatologistas apresentam evolução mais favorável da AR do aqueles acompanhados por outros especialistas (SOKKA, MÖTTÖNEN, HANNONEN 2000).

Conforme pode ser observado (Tabela 4), a maior parte dos participantes retornavam ao reumatologista a cada 3-6 meses, o que não é comum em outras populações. Especialmente, pois a maior parte dos pacientes eram atendidos pelo SUS. Sabe-se das limitações do SUS em relação aos serviços de média complexidade (ROVER et al., 2016; SILVA et al., 2017). O tempo médio de atendimento no CEAf foi de 8,7 anos e a maior parte dos participantes declararam não praticar atividade física.

O tratamento não medicamentoso de AR inclui a educação do paciente e de sua família, terapia ocupacional, exercícios, fisioterapia, apoio psicossocial e cirurgia, conforme a necessidade de cada paciente. Embora as evidências de tratamento não medicamentoso sejam escassas, acredita-se que tenha papel importante na melhora clínica e funcional dos pacientes. Exercícios contra resistência são seguros e eficazes, melhorando a força muscular e o tempo de deslocamento. Exercícios aeróbicos parecem melhorar de forma discreta a qualidade de vida, a capacidade funcional e a dor em pacientes com AR estável (BAILLET et al., 2011; CONN et al., 2011; MACFARLANE et al., 2012).

**Tabela 4:** Distribuição da frequência das variáveis clínicas - Florianópolis, Santa Catarina 2020/2021.

Variáveis clínicas	N total amostra: 113	
	N	%
<b>Tipo de atendimento em saúde</b>		
Público	50	44,2
Privado	25	22,1
Plano de saúde	34	30,1
Não coletado	4	3,6
<b>Tempo médio de atendimento no CEAf em anos (média ± erro)</b>		8,7 ± 1,6
<b>Exercício físico</b>		
Sim	50	44,3
Não	54	47,8
Não coletado	9	7,9
<b>Frequência de atendimento no reumatologista</b>		
< 3 meses	19	14,2
3 a 6 meses	77	68,1
6 meses a 1 ano	8	7,1
>1 ano	6	5,3
Não coletado	6	5,3

Deve-se considerar que o estudo ocorreu durante a pandemia, a qual impactou de forma sem precedentes a prática clínica e os cuidados em saúde em todo o mundo. Os serviços precisaram se adaptar, levando à transição para o atendimento virtual, sempre que possível. Essa alteração possibilitou a continuidade de atendimento e/ou de acompanhamento de diferentes tratamentos, como de pacientes com AR (BONFÁ, et al 2021). Pacientes com AR estável parecem ser o grupo de pacientes que melhor se encaixam para o atendimento a distância. Por outro lado, não parece ser a alternativa mais adequada para pacientes com quadros de exacerbação da doença ou quando a complexidade do caso demanda o atendimento presencial e frequente (KULCSAR, et al, 2016).

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

Widdifield e colaboradores (2014), em um estudo que avaliou o acesso a reumatologistas entre pacientes com AR recém-diagnosticada no sistema de saúde canadense, apontou que a maioria dos pacientes com AR teve acesso a um reumatologista dentro de 1 ano, após o diagnóstico dado por um

médico de família. Atrasos no acesso a cuidados e tratamentos oportunos, resultam no aumento da incapacidade como consequência da evolução da AR, bem como no aumento dos custos para o sistema de saúde visto que quanto mais tarde ocorrer o início do tratamento, maiores são as chances de evolução do quadro e do surgimento de complicações.

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

Gossenheimer e colaboradores (2020) relataram uma experiência de telecuidado farmacêutico durante a pandemia de COVID-19. Essa modalidade permitiu que o profissional farmacêutico prestasse serviços clínicos de forma remota, utilizando recursos de telecomunicação e tecnologias digitais. O telecuidado demonstrou potencial para ampliar o acesso a atendimentos, especialmente para pessoas com dificuldades de locomoção, residentes em áreas remotas ou em contextos de restrição social, como o vivenciado durante a crise sanitária.

Duas revisões da literatura abordaram as mudanças nos serviços de saúde devido à pandemia e focaram principalmente na adoção da telemedicina (MONAGHESH & HAJIZADEH 2020; PARKER et al., 2021). Nesse sentido, o local do presente estudo, que na época era o local de dispensação dos medicamentos do CEAF do município realizou diversas adaptações no serviço como a reorganização dos fluxos de trabalho e a ampliação do uso das tecnologias de comunicação para facilitar a interação com os pacientes. Todas as estratégias foram planejadas, implementadas e avaliadas a cada semana visando garantir a manutenção da dispensação e a continuidade dos tratamentos (LEITE et al., 2020). As principais necessidades identificadas durante os atendimentos foram sobre questões relacionadas aos documentos necessários para a manutenção dos tratamentos; para o agendamento no serviço; RAM e a falta de informação sobre o tratamento. Todas as demandas foram atendidas durante os contatos com os participantes, com as orientações registradas, como em relação ao uso do ácido fólico pós MTX para minimizar RAM; a importância de manter a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, além dos agendamentos para a garantia do acesso aos medicamentos.

Os impactos da pandemia foram tanto na parte gerencial, que inclui o abastecimento de tecnologias em saúde, quanto no cuidado dos pacientes (CAI, et al., 2020). Nesta realidade global, as mudanças e reestruturação nas rotinas das ações e serviços, foram imprescindíveis (KOSTER et al., 2021). Husayn e colaboradores (2022), destacaram o papel do farmacêutico durante a pandemia, no que tange o acesso aos medicamentos para doenças reumáticas, evidenciando seu potencial em tomada de decisão compartilhada, educação em saúde e monitoramento do uso de medicamentos.

O estudo de Malta e colaboradores (2021) avaliou a utilização dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na pandemia no Brasil. Esse estudo apontou associação entre DCNT à maior adesão ao distanciamento social, procura por atendimento de saúde e dificuldade na utilização dos serviços de saúde (em agendar consulta, conseguir atendimento de saúde e os seus medicamentos, realizar exames e intervenções programadas) (MALTA et al., 2021).

Conforme o PCDT da AR é recomendado que os pacientes sejam acompanhados por equipe multidisciplinar e devem receber orientações sobre seu tratamento. Farmacêuticos tem um papel relevante, especialmente nos aspectos relativos ao acesso e ao bom uso dos recursos terapêuticos (LUNDKVIST, KASTANG, KOBELT, 2007; MESSERLI et al, 2016; BUENDGENS, 2013). Dal Molin e colaboradores (2015) trouxeram evidências sobre os benefícios articulares, da melhora na capacidade de equilíbrio e ganhos significativos na funcionalidade dos participantes após fisioterapia. Schnornberger e colaboradores (2017) apontaram que exercícios de alongamento e fisioterapia trouxeram melhora no nível de dor em mulheres com AR.

Chevallard e colaboradores (2021) analisaram os desfechos clínicos de pacientes com AR, artrite psoriática e espondilite anquilosante que foram acompanhados pelo reumatologista por meio de ferramentas digitais em comparação com aqueles que fizeram acompanhamento presencial. Foram reservadas avaliações presenciais para os casos graves. Não foi observada diferença estatística entre as formas de acompanhamento em relação aos desfechos analisados, o que demonstra o potencial do acompanhamento remoto para parte desta população.

Os efeitos da pandemia, incluídos os econômicos, levaram a perda de rendimento das famílias, o que agravou as barreiras de acesso aos serviços de saúde. Além disso, acentuou-se as desigualdades existentes no acesso à saúde de forma geral (PORTHÉ et al, 2016). Neste contexto, de pressão nos serviços e sistemas de saúde, destaca-se a importância de estudos como este, visando identificar lacunas no cuidado e suprir necessidades relativas aos tratamentos, possibilitando a melhora nos prognósticos e na qualidade de vida dos pacientes.

#### 4 CONCLUSÃO

Este estudo proporcionou uma visão sobre o perfil sociodemográfico e dados de utilização de medicamentos de pacientes com AR atendidos em um serviço público de dispensação de medicamentos do CEAF. Apesar das limitações devido a falta de dados e dificuldade de seguimento de toda a população, este estudo encoraja os serviços e novas pesquisas no sentido da melhoria do uso de ferramentas digitais para o acompanhamento dos tratamentos de pacientes com doenças crônicas, como as reumatológicas.

O estudo demonstrou que as medidas de reestruturação do serviço, especialmente no que tange a logística de atendimento dos pacientes em suas necessidades relacionadas aos medicamentos, propiciaram a continuidade dos tratamentos entre população estudada. Pacientes com doenças crônicas, devem ter diferentes opções de acesso aos profissionais da saúde de forma a facilitar a implementação e o monitoramento das medidas terapêuticas, para que sejam seguras e efetivas e de fato propiciem melhores desfechos clínicos.

Estudos como este fornecem subsídios para o aprimoramento da assistência farmacêutica no SUS a partir da identificação de necessidades desta população. Especialmente no caso da AR, cujo o manejo é complexo e frequentemente associado a série de empecilhos existentes no acompanhamento sistemático dos tratamentos pelos serviços de saúde, o papel do farmacêutico se destaca no apoio à adesão ao tratamento, bem como na busca por soluções, orientações e encaminhamentos que contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ADRIANO, L.S.; FONTELES, M.M.F.; AZEVEDO, M.F.M.; BESERRA, M.P.P.; ROMERO, N.R. Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com artrite idiopática juvenil por meio de questionários. **Revista Brasileira de Reumatologia.** v. 57, n. 1, p. 23-29, 2017.
- ALAMANOS, Y.; VOULGARI, P. V.; DROSOS, A. A. Incidence and Prevalence of Rheumatoid Arthritis, Based on the 1987 American College of Rheumatology Criteria: A Systematic Review. **Seminars in Arthritis and Rheumatism.** v. 36, n. 3, p. 182–188, 2006.
- ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ, E.; PELÁEZ-BALLESTAS, I.; BOONEN, A.; VÁZQUEZ-MELLADO, J.; HERNÁNDEZ-GARDUÑO, A.; RIVERA, F.C.; TERAN-ESTRADA, L.; VENTURA-RÍOS, L.; RAMOS-REMUS, C.; SKINNER-TAYLOR, C. Catastrophic health expenses and impoverishment of households of patients with rheumatoid arthritis. **Reumatología Clínica.** v. 8, n. 4, p. 168-173, 2012.
- BAILLET, A.; VAILLANT, M.; GUINOT, M.; JUVIN, R.; GAUDIN, P. Efficacy of resistance exercises in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. **Rheumatology.** v. 51, n. 3, p. 519-527, 2011.
- BERTOLDI, A.D.; PIZZOL, T.S.; RAMOS, L.R.; MENGUE, S.S.; LUIZA, V.L.; TAVARES, N.U.L.; FARIAS, M.R.; OLIVEIRA, M.A.; ARRAIS, P.S.D. Sociodemographic profile of medicines users in Brazil: results from the 2014 Pnaum survey. **Revista de Saúde Pública.** v. 50, n. 2, p. 1-10, 2016.
- BOMBARDIER, C.; BARBIERI, M.; PARTHAN, A.; ZACK, D.J.; WALKER, V.; MACARIOS, D.; SMOLEN, J.S. The relationship between joint damage and functional disability in rheumatoid arthritis: a systematic review. **Annals Of The Rheumatic Diseases.** v. 71, n. 6, p. 836-844, 2012.
- BONFÁ, E.; GOSSEC, L.; ISENBERG, D.A.; LI, Z.; RAYCHAUDHURI, S. Como o COVID-19 está mudando a prática clínica da reumatologia. **Nat Rev Rheumatol.** v.17, n.1, p.11-15. 2021.
- BOWER, H.; FRISELL, T.; GIUSEPPE, D.; DELCOIGNE, B.; ALENIUS, G.; BAECKLUND, E.; CHATZIDIONYSIOU, K.; FELTELIUS, N.; FORSBLAD-D'ELIA, H.; KASTBOM, A. Effects of the COVID-19 pandemic on patients with inflammatory joint diseases in Sweden: from infection severity to impact on care provision. **Rmd Open.** v. 7, n. 3, p. 001987, 2021.
- BUENDGENS, F. B.; BLATT, C.R.; MARASCIULO, A.C.E.; LEITE, S.N.; FARIAS, M.R.. Estudo de custo-análise do tratamento da artrite reumatoide grave em um município do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 29, n. 1, p. 81-91, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e Terapêutico da Artrite Reumatoide**, 2021. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/assistencia-farmaceutica/componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica-ceaf/protocolos-clinicos-ter-resumos-e-formularios/artrite-reumatoide/artrite-reumatoide-1/18817-portaria-conjunta-saes-sctie-ms-n-16-de-03-09-2021-anexo-i/file>.
- CAI, J.; CHEN, W.; YANG, X.; YANG, X.; LI, G. Allocation of pharmaceutical resources in maternal and child healthcare institutions during the COVID-19 pandemic. **Revista da Associação Médica Brasileira.** v. 66, n. 2, p. 41-47, 2020.

CALABRESI, E.; PETRELLI, F.; BONIFACIO, A.F.; PUXEDDU, I.; ALUNNO, A. One year in review 2018: pathogenesis of rheumatoid arthritis. **Clinical and Experimental Rheumatology**. v. 36, n. 2, p. 175–184, 2018.

CAZARIM, M.S.; FREITAS, O.; PENAFORTE, T.R.; ACHCAR, A.; PEREIRA, L.R.L. Impact Assessment of Pharmaceutical Care in the Management of Hypertension and Coronary Risk Factors after Discharge. **Plos One**. v.11, p;e0155204, 2016.

CHATZIDIONYSIOU, K.; LIE, E.; NASONOV, E.; LUKINA, G.; HETLAND, M. L.; TARP, U.; ANCUTA, I.; PAVELKA, K.; NORDSTRÖM, D.C.; GABAY, Cem. Effectiveness of two different doses of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis in an international cohort: data from the cererra collaboration. **Arthritis Research & Therapy**. v. 18, n. 1, p. 1-6, 2016.

CHEVALLARD, M.; BELLOLI, L.; UGHI, N.; ADINOLFI, A.; CASU, C.; CICCO, M.; FILIPPINI, D.A.; MUSCARÀ, M.; SCHITO, E.; VERDUCI, E.. Use of telemedicine during the COVID-19 pandemic in patients with inflammatory arthritis: a retrospective study on feasibility and impact on patient-reported outcomes in a real-life setting. **Rheumatology International**. v. 41, n. 7, p. 1253-1261, 2021.

CONN, V.S.; HAFDAHL, A.R.; MEHR, D.R.. Interventions to Increase Physical Activity Among Healthy Adults: meta-analysis of outcomes. **American Journal Of Public Health**. v. 101, n. 4, p. 751-758, 2011.

COSTA, K.S.; BARROS, M.B.A.; FRANCISCO, P.M.S.B.; CÉSAR, C.L.G.; GOLDBAUM, M.; CARANDINA, L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no município de campinas, são paulo, brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 27, n. 4, p. 649-658, 2011.

CUNHA, M.A.; COELHO, T.R.; PRZEYBILOVICZ, E.. Get into the Club: positioning a developing country in the international e :gov research. **The Electronic Journal Of Information Systems In Developing Countries**. v. 79, n. 1, p. 1-21, 2017.

DAL MOLIN, V.; MYRA, R.S.; POSSEBON, V.; VIEIRA, G.; WIBELINGER, L.A. Intervenção fisioterapêutica em paciente portador de artrite reumatoide: um estudo de caso. **EFDesportes.com, Rev Digital**. v.20, n.209, 2015.

GEORGE, M.D.; VENKATACHALAM, S.; BANERJEE, S.; BAKER, J.F.; MERKEL, P.A.; GAVIGAN, K.; CURTIS, D.; DANILA, M.I.; CURTIS, J.R.; NOWELL, W. B. Concerns, Healthcare Use, and Treatment Interruptions in Patients With Common Autoimmune Rheumatic Diseases During the COVID-19 Pandemic. **The Journal Of Rheumatology**. v. 48, n. 4, p. 603-607, 2020.

GLINTBORG, B.; JENSEN, D.V.; TERSLEV, L.; JENSEN, M.P.; HENDRICKS, O.; ØSTERGAARD, M.; ENGEL, S.; RASMUSSEN, S.H.; ADELSTEN, T.; COLIC, A. Impact of the COVID-19 pandemic on treat-to-target strategies and physical consultations in >7000 patients with inflammatory arthritis. **Rheumatology**. v. 60, n. , p. 3-12, 2021.

GOSSENHEIMER, A. N.; RIGO, A. P.; SCHNEIDERS, R. E. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE TELECUIDADO FARMACÊUTICO COMO ESTRATÉGIA DE COMBATE À COVID-19 NO RIO

GRANDE DO SUL. REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre). v. 26, n. 3, p. 524–535, 2020.

(HIMSS), Healthcare Information & Management Systems Society. **Himss Dictionary of Health Information and Technology Terms, Acronyms and Organizations**. 6. ed. Chicago: Productivity Press, 2024. 560 p.

HOLLANDER, Judd E.; CARR, Brendan G.. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. **New England Journal Of Medicine**. v. 382, n. 18, p. 1679-1681, 2020.

HUSAYN, S.S.; BROWN, J.D.; PRESLEY, C.L.; BOGHEAN, K.; WALLER, J.D. Hydroxychloroquine Alternatives for Chronic Disease: response to a growing shortage amid the global covid-19 pandemic. **Journal Of Pharmacy Practice**. v. 35, n. 1, p. 120-125, 2020.

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

KOSTER, E.S.; PHILBERT, D.; BOUVY, M.L. Impact of the COVID-19 epidemic on the provision of pharmaceutical care in community pharmacies. **Research In Social And Administrative Pharmacy**. v. 17, n. 1, p. 2002-2004, 2021.

KULCSAR, Z.; ALBERT, D.; ERCOLANO, E.; MECCHELLA, J.N. Telerheumatology: A technology appropriate for virtually all. **Semin Arthritis Rheum**. v.46, n.3, p:380-385, 2016.

LEDINGHAM, J.; SNOWDEN, N.; IDE, Z. Diagnosis and early management of inflammatory arthritis. **Bmj**. p. 3248, 2017. BMJ.

LEE, J.K.; CHOI, C.H. Total Knee Arthroplasty in Rheumatoid Arthritis. **Knee Surgery & Related Research**. v. 24, n. 1, p. 1-6, 2012.

LEITE, S.N.; LEITE, S.N.; ROVER, M.R.M.; SOARES, L.; MATHEUS, F.C. Losses and gains in experiential education in a university pharmacy in Brazil: lessons from a pandemic. **Pharmacy Education**. p. 39-40, 2020.

LUNDKVIST, J.; KASTÄNG, F.; KOBELT, G.. The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. **The European Journal Of Health Economics**. v. 8, n. 2, p. 49-60, 2007.

LULA-BARROS, D. S.; DAMASCENA, H. L. Assistência farmacêutica na pandemia da Covid-19: uma pesquisa documental. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.

MACIEL, F.B.M.; SANTOS, H.L.P.C.; CARNEIRO, R.A.S.; SOUZA, E.A.; PRADO, N.M.B.L.; TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 2, p. 4185-4195, 2020.

MALTA, D.C.; GOMES, C.S.; SILVA, A.G.; CARDOSO, L.S.M.; BARROS, M.B.A.; LIMA, M.G.; SOUZA JUNIOR, P.R.B.; SZWARCWALD, C.L. Uso dos serviços de saúde e adesão ao

distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020.  
**Ciência & Saúde Coletiva.** v. 26, n. 7, p. 2833-2842, 2021.

MACFARLANE, G.J.; PAUDYAL, P.; DOHERTY, M.; ERNST, E.; LEWITH, G.; MACPHERSON, H.; SIM, J.; JONES, G.T. A systematic review of evidence for the effectiveness of practitioner-based complementary and alternative therapies in the management of rheumatic diseases: rheumatoid arthritis. **Rheumatology.** v. 51, n. 9, p. 1707-1713, 2012.

MESERLI, M.; BLOZIK, E.; VRIENDS, N.; HERSSBERGER, K.E. Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines use in patients on polypharmacy: a prospective randomised controlled trial. **BMC Health Services Research.** v. 16, n.1, p:1-16. 2016

MOLINA, E.; RINCON, I.; RESTREPO, J.F.; BATTAFARANO, D.F.; ESCALANTE, A. Association of Socioeconomic Status With Treatment Delays, Disease Activity, Joint Damage, and Disability in Rheumatoid Arthritis. **Arthritis Care & Research.** v. 67, n. 7, p. 940-946, 2015.

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

MORELAND, L.W.; O'DELL, J.R.; PAULUS, H.E.; CURTIS, J.R.; BATHON, J.M.; ST.CLAIR, E.W.; BRIDGES, S.L.; ZHANG, J.; MCVIE, T.; HOWARD, G. A randomized comparative effectiveness study of oral triple therapy versus etanercept plus methotrexate in early aggressive rheumatoid arthritis: the treatment of early aggressive rheumatoid arthritis trial. **Arthritis & Rheumatism.** v. 64, n. 9, p. 2824-2835, 2012.

MOTTA, G.R.; AMARAL, M.V.; REZENDE, E.; PITTA, R.; VIEIRA, T.C.S.; DUARTE, M.E.L.; VIEIRA, A.R.; CASADO, P.L. Evidence of genetic variations associated with rotator cuff disease. **Journal Of Shoulder And Elbow Surgery.** v. 23, n. 2, p. 227-235, 2014.

OLIVEIRA, L.M.; NATOUR, J.; ROIZENBLATT, S.; ARAUJO, P.M.P.; FERRAZ, M.B. Acompanhamento da capacidade funcional de pacientes com artrite reumatoide por três anos. **Revista Brasileira de Reumatologia.** v. 55, n. 1, p. 62-67, 2015.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet.** v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PARKER, R.F.; FIGURES, E.L; AMPADDISON, C.; MATHESON, J.I.; BLANE, D.N; FORD, J. Inequalities in general practice remote consultations: a systematic review. **Bjgp Open,** v. 5, n. 3, p. 1, 2021.

PELÁEZ-BALLESTAS, I.; GRANADOS, Y.; QUINTANA, R.; LOYOLA-SÁNCHEZ, A.; JULIÁN-SANTIAGO, F.; ROSILLO, C.; GASTELUM-STROZZI, A.; ALVAREZ-NEMEGYEI, J.; SANTANA, N.; SILVESTRE, A.. Epidemiology and socioeconomic impact of the rheumatic diseases on indigenous people: an invisible syndemic public health problem. **Annals Of The Rheumatic Diseases.** v. 77, n. 10, p. 1397-1404, 2018.

PELAEZ-BALLESTAS, I.; SANIN, L. H.; MORENO-MONTOYA, J.; ALVAREZ-NEMEGYEI, J.; BURGOS-VARGAS, R.; GARZA-ELIZONDO, M.; RODRIGUEZ-AMADO, J.; GOYCOCHEA-ROBLES, M.-V.; MADARIAGA, M.; ZAMUDIO, J.. Epidemiology of the Rheumatic Diseases in

Mexico. A Study of 5 Regions Based on the COPCORD Methodology. **The Journal Of Rheumatology Supplement.** v. 86, p. 3-8, 2011.

PORTHÉ, V.; VARGAS, I.; SANZ-BARBERO, B.; PLAZA-ESPUÑA, I.; BOSCH, L.; VÁZQUEZ, M.L. Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: opinions of health professionals and immigrant users. **Health Policy.** v. 120, n. 11, p. 1293-1303, 2016.

ROVER, M.R.M.; VARGAS-PELÁEZ, C.M.; FARIAS, M.R.; LEITE, S.N. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o componente especializado da assistência farmacêutica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** v. 26, n. 2, p. 691-711, 2016.

SANTOS, F.T.C.; SILVA, D.L.M.; TAVARES, N.U.L. Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. **Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences.** v. 54, n. 3, p. 1, 2018.

SCHNORNBERGER, C. M; JORGE, M. S. G; WIBELINGER, L. M. Intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida em mulheres com artrite reumatoide. Relato de casos. **Rev. Dor, São Paulo, SP.** v. 18, n. 4, p. 365369, 2017.

SILVA, C.R.; CARVALHO, B.G.; CORDONI JÚNIOR, L.; NUNES, E.F.P.A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017.

SINGH, J.A.; SAAG, K.G.; BRIDGES, S.L.; AKL, E.A.; BANNURU, R.R.; SULLIVAN, M.C.; VAYSBROT, E.; MCNAUGHTON, C.; OSANI, M.; SHMERLING, R.H. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. **Arthritis & Rheumatology.** v. 68, n. 1, p. 1-26, 2015.

SMOLEN, J.S.; LANDEWÉ, R.B.M.; BIJLSMA, J.W.J.; BURMESTER, G.R.; DOUGADOS, M.; KERSCHBAUMER, A.; MCINNES, I.B.; SEPRIANO, A.; VAN VOLLENHOVEN, R.F.; WIT, M.. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. **Annals Of The Rheumatic Diseases.** v. 79, n. 6, p. 685-699, 2020.

SOKKA, T.; MÖTTÖNEN, T.; HANNONEN, P.. Disease-modifying anti-rheumatic drug use according to the 'sawtooth' treatment strategy improves the functional outcome in rheumatoid arthritis: results of a long-term follow-up study with review of the literature. **Rheumatology.** v. 39, n. 1, p. 34-42, 2000.

VAN DER WOUDE, D.; VAN DER HELM-VAN MIL, A. H. M. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology.** v. 32, n. 2, p. 174–187, 2018.

WAILOO, A.; HOCK, E.S.; STEVENSON, M.; JAMES, M.M.; RAWDIN, A.; SIMPSON, E.; WONG, R.; DRACUP, N.; SCOTT, D.L.; YOUNG, A. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of treat-to-target strategies in rheumatoid arthritis: a systematic review and cost-effectiveness analysis. **Health Technology Assessment.** v. 21, n. 71, p. 1-258, 2017.

WASSERMAN, A. Rheumatoid Arthritis: Common Questions About Diagnosis and Management. **American Family Physician**. v. 97, n. 7, p. 455–462, 2018.

WIDDIFIELD, J.; PATERSON, J.M.; BERNATSKY, S.; TU, K.; THORNE, J.C.; IVERS, N.; BUTT, D.; JAAKKIMAINEN, R.L.; GUNRAJ, N.; AHLUWALIA, V.. Access to rheumatologists among patients with newly diagnosed rheumatoid arthritis in a Canadian universal public healthcare system. **Bmj Open**. v. 4, n. 1, p. 003888, 2014.

XU, B; LIN, J. Characteristics and risk factors of rheumatoid arthritis in the United States: an NHANES analysis. **Peer J**. v.5, p. 1-17, 2017.