

Resultados clínicos do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa ofertado a pessoas com artrite reumatoide

Cristiane de Paula Rezende¹  Isabela Viana Oliveira²  Ana Luíza Mourawad César¹  Paulo Vitor Rozario da Silva¹ 
Hágabo Mathyell Silva¹  Djenane Ramalho-de-Oliveira¹  Mariana Martins Gonzaga do Nascimento¹ 

¹Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte/MG, Brasil.

²Hospital da Polícia Militar. Belo Horizonte/MG, Brasil.

E-mail: cris7paula@gmail.com

Resumo Gráfico

Highlights

- Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas para todas as doenças.
- Problemas relacionados ao uso de medicamentos identificados e resolvidos.
- Impacto do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa no controle da artrite reumatoide.

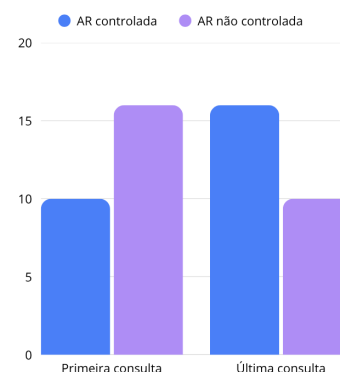


198 problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) identificados

72,7% foram resolvidos

24,7% estavam relacionados à artrite reumatoide (AR)

Maior proporção de pessoas com AR controlada após serem atendidas pelo Serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa



Resumo

O tratamento da artrite reumatoide (AR) requer uma farmacoterapia complexa e de alto custo, e à qual as pessoas possuem baixas taxas de persistência. Nesse contexto, oferecer o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) a pessoas com AR é uma iniciativa importante para atender às suas necessidades farmacoterapêuticas e, assim, otimizar seus desfechos de saúde. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar os resultados clínicos do serviço de GTM ofertado a pessoas com AR em um ambulatório de reumatologia. Para isso, um estudo quasi-experimental foi conduzido com um grupo único de pacientes com AR inseridos em um serviço de GTM. Descreveu-se os problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) identificados e resolvidos. Foi utilizado o teste de McNemar para comparar as proporções de pacientes dentro e fora da meta terapêutica para o controle da AR antes e depois da intervenção. Um total de 50 pacientes com AR foram avaliados. Houve um aumento na proporção de pessoas que apresentaram a AR controlada na última consulta quando comparada com a primeira consulta ($p = 0,0143$). Sendo assim, o presente estudo indica que o serviço de GTM oferecido foi efetivo, apresentando o potencial de contribuir para o alcance do controle da AR.

Palavras-chave: Artrite Reumatoide. Gestão da Terapia Medicamentosa. Assistência Farmacêutica. Avaliação de Resultados da Assistência ao Paciente.

Editor de área: Edison Barbieri
Mundo Saúde. 2026;50:e19522026
O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 09 janeiro 2026.
Aceito: 06 agosto 2026.
Publicado: 04 setembro 2026.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune, inflamatória, crônica e progressiva, que atinge principalmente as articulações^{1,2,3}. Estima-se que esta doença afete aproximadamente 17,6 milhões de pessoas em todo o mundo⁴, levando à queda da qualidade de vida, incapacidades em níveis diversos e redução na expectativa de vida^{1,5}.

O manejo farmacológico da AR é essencial para seu controle, e geralmente se inicia com a introdução de medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) sintético, sendo o metotrexato (MTX) a primeira linha de tratamento. Se há resposta inadequada, deve-se incluir MMCD biológicos, e, em sequência, MMCD sintéticos alvo-específico, como o tofacitinibe, geralmente, associados ao MTX^{1,5}. Logo, por si só, a AR já requer uma farmacoterapia complexa e de alto custo, que pode variar consideravelmente ao longo do curso da doença, e à qual as pessoas possuem baixas taxas de persistência⁶.

Em um estudo de coorte nacional incluindo 76.351 pacientes com AR, observou-se que pacientes brasileiros com AR demonstram baixa persistência tanto com MMCD sintéticos quanto com terapias anti-fator de necrose tumoral (anti-TNF), particularmente nos primeiros dois anos de tratamento. A descontinuação foi mais frequente entre pacientes do sexo feminino, pacientes com menor renda, não residentes da região com os maiores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e aqueles com maior escore de comorbidade. Tais achados sugerem que fatores socioeconômicos e clínicos desempenham um papel importante na persistência do tratamento⁶.

Em adição, pessoas com AR possuem maior chance de desenvolver alterações em múltiplos órgãos, e, como consequência, desenvolver outras doenças, o que gera demanda pelo uso de medicamentos para além daqueles destinados ao tratamento da AR⁷. Neste sentido, ressalta-se a importância de otimizar não apenas o tratamento da AR em si, mas também a farmacoterapia como um todo, para o manejo efetivo das comorbidades coexistentes.

Em uma coorte de pessoas com AR, 81% apresentaram comorbidades após 15 anos de seguimento; a presença de comorbidade aumentou o risco de morte cardiovascular e por todas as causas, bem como de declínio funcional⁸. Em um ambulatório de reumatologia, 97,5% das pessoas com AR apresentava pelo menos uma comorbidade e

94,5% utilizava cinco ou mais medicamentos⁹.

Esses achados destacam o desafio de manter a terapia a longo prazo em pacientes com AR em contextos da vida real e reforçam a necessidade de estratégias para melhorar a adesão medicamentosa. Em consonância a isso, diretrizes de tratamento da AR recomendam que seja adotada a estratégia *treat-to-target* (tratar para o alvo), que é baseada no monitoramento rigoroso da atividade da doença e na mudança de tratamento^{1,5}. Nesse contexto, ofertar um serviço clínico farmacêutico a pessoas com AR é uma iniciativa importante para atender às suas necessidades farmacoterapêuticas e, assim, contribuir consideravelmente para o sucesso terapêutico no controle da AR e de outros problemas de saúde que os pacientes possam apresentar.

Os serviços clínicos baseados no arcabouço da atenção farmacêutica são conhecidos por gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) e têm como premissa a oferta de um cuidado holístico e centrado na pessoa. Neste serviço, o farmacêutico estabelece uma relação terapêutica com o paciente e se responsabiliza pela avaliação de todos os medicamentos em uso pelo paciente e todos os problemas de saúde referidos^{10,11}. Assim, este serviço é oferecido por um farmacêutico clínico em colaboração com o paciente e outros profissionais de saúde para otimizar o uso de medicamentos e melhorar os resultados de saúde. Envolve a avaliação de todos os medicamentos – prescritos, não prescritos e complementares – para garantir que cada um dos medicamentos seja indicado, efetivo, seguro e conveniente para o paciente^{10,12}.

A oferta do serviço de GTM tem demonstrado uma melhora nos resultados clínicos, econômicos e humanísticos nos pacientes assistidos^{13,14,15,16,17,18,19,20,21,21,22,23,24}. Estudos anteriores apontam que o serviço de GTM contribuiu na otimização da farmacoterapia de pacientes idosos com hipertensão e diabetes^{13,17} e com doenças cardiovasculares²², bem como no controle da insuficiência cardíaca²⁰ e de distúrbios psiquiátricos²⁴. No entanto, achados de uma revisão integrativa apontam que inexistem estudos que avaliaram os resultados clínicos do serviço de GTM quando ofertado a pessoas com AR²⁵. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa ofertado a pessoas com artrite reumatoide sobre os problemas relacionados ao uso de medicamentos e sobre o controle clínico da artrite reumatoide.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quasi-experimental, com um grupo único de pessoas com AR inseridas em um serviço de GTM, usando um desenho de pré-teste/pós-teste e sem grupo controle para descrever os resultados clínicos do serviço e avaliar seu impacto clínico. O desenho do estudo quasi-experimental é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a avaliação de intervenções realizadas em mundo real no sistema de saúde²⁶, como é o caso do serviço de GTM oferecido em um ambulatório de reumatologia de um hospital público universitário de Belo Horizonte.

População e cenário do estudo

O serviço de GTM foi ofertado às pessoas com diagnóstico prévio de AR assistidas em um ambulatório de reumatologia sem adoção de critérios específicos de inclusão, conforme agendamento de consultas e disponibilidade dos profissionais vinculados ao serviço. Dessa forma, foram atendidas pessoas sem restrição demográfica ou de tempo de doença, conforme perfil local do ambulatório. Ou seja, pessoas de ambos os sexos, de qualquer idade e em diferentes estágios da AR poderiam ser assistidas pelo serviço de GTM. No presente estudo, foi avaliada a população de pacientes atendidos pelo serviço de GTM no ambulatório de reumatologia. As consultas de GTM foram realizadas de junho de 2018 a março de 2020 por três farmacêuticos com mais de dois anos de experiência em GTM. Além disso, eles receberam tutoria especializada durante as fases iniciais de implantação do serviço.

O presente estudo foi conduzido em um ambulatório de reumatologia de um hospital público, universitário e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado em Belo Horizonte. As consultas com o médico reumatologista para pacientes com AR neste ambulatório eram realizadas nas manhãs de quarta-feira. A frequência das visitas variava de acordo com a complexidade do quadro clínico de cada paciente; aqueles com quadro clínico geral estável tinham o acompanhamento agendado em intervalos maiores do que os pacientes com doença descontrolada. Assim, alguns pacientes retornavam a cada três meses, seis meses ou apenas uma vez por ano.

Importante pontuar que o atendimento ambulatorial se destina a atender condições crônicas não agudizadas que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção. Logo, a atenção ambulatorial especializada constitui um importante ponto de atenção à saúde das redes de atenção à saúde do SUS, onde os pacientes com condições crônicas mais complexas são atendidos por

médicos especialistas na atenção às condições de saúde incomuns para a atenção primária à saúde²⁷.

Processo de cuidado ao paciente no serviço de GTM

O processo de cuidado ao paciente seguiu o arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica^{10,11}. Portanto, em cada consulta, o farmacêutico coletou informações pertinentes para avaliar todos os medicamentos utilizados e todos os problemas de saúde do paciente com o intuito de assegurar que todos os medicamentos em uso fossem os mais indicados, efetivos, seguros e convenientes para ele^{10,11,12}.

Os farmacêuticos clínicos realizaram suas consultas antes das consultas médicas, permitindo a discussão do caso de cada paciente com os reumatologistas e o próprio paciente, possibilitando a tomada de decisão compartilhada. Durante as consultas farmacêuticas, o farmacêutico clínico avaliou a farmacoterapia do paciente baseando-se nos parâmetros clínicos e laboratoriais disponíveis em seu prontuário e nos resultados dos exames e testes que o paciente trouxe para a consulta. Nos casos em que um exame era necessário para avaliar a farmacoterapia e o paciente não o possuía, o farmacêutico encaminhava o paciente ao médico, sugerindo que o exame fosse solicitado. Esses dados foram utilizados pelo farmacêutico clínico para avaliar se cada medicamento era efetivo e seguro para o paciente.

Nos casos em que foram identificados problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), esses foram categorizados como: PRM1, quando o medicamento era desnecessário; PRM2, em casos de necessidade de medicamento adicional; PRM3, nos casos de inefetividade do medicamento utilizado; PRM4, quando havia dose baixa; PRM5, no caso de reação adversa; PRM6, quando havia dose alta; e, por último, PRM7 de não adesão, quando a farmacoterapia não era conveniente para o paciente^{10,11}.

Após identificar um PRM, o farmacêutico, em conjunto com os demais profissionais de saúde, apresentava ao paciente as alternativas disponíveis para resolvê-lo. Depois de fornecer informações suficientes ao paciente, a equipe de saúde o auxiliava a explorar as alternativas disponíveis e, assim, em conjunto, decidiam qual seria o melhor plano de cuidado para o paciente. Em seguida, o plano de cuidado era implantado e os resultados eram avaliados posteriormente. Ou seja, era verificado se os PRMs identificados foram resolvidos com as intervenções propostas no plano de cuidado. Caso o objetivo terapêutico não fosse alcançado, um novo plano de cuidado era delineado^{10,11,12}.

Todo o processo de cuidado farmacêutico tinha

como objetivo resolver os possíveis PRMs identificados, assegurando assim que as necessidades farmacoterapêuticas da pessoa com AR estavam atendidas. Todo este processo de cuidado, bem como os desfechos dos pacientes foram documentados em prontuário próprio do serviço construído no programa *Microsoft Office Excel*®. Em todas as consultas de GTM, foi realizada a avaliação integral da farmacoterapia dos pacientes e seus desfechos. Como este serviço se baseia em uma prática individualizada e centrada no paciente, é previsto que a frequência e o número de consultas para cada paciente variem conforme seu perfil clínico.

Coleta de dados

Todos os dados foram coletados diretamente dos prontuários do serviço de GTM por uma farmacêutica com experiência em GTM, mas que não atuou na oferta do serviço do ambulatório. Os dados foram coletados e digitados em um banco de dados no programa *Microsoft Office Excel*®. Em sequência, foram transferidos, armazenados e analisados no *software Stata*®. Toda a coleta de dados foi coordenada por uma pesquisadora principal que validou os dados coletados mediante dupla checagem de somatórios das variáveis.

Foram coletados os seguintes dados referentes à primeira consulta: sexo; idade (anos completos na primeira consulta); número de anos desde que o paciente recebeu o diagnóstico de AR; número de problemas de saúde; número de medicamentos utilizados (prescritos e não prescritos). Além disso, foi coletado o número total de consultas de GTM por paciente, número e tipo de PRM identificados e resolvidos para todas as doenças e, especificamente, o número de PRM identificados e resolvidos relacionados à AR ao longo de todas as consultas.

Os valores do índice composto de atividade da doença DAS28 (*Disease Activity Score 28*) foram mensurados pelo reumatologista durante a consulta médica e registrados no prontuário do paciente. De acordo com o DAS28, o paciente está em remissão da doença quando os escores são inferiores a 2,6; escores entre 2,6 e 3,2 indicam baixa atividade da doença; entre 3,2 e 5,1, atividade moderada; e acima de 5,1 indicam alta atividade¹.

É importante ressaltar que este estudo foi conduzido em um contexto de mundo real e observou-se que o escore DAS28 não foi avaliado sistematicamente em todas as consultas. Nesses casos, a condição clínica geral do paciente foi avaliada por meio da Escala Visual Analógica da Dor (EVA-D). Embora o controle da AR não deva ser definido apenas pela dor, a redução da dor é um importante indicador da efetividade do tratamento no manejo da AR, como

demonstrado por Mota *et al.*²⁸.

Nos casos em que foi utilizada a intensidade da dor relatada pelo paciente no momento da consulta, pontuações menores ou iguais a 34 foram consideradas indicativas de “dor leve”, pontuações entre 35 e 67 de “dor moderada” e maiores que 67 de “dor intensa”²⁹. A EVA-D é uma escala unidimensional que avalia a dor de 0 a 100 mm, com os extremos indicando “ausência de dor” e “a pior dor possível”²⁹. A avaliação da efetividade do tratamento da AR baseou-se nesses registros, bem como na discussão de cada caso clínico com o reumatologista e o paciente após a consulta médica. Logo, foram utilizados como parâmetros para análise do controle da AR, o que estava registrado no prontuário do serviço de GTM, sendo coletados os valores registrados na primeira e na última consulta de GTM^{1,5,29}.

Variáveis do estudo e análise de dados

A análise descritiva dos dados foi realizada determinando-se as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e a média, o desvio-padrão e os valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas.

Durante a oferta do serviço de GTM, o farmacêutico deve avaliar se o paciente está respondendo ao tratamento, ou seja, deve verificar se os objetivos terapêuticos desejados foram alcançados. Nesse sentido, para avaliar o impacto clínico do serviço de GTM, o teste de McNemar foi utilizado para comparar as proporções de pacientes com AR controlada na primeira e na última consulta de GTM. Essa análise foi escolhida por ser consistente com o indicador de qualidade utilizado no serviço de GTM, que visa monitorar a porcentagem de pacientes com AR controlada. Para isso, foram consultados os prontuários do serviço de GTM, sendo considerados como controlados, os indivíduos com AR que tinham registro de estar em remissão sustentada ou baixa atividade da doença de acordo com o DAS28. Ou, ainda, aqueles que tinham o registro em prontuário de estarem com dor leve no momento da consulta na escala EVA-D^{1,5,28,29}.

O tempo entre a primeira e a última consulta variou para cada paciente, uma vez que o número de consultas e os períodos de acompanhamento são individualizados de acordo com suas necessidades farmacoterapêuticas.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o parecer número CAAE-25780314.4.0000.5149. O anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações foram garantidos.

RESULTADOS

No total, foram avaliadas 50 pessoas com AR, com média de idade de $62,8 \pm 10,8$ anos (mín = 36; máx = 85), sendo a maioria do sexo feminino ($n = 46$; 92,0%). Ao analisar o número de anos que as pessoas apresentam o diagnóstico de AR, foi observada uma média de $17,1 \pm 10,0$ anos (mín = 2; máx = 41). O número médio de problemas de saúde identificados no início da avaliação foi de $5,2 \pm 1,6$ (mínimo = 3; máximo = 10). Na primeira consulta, 56,0% dos pacientes ($n = 28$) estavam utilizando dez ou mais medicamentos. O total de consultas realizadas foi de 97 (média = $1,9 \pm 1,0$ consultas; min = 1; máx = 5) (Tabela 1).

Ao longo de todas as consultas de GTM, foi identificado um total de 198 PRM, sendo a maioria delas ($n = 144$; 72,7%) resolvida. Cerca de um a cada quatro PRMs identificados estavam relacionados à AR; os demais envolviam outras doenças, como pode ser observado na Tabela 2. Em adição, 60% ($n = 30$) dos

pacientes atendidos pelo serviço de GTM apresentaram algum PRM relacionado à AR, enquanto que quase a totalidade dos pacientes assistidos apresentaram algum PRM relativo a outras doenças ($n = 44$; 88,0%).

A maioria dos PRMs identificados referentes à AR envolvia um medicamento inefetivo ($n = 11$; 22,4%) ou uma reação adversa ao medicamento ($n = 10$; 20,4%). Para as outras doenças, os PRMs mais frequentes foram medicamento inefetivo ($n = 41$; 27,5%) e não adesão ($n = 31$; 20,8%) (Tabela 2). Dentre os pacientes acompanhados em duas ou mais consultas, observou-se que aqueles com AR controlada na última consulta apresentaram uma média superior tanto para os PRMs identificados para a AR (média de 1,19 entre pacientes controlados *versus* 0,80 entre pacientes não controlados), quanto para os PRMs resolvidos para esta doença (média de 1,00 entre pacientes controlados *versus* 0,50 entre pacientes não controlados).

Tabela 1 - Perfil demográfico, de saúde e de utilização de medicamentos das pessoas com artrite reumatoide inseridas no serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) ofertado em um ambulatório de reumatologia de um hospital público universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais. 2018-2020.

Características	n (%)
Sexo	
Feminino	46 (92,0)
Masculino	4 (8,0)
Idade (anos completos)	
≤ 49	6 (12,0)
50-59	11 (22,0)
60-69	19 (38,0)
≥ 70	14 (28,0)
Número de medicamentos na avaliação inicial*	
≤ 9	10 (20,0)
10-19	22 (44,0)
≥ 20	15 (30,0)
Não relataram	3 (6,0)
Número de consultas	
1	21 (42,0)
2	16 (32,0)
≥ 3	13 (26,0)
Número de anos com artrite reumatoide	
≤ 9	22 (44,0)
≥ 10	28 (56,0)

Características	n (%)
Número de problemas de saúde na avaliação inicial*	
≤ 4	21 (42,0)
≥ 5	29 (58,0)
Hipertensão	
Sim	40 (80,0)
Não	10 (20,0)
Diabetes mellitus	
Sim	14 (28,0)
Não	36 (72,0)
Dislipidemia	
Sim	32 (64,0)
Não	18 (36,0)
Doenças do sistema nervoso central	
Sim	21 (42,0)
Não	29 (58,0)
Osteoporose	
Sim	24 (48,0)
Não	26 (52,0)

*Avaliação inicial = primeira consulta de GTM.

Tabela 2 - Frequência dos tipos de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRMs) relacionados ou não à artrite reumatoide identificados e resolvidos nas consultas do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) ofertado em um ambulatório de reumatologia de um hospital público universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais. 2018-2020.

Tipo de PRM	Total PRM identificados n (%)	PRM identificados AR n (%)	PRM identificados outras doenças n (%)	Total PRM resolvidos n (%)	PRM resolvidos AR n (%)	PRM resolvidos outras doenças n (%)
1 Medicamento desnecessário	26 (13,1%)	5 (10,2%)	21 (14,1%)	22 (15,3%)	5 (11,9%)	17 (16,7%)
2 Necessidade de medicamento adicional	33 (16,7%)	9 (18,4%)	24 (16,1%)	23 (16,0%)	7 (16,7%)	16 (15,7%)
3 Medicamento inefetivo	17 (8,6%)	4 (8,2%)	13 (8,7%)	8 (5,6%)	2 (4,8%)	6 (5,9%)
4 Dose baixa	52 (26,3%)	11 (22,4%)	41 (27,5%)	41 (28,5%)	10 (23,8%)	31 (30,4%)
5 Reação adversa	25 (12,6%)	10 (20,4%)	15 (10,1%)	18 (12,5%)	10 (23,8%)	8 (7,8%)
6 Dose alta	9 (4,5%)	5 (10,2%)	4 (2,7%)	7 (4,9%)	4 (9,5%)	3 (2,9%)
7 Não adesão	36 (18,2%)	5 (10,2%)	31 (20,8%)	25 (17,4%)	4 (9,5%)	21 (20,6%)
Total	198 (100,0)	49 (100,0)	149 (100,0)	144 (100,0)	42 (100,0)	102 (100,0)

Legenda: AR: artrite reumatoide; PRM: problemas relacionados ao uso de medicamentos.

Ao avaliar o impacto clínico do serviço de GTM, foi observado um aumento na proporção de pessoas que apresentaram controle da AR na última consulta (61,5%) quando comparada com a primeira consulta (38,5%) de forma estatisticamente significativa (p = 0,0143) (Tabela 3).

Tabela 3 - Proporção de pessoas com artrite reumatoide (AR) inseridas no serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) ofertado em um ambulatório de reumatologia de um hospital público universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais. 2018-2020.

		Avaliação do controle da AR na última consulta		Total n (%)
		Não controlada n (%)	Controlada* n (%)	
Avaliação do controle da AR na primeira consulta	Não controlada n (%)	10 (38,5)	6 (23,0)	16 (61,5)
	Controlada* n (%)	0 (0,0)	10 (38,5)	10 (38,5)
Total		10 (38,5)	16 (61,5)	26 (100,0)

*Artrite reumatoide (AR) controlada: valores do *Disease Activity Score* 28 (DAS28) menores que 3,2 e/ou pontuação na Escala Visual Analógica de Dor (EVA-D) menor que 34^{1,5,28,29}.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, no Brasil, está sendo observada uma expansão dos serviços clínicos ofertados por farmacêuticos, porém poucos estudos avaliaram os resultados clínicos do serviço de GTM ofertado em âmbito ambulatorial^{30,31}. Desse modo, ao nosso conhecimento, este é o primeiro estudo quasi-experimental que avaliou um serviço de GTM voltado a pacientes com AR atendidos em um ambulatório no Brasil.

Os achados do presente estudo apontam que a oferta do serviço de GTM a pessoas com AR contribui para o alcance da meta terapêutica dessa doença. Tais resultados estão em consonância com pesquisas anteriores que encontraram uma melhora

dos resultados clínicos entre os pacientes atendidos pelo serviço de GTM^{13,14,15,20,21,22,23,24,30,31}.

Grande parte dos pacientes atendidos pelo serviço eram pessoas idosas e do sexo feminino. Esse perfil de pacientes já era esperado, tendo em vista que cerca de 55% das pessoas que vivem com AR têm mais de 55 anos e as mulheres têm duas a três vezes mais probabilidade de manifestar essa doença⁴.

A maioria dos pacientes assistidos tinha diagnóstico de AR há mais de 10 anos e 58% deles apresentavam cinco ou mais problemas de saúde, o que, consequentemente, os levaram a utilizar múltiplos medicamentos (56% dos pacientes faziam uso de

10 ou mais medicamentos). Esse perfil de saúde aponta a necessidade desses pacientes serem assistidos por um serviço clínico holístico, que avalia o paciente como um todo, sem fragmentá-lo, como é o caso da prática da atenção farmacêutica^{10,11}.

Conforme o arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica, o farmacêutico deve avaliar todos os problemas de saúde e todos os medicamentos em uso pelo paciente, sendo inoportuno que o farmacêutico selecione um medicamento e/ou problema de saúde e ignore os demais^{10,11}. Isso porque pacientes com comorbidades e em uso de múltiplos medicamentos apresentam maiores riscos de danos, uma vez que a polifarmácia está associada ao aumento da ocorrência de eventos adversos, reações adversas, interações medicamentosas, interações medicamento-doença e mortalidade^{32,33}. Neste contexto, é imperativa a realização de uma avaliação criteriosa da farmacoterapia, considerando, também, que o uso de múltiplos medicamentos pode ser clinicamente indicado, efetivo e seguro para a situação clínica do paciente^{32,34}.

Contudo, no presente estudo, foram identificados em média quatro PRMs por paciente atendido, sendo a identificação de PRM para outras doenças mais frequente do que PRMs para AR. Esses resultados apontam que os pacientes atendidos apresentavam outros problemas de saúde que não estavam sendo monitorados de forma efetiva. Tal fato pode ser decorrente de causas multifatoriais, associadas tanto ao usuário, quanto à gestão do sistema de saúde^{35,36}.

Isso porque falhas na comunicação entre os profissionais da atenção primária à saúde (APS) e aqueles inseridos na atenção secundária, em conjunto com o controle ineficiente dos encaminhamentos, do sistema de referência e da contrarreferência, podem comprometer a integralidade do cuidado e colaborar para um conjunto de desfechos negativos no processo assistencial³⁷. Em adição, os usuários, muitas vezes, podem preferir ser acompanhados somente pelo serviço de atenção secundária, seja por descrença na qualidade dos serviços da APS, seja pelo desconhecimento sobre a organização e funcionamento do sistema de saúde ou, ainda, por falhas nas orientações acerca da importância de seu cuidado ser coordenado e ordenado pela equipe da APS³⁶.

Nesse contexto, a implementação de serviços de GTM destaca-se como uma estratégia importante para otimizar a farmacoterapia global do paciente. De fato, no presente estudo, constatou-se que aproximadamente três quartos dos PRMs identificados pelos farmacêuticos estavam relacionados a outras condições de saúde, demonstrando que, quando os farmacêuticos clínicos avaliam o paciente de for-

ma holística, considerando todos os medicamentos utilizados e todos os seus problemas de saúde, podem contribuir para a melhora do quadro geral do paciente. Contudo, pesquisas futuras abordando o contexto do manejo de outras condições de saúde em pacientes atendidos na atenção secundária à saúde seriam interessantes para aprofundar o conhecimento sobre o tema.

No que concerne à frequência dos PRMs, observou-se que quase a totalidade dos PRMs relacionados à AR foram resolvidos (85,7%), enquanto que aqueles relacionados às outras doenças apresentaram uma taxa de resolução menor (68,4%). Tais achados podem ser decorrentes do fato de os PRMs relativos à AR terem sido discutidos e resolvidos com a própria equipe do ambulatório e/ou com os pacientes, enquanto que a resolução dos PRM relacionados às outras doenças, muitas vezes, demandaram a necessidade de encaminhamentos, seja para a APS, seja para outros ambulatórios, como o ambulatório de cardiologia. Esses resultados reforçam o quanto que a presença do farmacêutico clínico no mesmo lugar que se encontra a equipe de saúde é fundamental para que o serviço de GTM seja mais efetivo, uma vez que esse contexto permite uma melhor interação profissional, o que, por sua vez, facilita a aceitação e compreensão das intervenções propostas³⁸.

Em adição, cabe ressaltar que os pacientes considerados com AR controlada na última consulta tiveram uma média superior de PRMs identificados e resolvidos quando comparados com as pessoas com a doença não controlada na última consulta. Esses achados corroboram resultados de outras pesquisas que apontam que o serviço de GTM tem o potencial de otimizar a farmacoterapia de pacientes com elevada complexidade farmacoterapêutica, que não estão atingindo o controle da doença e que, conseqüentemente, demandam uma avaliação mais criteriosa de suas necessidades farmacoterapêuticas^{13,14,18,20,21,22,23,24}.

Os tipos mais frequentes de PRMs identificados foram dose baixa (26,3%), não adesão (18,2%) e necessidade de medicamento adicional (16,7%). Esse perfil de PRMs identificados também foi encontrado em um estudo que avaliou os resultados clínicos do serviço de GTM em um ambulatório de diabetes mellitus (DM)³¹ e em outros estudos brasileiros que acompanharam pacientes no âmbito da APS^{13,15}. Em adição, os mesmos tipos de PRMs foram encontrados como os mais frequentes em um estudo que avaliou os resultados clínicos do serviço de GTM ofertado em um sistema de saúde estadunidense por dez anos¹⁸.

Em relação à AR, os PRMs mais prevalentes foram dose baixa (22,4%), reação adversa (20,4%) e

necessidade de medicamento adicional (18,4%). O PRM de dose baixa também foi o mais prevalente no estudo que avaliou os resultados clínicos dos pacientes com DM acompanhados pelo serviço de GTM em um ambulatório³¹. Tais achados podem advir tanto da prescrição de uma dose medicamentosa que está sendo insuficiente para alcançar a efetividade do tratamento, quanto pela subutilização dos medicamentos pelos pacientes.

No presente estudo, identificou-se que os PRMs de dose baixa, geralmente, incidiam da necessidade de aumentar a dose da prednisona ou do metotrexato para melhorar a resposta terapêutica ou da preferência dos pacientes em tomar ácido fólico ou leflunomida em um intervalo entre doses maior que o necessário para alcançar os objetivos terapêuticos (resultados não descritos). Ambas situações reforçam a necessidade do acompanhamento periódico dos pacientes atendidos, seja para ajustar a dose dos medicamentos, conforme o estado clínico atual dos pacientes, seja para os profissionais de saúde se certificarem que os pacientes estão utilizando os medicamentos conforme o prescrito (protocolo de AR). Esses achados sinalizam a importância de monitorar a resposta clínica destes pacientes periodicamente, uma vez que a ausência de controle da AR pode levar a complicações, deformidades e incapacidade funcional^{1,2,3,5}.

O segundo PRM relacionado à AR mais frequente foi reação adversa a medicamento. No presente estudo, esse PRM esteve atrelado, principalmente, ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), prednisona e metotrexato. Os pacientes faziam uso de AINEs por automedicação frequentemente com o intuito de controlar a dor da AR (resultados não descritos). Contudo, eles ficavam expostos a manifestação de reações adversas, como gastrite e dispepsia. Além disso, o uso crônico desses medicamentos, além de aumentar o risco de hemorragia digestiva, indica que a atividade da AR pode não estar adequadamente controlada¹. Desse modo, torna-se necessário um acompanhamento periódico para avaliar não só sua segurança e efetividade, mas também enquanto indicador da inefetividade do protocolo de tratamento da AR estabelecido para o paciente.

Em relação à prednisona, as reações adversas relatadas estavam associadas à ocorrência de insônia (resultados não descritos). Para solucionar tal problema, ajustou-se o horário de administração do medicamento para o período da manhã³⁹. Nos casos em que a prednisona era utilizada duas vezes ao dia, recomendou-se utilizar a segunda dose às 16 horas, visando minimizar os impactos deste medicamento no padrão de sono dos pacientes.

No que concerne ao uso de metotrexato, as re-

ações adversas relatadas envolviam náuseas, vômitos, perda de apetite, mal-estar e queda de cabelo (resultados não descritos). Para manejar os problemas gastrointestinais, foi prescrito ondansetrona. Nos casos em que o paciente não tolerou o medicamento, foi necessário realizar a troca da farmacoterapia⁴⁰.

No presente estudo, foi encontrado que o serviço de GTM ofertado a pacientes com AR no ambulatório de reumatologia impactou positivamente no alcance do controle da AR. Tal achado também foi observado em outras pesquisas que avaliaram o impacto do serviço de GTM no controle de pacientes com DM³¹ ou HIV³⁰ assistidos no âmbito da atenção secundária. Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de implementar e qualificar o serviço de GTM como estratégia de monitoramento contínuo de pacientes complexos, como é o caso dos pacientes com AR.

A ausência dos parâmetros clínicos e laboratoriais nos prontuários dos pacientes atendidos pelo serviço de GTM foi um fator limitante no presente estudo, que pode ter levado à subestimação da frequência e da resolução de PRM na população estudada. Outra limitação do estudo foi o tempo reduzido de disponibilidade do consultório para a equipe de farmácia realizar os atendimentos frente à elevada demanda multiprofissional no ambulatório, o que pode ter limitado o número total de pacientes atendidos, bem como o número de consultas realizadas por paciente. Por conseguinte, o número reduzido de pacientes acompanhados pelo serviço e a ausência de dados registrados em prontuário inviabilizaram a realização de outras análises estatísticas, visto que o número de observações em cada categoria de análise poderia ser substancialmente menor, o que pulverizaria os dados e comprometeria a análise. Tal fato também suscitou a necessidade de avaliar o controle da AR por meio dos parâmetros que estavam registrados em prontuário, ou seja, foram coletados os valores do DAS28 ou da pontuação na EVA-D registrados na primeira e na última consulta de GTM. Essa importante limitação sinaliza a necessidade de otimizar a documentação das intervenções analisadas em contexto de mundo real, para que a avaliação desses serviços não seja prejudicada e seu impacto clínico subestimado.

Em adição, o presente estudo apresenta limitações inerentes do tipo de estudo quasi-experimental, como ausência de randomização e de grupo controle. Por outro lado, apesar de estudos que avaliem serviços clínicos em cenários de vida real apresentarem algumas limitações intrínsecas ao seu desenho, eles geram evidências científicas com elevada relevância prática, fornecendo subsídios mais próximos da realidade dos cenários assistenciais.

Além disso, este tipo de estudo permite avaliar contextos de intervenções que a realização de ensaios clínicos randomizados seriam inviáveis por questões éticas, operacionais e/ou financeiras. Ademais, este desenho é recomendado pela OMS para a avaliação de intervenções realizadas em mundo real²⁶, como é o caso do serviço avaliado no presente estudo. Por fim, deve-se apontar que os achados deste estudo dizem respeito ao cenário particular do ambulatório no qual o estudo foi desenvolvido, não sendo possível afirmar que há validade externa.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo indicam que o serviço de GTM oferecido no nível ambulatorial apresenta potencial para melhorar o controle clínico da ar-

trite reumatoide. Apesar dessas limitações, cabe salientar que os resultados obtidos referem-se a uma população com elevada complexidade farmacoterapêutica, que apresentava um número considerável de PRMs tanto relacionados à AR, quanto a outras doenças, destacando a pertinência de oferecer este serviço de GTM para pessoas com AR. Em adição, os achados demonstram a efetividade do serviço de GTM ofertado no cenário de estudo, demonstrando seu potencial de contribuir para o alcance do controle da AR no âmbito ambulatorial.

trite reumatoide. A frequência de PRMs identificados foi elevada, mas grande parte deles foi resolvida pelos farmacêuticos, sobretudo, aqueles relacionados à AR.

Declaração do autor CRediT

Conceitualização: Rezende CP; Nascimento, MMG. Metodologia: Rezende CP; Oliveira, IV; César, ALM; Silva, PVR; Silva, HM; Ramalho-de-Oliveira, D; Nascimento, MMG. Validação: Rezende CP; Nascimento, MMG. Análise estatística: Rezende CP; Nascimento, MMG. Análise formal: Rezende CP; Oliveira, IV; César, ALM; Silva, PVR; Nascimento, MMG. Investigação: Rezende CP; Oliveira, IV; César, ALM; Silva, PVR; Silva, HM; Nascimento, MMG. Recursos: Nascimento, MMG. Redação do manuscrito original: Rezende CP. Revisão e edição do manuscrito: Rezende CP; Oliveira, IV; César, ALM; Silva, PVR; Silva, HM; Ramalho-de-Oliveira, D; Nascimento, MMG. Visualização: Rezende CP; Oliveira, IV; César, ALM; Silva, PVR; Silva, HM; Ramalho-de-Oliveira, D; Nascimento, MMG. Supervisão: Nascimento, MMG. Administração do projeto: Nascimento, MMG.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Processo nº: BPD-00808-22 e Universidade Federal de Minas Gerais.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria Conjunta nº 16, de 03 de setembro de 2021. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Idiopática Juvenil. Diário Oficial da União. 2021 set 10; Seção 1. p. 107. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2021/poc0016_10_09_2021.html
2. Conforti A, Cola I, Pavlych V, Ruscitti P, Berardicurti O, Ursini F, et al. Beyond the joints, the extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev*. 2021 Feb, 20(2), 102735. DOI: 10.1016/j.autrev.2020.102735.
3. Radu AF, Bungau SG. Management of Rheumatoid Arthritis: An Overview. *Cells*. 2021 Oct 23, 10(11), 2857. DOI: 10.3390/cells10112857.
4. GBD 2021 Rheumatoid Arthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990-2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023 Sep 25, 5(10), e594-e610. DOI: 10.1016/S2665-9913(23)00211-4.
5. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, Burmester GR, Dougados M, Kerschbaumer A, McInnes IB, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis*. 2020, 79(6), 685-99.
6. Acurcio FA, Machado MA, Moura CS, Ferre F, Guerra AAJ, Andrade EI, et al. Medication Persistence of Disease-Modifying Antirheumatic Drugs and Anti-Tumor Necrosis Factor Agents in a Cohort of Patients With Rheumatoid Arthritis in Brazil. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 Oct, 68(10), 1489-96. DOI: 10.1002/acr.22840
7. Vicente GNS, Pereira IA, Castro GRW, Mota LMH, Carneletto AP, Souza DGS, et al. Cardiovascular risk comorbidities in rheumatoid arthritis patients and the use of anti-rheumatic drugs: a cross-sectional real-life study. *Adv Rheumatol*. 2021 Jun 25, 61(1), 38. DOI: 10.1186/s42358-021-00186-4
8. Norton S, Koduri G, Nikiphorou E, Dixey J, Williams P, Young A. A study of baseline prevalence and cumulative incidence of comorbidity and extra-articular manifestations in RA and their impact on outcome. *Rheumatology (Oxford)*. 2013 Jan, 52(1), 99-110. DOI: 10.1093/rheumatology/kes262
9. Gonçalves TS, Ramalho-de-Oliveira D, Silva HM, Oliveira IV, Neves CM, Nascimento MMG. Drug utilization and health profile of patients with rheumatoid arthritis attending in a rheumatology clinic. *Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada*, 2019, 2, 57-67.
10. Ramalho-de-Oliveira D. Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCN, 2011; 344p.
11. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management. 3 ed. New York: McGraw-Hill, 2012; 697p.
12. CMM in Primary Care Research Team. The Patient Care Process for Delivering Comprehensive Medication Management (CMM): Optimizing Medication Use in Patient-Centered, Team-Based Care Settings. July 2018. Disponível em: http://www.accp.com/cmm_care_process
13. Rezende CP, et al. Clinical impact of comprehensive medication management services offered to geriatric and hypertensive patients. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 2023, 14(3), 285-90. DOI: 10.1093/jphsr/rmad028

14. Santos BD, et al. Clinical Impact of a Comprehensive Medication Management Service in Primary Health Care. *J Pharm Pract.* 2021 Apr, 34(2), 265-71. DOI: 10.1177/0897190019866309
15. Neves CM, Nascimento MMG, Silva DAM, Ramalho-de-Oliveira D. Clinical Results of Comprehensive Medication Management Services in Primary Care in Belo Horizonte. *Pharmacy (Basel).* 2019 Jun 12, 7(2), 58. DOI: 10.3390/pharmacy7020058
16. Watanabe JH, McInnis T, Hirsch JD. Cost of Prescription Drug-Related Morbidity and Mortality. *Ann Pharmacother.* 2018 Sep, 52(9), 829-837. DOI: 10.1177/1060028018765159
17. Obreli-Neto PR, et al. Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. *J Manag Care Spec Pharm.* 2015 Jan, 21(1), 66-75. DOI: 10.18553/jmcp.2015.21.1.66
18. Ramalho-de-Oliveira D, Brummel AR, Miller DB. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *J Manag Care Pharm.* 2010 Apr, 16(3), 185-95. DOI: 10.18553/jmcp.2010.16.3.185
19. Isetts BJ, et al. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience. *J Am Pharm Assoc (2003).* 2008 Mar-Apr, 48(2), 203-14. DOI: 10.1331/JAPhA.2008.07108
20. Heidenreich PA, et al. Pharmacist management and quality of care for heart failure with reduced left ventricular ejection fraction. *JACC: Heart Failure.* 2025;13(9). DOI: 10.1016/j.jchf.205.102530.
21. Pastakia SD, et al. The impact of clinical pharmacist led comprehensive medication management on diabetes care at Federally Qualified Health Centers within the BD Helping Build Healthy Communities program. *Journal of the American College Clinical Pharmacy.* 2022;5:273-282. DOI: 10.1002/jac5.1679.
22. Brajkovic A, et al. Healthcare utilization and clinical outcomes in older cardiovascular patients receiving comprehensive medication management services: A nonrandomized clinical study. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022;19:2781. DOI: 10.3390/ijerph19052781.
23. Wang Q, et al. Description and disposition of home patients with colorectal cancer assessing a practical, complications related medication therapy management service. *Front Oncol* 2025 Jul 17;15:1595010. DOI: 10.3389/fonc.2025.1595010
24. Cobb CD. Optimizing medication use with a pharmacist-provided comprehensive medication management service for patients with psychiatric disorders. *Pharmacotherapy.* 2014;34:1336-1340. doi.org/10.1002/phar.1503.
25. Rezende CP, Silva PVR, Oliveira DR, Silva HM, Nascimento MMG. Serviços clínicos farmacêuticos oferecidos a pessoas com artrite reumatoide: uma revisão da literatura. In: V Congresso Brasileiro de Saúde Online, 2024, Brasília. Anais do Evento: V Congresso Brasileiro de Saúde Online, 2024.
26. Peters DH, Tran NT, Adam T, et al. Implementation research in health: a practical guide. 2013. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf?sequence
27. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília: CONASS, 2019.
28. Mota LMHD, et al. 2017 recommendations of the Brazilian Society of Rheumatology for the pharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Advances in Rheumatology.* 2018, 58:2. DOI: 10.1186/s42358-018-0005-0
29. Corbacho MI, Daputo JJ. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2010 Jan, 50(1), 31-43. DOI: 10.1590/S0482-50042010000100004
30. Santos ASA, Nascimento MMG, Paulino BLT, Plauska ALS, Soares DB, Ramalho-de-Oliveira D. Resultados além do gerenciamento da infecção em um serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentos para pessoas vivendo com HIV. *Saúde E Pesquisa.* 2023, 16(4), 1-22. DOI: 10.17765/2176-9206.2023v16n4.e11966
31. Souza IG, Nascimento MMG, Neves CM, Oliveira GC, Brum GA, Ramalho-Oliveira D. Resultados Clínicos do Serviço de Gerenciamento da Terapia medicamentosa em um Ambulatório de Diabetes. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde* 2017, 8(3), 19-24. DOI: 10.30968/rbfhss.2017.083.004
32. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017 Oct 10, 17(1), 230. DOI: 10.1186/s12877-017-0621-2
33. Jyrkka J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs & aging.* 2009, 26(12), 1039-48. DOI: 10.2165/11319530-000000000-00000
34. Cadogan C, et al. Dispensing appropriate polypharmacy to older people in primary care: a qualitative, theory-based study of community pharmacists' perceptions and experiences. *Int J Pharm Pract.* 2015, 23(S2), 32.
35. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. *Esc Anna Nery.* 2019, 23(1), e20180214. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214
36. Felipe MLS, Evangelista CP, Duarte SRMP. Motivos de procura de atendimentos não urgentes na atenção secundária ao invés da atenção primária. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2022,11(1), e202141. DOI: 10.18554/reas.v11i1.4510
37. Lacerda RST, Almeida PF. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu).* 2023, 27, e220665. DOI: 10.1590/interface.220665
38. Silva DAM, Mendonça SAM, Ramalho-de-Oliveira D, Chemello C. Clinical practice of pharmacists in family health support team. *Trab Educ Saúde.* 2018, 16, 659-82. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00108
39. Moghadam-Kia S, Werth VP. Prevention and treatment of systemic glucocorticoid side effects. *Int J Dermatol.* 2010 Mar, 49(3), 239-48. DOI: 10.1111/j.1365-4632.2009.04322.x
40. Saif S, Kakalia S, Kitchlew R, Khan HA, Fida S, Siddique M. Role of Ondansetron in Reducing Methotrexate Intolerance in Patients with Inflammatory Arthritis. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2022 Oct, 32(10), 1308-12. DOI: 10.29271/jcpsp.2022.10.1308

Como citar este artigo: Rezende, C.P., Oliveira, I.V., César, A.L.M., Silva, P.V.R., Silva, H.M., Ramalho-de-Oliveira, D., Nascimento, M.M.G. (2026). Resultados clínicos do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa ofertado a pessoas com artrite reumatoide. *O Mundo Da Saúde*, 50. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202650e19522026P>. *Mundo Saúde*. 2026,50:e19522026.