

Brasília, 07 de abril de 2019.

À Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Ministério da Saúde

Assunto: Posicionamento da Sociedade Brasileira de Reumatologia sobre a Proposta de Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Artrite Reumatoide, publicado em 03/04/2019

Prezado Senhores (as),

A Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), ciente da consulta pública sobre a proposta de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Artrite Reumatoide (AR), publicada em 03/04/2019, cujo objetivo é a atualização dos parâmetros e diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e monitoração dos indivíduos com essa doença, apresenta, por meio de seu presidente, José Roberto Provenza, de seu diretor científico, Eduardo dos Santos Paiva e da coordenadora da Comissão de Artrite Reumatoide, Licia Maria Henrique da Mota, suas considerações a respeito do conteúdo do PCDT da artrite reumatoide.

A Comissão de Artrite Reumatoide é constituída por médicos reumatologistas com vasta experiência no manejo da doença, e atualmente é composta pelos seguintes membros: Licia Maria Henrique da Mota, Adriana Maria Kakehasi, Ana Paula Monteiro Gomides, Angela Luzia Branco Pinto Duarte, Bóris Afonso Cruz, Claiton Viegas Brenol, Cleandro Pires de Albuquerque, Geraldo da Rocha Castelar Pinheiro, Ieda Maria Magalhães Laurindo, Ivanio Alves Pereira, José Fernando Verztman, Karina Rossi Bonfiglioli, Manoel Barros Bertolo, Mariana Peixoto Guimarães Ubirajara e Silva de Souza, Max Vitor Carioca de Freitas, Paulo Louzada Júnior, Ricardo Machado Xavier e Rina Dalva Neubarth Giorgi.

A Comissão de Artrite Reumatoide publicou recentemente as Recomendações 2017 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o Tratamento Medicamentoso da Artrite Reumatoide¹, cujo objetivo foi promover uma atualização abrangente, versando sobre o tratamento farmacológico da artrite reumatoide no Brasil, ante novos avanços acumulados desde sua última revisão. O escopo do trabalho se limitou à doença do adulto, por entender que a artrite idiopática juvenil requer abordagem separada e específica.

Tal qual o PCDT, ora em consulta pública, as recomendações da SBR foram baseadas em revisão sistemática da literatura (até março de 2017), incluindo também a opinião de um painel de reumatologistas especialistas em artrite reumatoide. Em linhas gerais, o PCDT e as Recomendações da SBR estão alinhados e concordantes, vez que se basearam nas mesmas fontes bibliográficas e são condizentes com as recomendações vigentes no restante do mundo. O próprio PCDT indica textualmente, na página 13, que suas estratégias terapêuticas *“estão alinhadas com a Portaria de AR e com a Diretriz de artrite reumatoide da Sociedade Brasileira de Reumatologia”*.

Presidente: José Roberto Provenza
Secretário: José Eduardo Martinez
1º Secretário: Dawton Torigoe
2º Secretária: Sandra Hiroko Watanabe
Tesoureiro: Luiz Carlos Latorre
1º Tesoureiro: Eduardo de Souza Meirelles
Diretor Científico: Eduardo dos Santos Paiva
Ouvidor: Cesar Emile Baaklini
Presidente Eleito: Ricardo Machado Xavier



Há, entretanto, algumas divergências pontuais relevantes entre as duas publicações, as quais precisam ser discutidas, pois que carregam repercussões potenciais tanto para o acesso dos pacientes às alternativas terapêuticas existentes, quanto sobre a necessária flexibilidade, em justa medida, na adaptação das diretrizes gerais aos casos individuais na prática clínica. Passa-se, a seguir, à discussão de tais divergências, bem como à identificação de eventuais lacunas no texto do PCDT a serem sanadas, fazendo-se proposição das soluções correspondentes.

O texto do PCDT, em sua seção “*Abordagem Terapêutica*”, tópico “*Primeira Linha*”, página 14, propõe que “O MTX deve ser a primeira escolha terapêutica” e que “**Em casos de intolerância ao MTX oral, [deve-se] tentar dividir a administração por via oral ou empregar MTX injetável**”.

As Recomendações 2017 da SBR concordam plenamente com o uso do MTX como primeira escolha, na primeira linha de tratamento e esclarecem que o “MTX [injetável] subcutâneo mostrou-se superior ao oral nos desfechos ACR70 e dor, com menos efeitos adversos gastrointestinais” (evidência moderada).^{1,2} Não obstante, apesar de o PCDT mencionar e mesmo recomendar o uso da formulação parenteral do metotrexato, em caso de intolerância à forma oral, o documento não propõe a incorporação do mesmo ao rol de medicamentos do SUS para tratamento da artrite reumatoide. Essa é uma importante lacuna. A SBR formalmente recomenda a incorporação do MTX subcutâneo para uso no SUS, medicamento de baixo custo que muito facilitaria o manejo da artrite reumatoide na prática clínica, potencialmente ampliando o uso desse MMCD, ante melhor tolerabilidade e eficácia (em alguns desfechos) comparado à formulação oral, com esperada redução do uso de recursos farmacológicos de maior custo.

Ainda na seção de “*Abordagem Terapêutica*”, tópico “*Primeira Linha*”, páginas 14 e 15, o texto do PCDT (com correspondências no algoritmo de decisão terapêutica, página 18, e fluxograma de tratamento, página 19) prevê unicamente **monoterapia com MMCDsc (preferencialmente MTX) como primeiro passo de tratamento**, dentro da primeira linha. E somente “*Em caso de falha da monoterapia inicial, isto é, persistência da atividade de doença (de acordo com meta terapêutica) após 3 meses de tratamento otimizado (doses plenas), recomenda-se a terapia com a combinação dupla ou tripla de MMCDsc*”.

As Recomendações 2017 da SBR consideram que “**A combinação de dois ou mais MMCDsc, incluindo preferencialmente o metotrexato, pode ser utilizada como primeira linha de tratamento**”.¹ Essa recomendação se baseia na demonstração de eficácia superior da terapia dupla ou tripla, em alguns desfechos clínicos, sem aumento significativo de efeitos adversos, na comparação com o MTX em monoterapia (evidência moderada ou alta).^{3,4} O próprio texto do PCDT, em seu anexo metodológico, páginas 48 a 50, aponta evidências de superioridade da terapia dupla e tripla, para alguns desfechos clínicos, na comparação com MTX em monoterapia, sem aumento significativo de efeitos adversos.⁴⁻⁹ No entanto, encontram-se nesse mesmo anexo metodológico (páginas 49 e 50) “*considerações terapêuticas*” de que a monoterapia com MMCDsc seria “*mais aceitável [...] pela facilidade de administração e possível melhor tolerância*”, afirmação essa não formalmente suportada por evidências. Tais “*considerações terapêuticas*” se materializaram no texto principal do PCDT e no algoritmo de decisão terapêutica e fluxograma de tratamento, como uma preconização para uso apenas da monoterapia, no primeiro passo, dentro da primeira linha de tratamento (páginas 14, 15, 18 e 19).

A rígida recomendação para uso exclusivo de monoterapia com MMCDsc, como único primeiro passo possível dentro da primeira linha de tratamento, está em desacordo com a visão do painel de especialistas em artrite reumatoide da SBR; bem como inconsistentemente suportada por evidências formais. Ante o exposto, recomendamos que seja inserida no PCDT, nessa mesma seção de

Presidente: José Roberto Provenza

Secretário: José Eduardo Martinez

1º Secretário: Dawton Torigoe

2º Secretária: Sandra Hiroko Watanabe

Tesoureiro: Luiz Carlos Latorre

1º Tesoureiro: Eduardo de Souza Meirelles

Diretor Científico: Eduardo dos Santos Paiva

Ouvidor: Cesar Emile Baaklini

Presidente Eleito: Ricardo Machado Xavier

"Abordagem Terapêutica", tópico "Primeira Linha", a seguinte sentença (com respectivos ajustes no algoritmo de decisão e fluxograma terapêutico):

"Excepcionalmente, em pacientes com atividade de doença moderada ou alta, particularmente naqueles com artrite reumatoide inicial e/ou fatores de mau prognóstico, poderá ser utilizada terapia dupla ou tripla com MMCDsc como primeiro esquema de tratamento".

Ademais, a "Tabela 4 – Descrição das categorias dos medicamentos", página 22 do PCDT proposto, não traz previsão para uso do esquema de combinação de metotrexato com leflunomida, amplamente utilizado no Brasil, com níveis de tolerabilidade próximos àqueles observados com qualquer desses MMCDsc em monoterapia.¹⁰⁻¹⁴ Recomendamos a inserção da previsão dessa combinação (com MTX e LEF), como uma alternativa possível, na referida tabela, bem como no texto do PCDT.

Na página 15, tópico "Segunda Linha", o texto do PCDT se refere ao tofacitinibe no subtítulo desse tópico, como se fora um MMCD biológico, quando na verdade é um MMCD sintético alvo-específico. Por clareza e precisão técnica, recomendamos verter a atual redação desse subtítulo para:

"MMCDbio (abatacepte, adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, golimumabe, infliximabe, rituximabe, tocilizumabe) ou MMCDsae (tofacitinibe)".

Nesse mesmo tópico acerca da "Segunda Linha" de tratamento, página 15, o texto proposto para o PCDT traz:

"O uso do rituximabe deve ser reservado somente aos indivíduos com contraindicação absoluta a todas as MMCDbio anti-TNF e também ao abatacepte e tocilizumabe [...]".

A disponibilização do rituximabe, nesses termos, "somente aos indivíduos com **contraindicação absoluta** a todas as MMCDbio", exclui os pacientes que já utilizaram todos os demais MMCD biológicos, mas que apresentaram respostas clínicas insuficientes, ainda que sem contraindicação absoluta a qualquer um deles, em sentido estrito. Mais importante, exclui também ou retarda injustificavelmente o acesso ao medicamento, aos pacientes com indicação específica para o rituximabe, tal como nos casos de vasculite reumatoide grave, ceratite ulcerativa periférica, sobreposição com doença hematológica (particularmente linfomas) e sobreposição com outras doenças reumáticas, como lúpus eritematoso sistêmico, vasculites associadas ao ANCA, doença por IgG4, síndrome antifosfolípide ou esclerose sistêmica com acometimento pulmonar. A não previsão (ou por efeito prático, vedação) do acesso ao rituximabe nessas situações específicas dificulta sobremaneira o manejo clínico desses casos. Por essas razões, recomendamos modificar o fragmento que menciona a reserva do rituximabe, para a seguinte forma:

"O uso do rituximabe deve ser reservado aos indivíduos com contraindicação ou falha terapêutica a todos os demais MMCDbio (anti-TNFs, abatacepte e tocilizumabe). Excepcionalmente, o rituximabe poderá ser prescrito, mediante justificativa fundamentada, aos pacientes com especificidades clínicas, para os quais haja particular expectativa de benefício, baseada em evidências, independentemente do uso prévio de outro(s) MMCDbio."

Ainda em "Abordagem Terapêutica", "Segunda Linha", página 15, o texto do PCDT afirma:

*"O tofacitinibe possui perfil de efetividade semelhante aos MMCDbio, contudo, possui menor experiência de uso e o seu perfil de segurança a longo prazo ainda não está bem estabelecido, motivo pelo qual o presente protocolo coloca como **preferencial** o uso de MMCDbio".*

Todavia, o texto do PCDT (com clara correspondência no algoritmo de decisão e fluxograma de tratamento) não se materializa efetivamente aqui como mera **preferência** pelos MMCDbio frente ao MMCDsae (tofacitinibe), na segunda linha de tratamento. Antes, o efeito prático é de imposição do uso de MMCDbio frente ao MMCDsae, nesta segunda linha, exceto *"Em casos selecionados, como na impossibilidade do uso ou armazenamento adequado de MMCDbio [...]"*

As Recomendações 2017 SBR preveem que **"Após falha de dois esquemas com MMCDsc, pode ser usado preferencialmente um MMCDb ou, alternativamente, um MMCDsae, preferencialmente associados a um MMCDsc"**.¹ De fato, ante a menor disponibilidade de resultados de segurança de longo prazo e de dados de vida real relativos ao tofacitinibe, as Recomendações 2017 da SBR indicaram preferência para os MMCDbio frente ao MMCDsae (tofacitinibe), após falha aos MMCDsc. Todavia, percebe-se que MMCDbio e MMCDsae (tofacitinibe) foram efetivamente posicionados ali na mesma linha de tratamento.

Perceba-se também que, em relação ao documento de 2015, de posicionamento da SBR relativo ao tofacitinibe¹⁵, que reservava o uso do MMCDsae apenas após falha a MMCDbio, houve reposicionamento no documento de 2017, tendo em vista o rápido acúmulo de evidências, já para situar o tofacitinibe em linha semelhante à dos MMCDbio, apenas com desnível de preferência.¹ A indicação da preferência pelos MMCDbio nessa linha de tratamento nunca pretendeu ser impositiva, mas apenas chamar a atenção dos prescritores para a menor experiência clínica acumulada com o tofacitinibe, frente aos biológicos, o que deveria ser levado em consideração na decisão terapêutica, por parte do médico assistente.

Com efeito, as Recomendações 2017 da SBR, em consonância com outras diretrizes internacionais, reconhecem que o tofacitinibe em monoterapia ou em associação ao MTX mostrou-se eficaz e seguro em pacientes com resposta inadequada a MMCDsc, com melhora de atividade de doença e de função física e redução da progressão radiográfica.¹⁶ Retroceder agora, na prática, ao entendimento de 2015, para posicionar o tofacitinibe apenas na terceira linha de tratamento (salvo exceções de natureza eminentemente logísticas) não condiz com a visão atual do painel de especialistas da SBR. Ademais, custos, facilidade de transporte e armazenamento, bem como a via de administração oral favorecem o uso do MMCDsae. Por todas essas razões, recomendamos que o acesso efetivo ao tofacitinibe, e não apenas excepcional, seja garantido já na segunda linha de tratamento, no máximo com indicação de preferência pelos MMCDbio, porém não impositiva (mas informativa) aos prescritores. Essa visão é condizente com as evidências atuais disponíveis, relativas à eficácia e segurança do tofacitinibe, citadas no próprio anexo metodológico do PCDT (páginas 59 a 61).

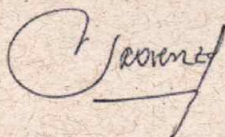
Na seção *"Fármacos e Esquema de Administração"*, tópico *"Contraindicações para cada medicamento usado para tratamento da AR"*, no parágrafo referente aos anti-TNF (adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, infliximabe, golimumabe), página 24, citam-se gestação e amamentação como contraindicações ao uso desses MMCDbio. Todavia, há substancial evidência em favor da segurança do uso do certolizumabe durante toda a gestação (bem como durante a amamentação), possivelmente pela inexistência do fragmento Fc na molécula, limitando a transferência placentária do biológico.¹⁷⁻²² Dados mais limitados também parecem favorecer a segurança do uso de outros anti-TNF, pelo menos nos dois primeiros trimestres da gestação, requerendo-se, todavia, estudos adicionais. Ante o exposto, recomendamos a menção explícita da possibilidade de uso do certolizumabe durante a gestação e amamentação, quando claramente indicado.

Presidente: José Roberto Provenza
Secretário: José Eduardo Martinez
1º Secretário: Dawton Torígoe
2º Secretária: Sandra Hiroko Watanabe
Tesoureiro: Luiz Carlos Latorre
1º Tesoureiro: Eduardo de Souza Meirelles
Diretor Científico: Eduardo dos Santos Paiva
Ouvidor: Cesar Emile Baaklini
Presidente Eleito: Ricardo Machado Xavier

As Recomendações 2017 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento medicamentoso da artrite reumatoide, em concordância com as recomendações apresentadas no PCDT, buscam embasar os reumatologistas brasileiros com evidências da literatura médica, considerando eficácia, segurança e custos, porém aliando a visão crítica e a experiência de uma comissão de especialistas, a fim de padronizar o manejo da artrite reumatoide no contexto socioeconômico nacional, mantendo, todavia, a autonomia do médico na escolha das alternativas terapêuticas.

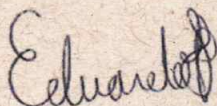
Com base no exposto acima, a SBR ressalta que há diferenças entre suas recomendações e as apresentadas no PCDT, as quais necessitam ser sanadas. Além de consideradas as observações feitas acima, a SBR considera essencial que seja aplicada a necessária flexibilidade à individualização da terapêutica clínica, em situações específicas, de forma a garantir o acesso imediato às outras opções terapêuticas, mediante justificativa clínica fundamentada.

À disposição,

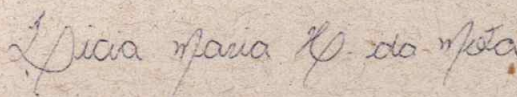


José Roberto Provenza
Presidente

Sociedade Brasileira de Reumatologia



Eduardo dos Santos Paiva
Diretor Científico da SBR



Licia Maria Henrique da Mota
Coordenadora da Comissão de Artrite Reumatoide da Sociedade Brasileira de Reumatologia



REFERÊNCIAS:

Mota LMHD, Kakehasi AM, Gomides APM, Duarte ALBP, Cruz BA, Brenol CV, de Albuquerque CP, Castelar Pinheiro GDR, Laurindo IMM, Pereira IA, Bertolo MB, Ubirajara Silva de Souza MPG, de Freitas MVC, Louzada-Júnior P, Xavier RM, Giorgi RDN. 2017 recommendations of the Brazilian Society of Rheumatology for the pharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Adv Rheumatol*. 2018;58(1):2. doi: 10.1186/s42358-018-0005-0. PubMed PMID: 30657071.

Li D, Yang Z, Kang P, Xie X. Subcutaneous administration of methotrexate at high doses makes a better performance in the treatment of rheumatoid arthritis compared with oral administration of methotrexate: a systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2016;45(6):656-662.

Capell HA, Madhok R, Porter DR, Munro RA, McInnes IB, Hunter JA, et al. Combination therapy with sulfasalazine and methotrexate is more effective than either drug alone in patients with rheumatoid arthritis with a suboptimal response to sulfasalazine: results from the double-blind placebo-controlled MASCOT study. *Ann Rheum Dis*. 2007;66(2):235-241.

Dougados M, Combe B, Cantagrel A, Goupille P, Olive P, Schattenkirchner M, et al. Combination therapy in early rheumatoid arthritis: a randomised, controlled, double blind 52 week clinical trial of sulphasalazine and methotrexate compared with the single components. *Ann Rheum Dis*. 1999;58(4):220-225.

Haagsma CJ, van Riel PL, de Jong AJ, van de Putte LB. Combination of sulphasalazine and methotrexate versus the single components in early rheumatoid arthritis: a randomized, controlled, double-blind, 52 week clinical trial. *British J Rheumatology*. 1997;36(10):1082-8. DE JONG, P. H. et al. Induction therapy with a combination of DMARDs is better than methotrexate monotherapy: first results of the tREACH trial. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:72-78.

de Jong PH, Hazes JM, Han HK, et al. Randomised comparison of initial triple DMARD therapy with methotrexate monotherapy in combination with low-dose glucocorticoid bridging therapy; 1-year data of the tREACH trial. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:1331-1339.

MORELAND L. W. et al. 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 Rheum*. 2012;64(9):2824-2835.

Saunders AS, Capell HA, Stirling A, Vallance R, Kincaid W, McMahon AD et al. Triple therapy in early active rheumatoid arthritis: a randomized, single-blind, controlled trial comparing step-up and parallel treatment strategies. *Arthritis Rheum*. 2008;58(5):1310-1317.

Mottonen T, Hannonen P, Leirisapo-Repo M, Nissila M, Kautiainen H, Korpela M et al. Comparison of combination therapy with single-drug therapy in early rheumatoid arthritis: a randomised trial. FIN-RACo trial group. *Lancet*. 1999;353:1568-1573.

Ding C-Z, Yao Y, Feng X-B, Fang Y, Zhao C, Wang Y. Clinical analysis of chinese patients with rheumatoid arthritis treated with leflunomide and methotrexate combined with different dosages of glucocorticoid. *Curr Ther Res Clin Exp*. 2012;73:123-133.

Kremer JM, Genovese MC, Cannon GW, Caldwell JR, Cush JJ, Furst DE, et al. Concomitant leflunomide therapy in patients with active rheumatoid arthritis despite stable doses of methotrexate. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 2002;137(9):726-733.

Roon ENV, Tim LTA, Houtman NM, Spoelstra P, Brouwers JR. Leflunomide for the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice. *Drug Saf*. 2004;27(5):345-352.



Administration US FDA (2018) Drug Safety Communication: new boxed warning for severe liver injury with arthritis drug Arava (leflunomide). <http://fda.gov/Drugs/DrugSafety>. Accessed Mar 15, 2018.

Bird P, Griffiths H, Tymms K, Nicholls D, Roberts L, Arnold M, et al. The SMILE study—safety of methotrexate in combination with leflunomide in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2013;40(3):228–235.

da Mota LM, Cruz BA, de Albuquerque CP, Gonçalves DP, Laurindo IM, Pereira IA, de Carvalho JF, Pinheiro Gda R, Bertolo MB, Pinto MR, Louzada-Junior P, Xavier RM, Giorgi RD, Lima RA. Update on the 2012 Brazilian Society of Rheumatology Guidelines for the treatment of rheumatoid arthritis: position on the use of tofacitinib. *Rev Bras Reumatol*. 2015;55(6):512-521.

Chatzidionysiou K, Emamikia S, Nam J, Ramiro S, Smolen J, van der Heijde D, et al. Efficacy of glucocorticoids, conventional and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(6):1102-1107.

Gisbert JP, Chaparro M. Safety of anti-TNF agents during pregnancy and breastfeeding in women with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2013;108(9):1426-38.

Mahadevan U, Wolf DC, Dubinski M, Cortot A, Lee SD, Siegel CA, et al. Placental transfer of anti-tumor necrosis factor agents in pregnant patients with inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013 Mar;11(3):286-92.

Götestam Skorpen C, Hoeltzenbein M, Tincani A, Fischer-Betz R, Elefant E, Chambers C, et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(5):795-810.

Flint, J. Panchal S, Hurrell A, van de Venne M, Gayed M, Schreiber K, et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part I: standard and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs and corticosteroids. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(9): 1693-1697.

Clowse ME, Forger F, Hwang C, Thorp J, Dolhain RJ, van Tubergen A, et al. Minimal to no transfer of certolizumab pegol into breast milk: results from CRADLE, a prospective, postmarketing, multicentre, pharmacokinetic study. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(11):1890-1896.

Clowse ME, Scheuerle AE, Chambers C, Afzali A, Kimball AB, Cush JJ, et al. Pregnancy outcomes after exposure to certolizumab pegol: updated results from a pharmacovigilance safety database. *Arthritis Rheumatol* 2018;70:1399-1407.

CONFLITO DE INTERESSES

José Roberto Provenza

- Sem conflitos de interesse

Eduardo dos Santos Paiva

- Palestras: Pfizer (até 2018)

Lícia Maria Henrique da Mota

- Apoio pessoal ou institucional : Abbvie, Janssen, Lilly , Pfizer e Roche

Palestras: Abbvie, Janssen, Pfizer, Roche, Lilly e UCB.

Presidente: José Roberto Provenza

Secretário: José Eduardo Martinez

1º Secretário: Dawton Torigoe

2º Secretária: Sandra Hiroko Watanabe

Tesoureiro: Luiz Carlos Latorre

1º Tesoureiro: Eduardo de Souza Meirelles

Diretor Científico: Eduardo dos Santos Paiva

Ouvidor: Cesar Emile Baaklini

Presidente Eleito: Ricardo Machado Xavier



Adriana Maria Kakehasi

- Fundos para pesquisa: CNPq, SBR, FAPEMIG
- Apoio para eventos científicos: Abbvie, BMS, Janssen
- Palestras: BMS, Momenta Farma, UCB, Janssen, Eli Lilly, Pfizer, Roche, Novartis
- Pesquisa clínica: Roche, Pfizer
- Advisory boards: Abbvie, Janssen, Roche, BMS, Pfizer, UCB.

Ana Paula Monteiro Gomides

- Apoio para eventos científicos: Pfizer, Abbvie
- Advisory board: Pfizer

Angela Luzia Branco Pinto Duarte

- Palestras: Janssen, BMS.

Bóris Afonso Cruz

- Apoio a Eventos Científicos e Palestras: Abbvie, BMS, Janssen, Novartis, Pfizer, Roche.

Claiton Viegas Brenol

- Estudos clínicos e / ou experimentais: Abbvie, BMS, Janssen, Pfizer e Roche.
- Apoio pessoal ou institucional: Abbvie, BMS, Janssen, Pfizer e Roche
- Palestras: Abbvie, Janssen, Pfizer e Roche.

Cleandro Pires de Albuquerque

- Apoio pessoal ou institucional: Abbvie, AstraZeneca, Janssen, Bristol-Myers-Squibb, Roche, Novartis, UCB

Geraldo da Rocha Castelar Pinheiro

- Consultorias: Abbvie, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Glaxo Smith Kline, Janssen, Pfizer, Sanofi Genzyme e Roche

Ieda Maria Magalhães Laurindo

- Consultorias: Abbvie, Bristol, GSK, Janssen, Lilly, Pfizer e UCB
- Apoio pessoal ou institucional: Abbvie, Bristol, Janssen, Lilly, Pfizer, UCB
- Palestras Abbvie, Bristol, Janssen, Lilly, Pfizer, Roche e UCB.

Ivanio Alves Pereira

- Consultoria, palestras e apoio a congressos internacionais: Roche, Pfizer, Janssen, Novartis, Bristol-Myers-Squibb, UCB Pharma, Eli-Lilly, AbbVie e EMS.

Jose Fernando Verztman

- Apoio pessoal ou institucional: Abbvie, Janssen, Pfizer e Roche

Manoel Barros Bertolo

- Estudos clínicos e / ou experimentais: Roche
- Palestras: Abbvie, Pfizer

Mariana Peixoto Guimarães Ubirajara e Silva de Souza

- Apoio para palestras, eventos científicos ou pesquisa clínica: Janssen, UCB, Roche, Abbvie, Pfizer, GSK, Eli Lilly.

Presidente: José Roberto Provenza
Secretário: José Eduardo Martinez
1º Secretário: Dawton Torigoe
2º Secretária: Sandra Hiroko Watanabe
Tesoureiro: Luiz Carlos Latorre
1º Tesoureiro: Eduardo de Souza Meirelles
Diretor Científico: Eduardo dos Santos Paiva
Ouvidor: Cesar Emile Baaklini
Presidente Eleito: Ricardo Machado Xavier



Sociedade Brasileira de **Reumatologia**

Max Vitor Carioca de Freitas

- Palestras: Abbvie, Novartis, Roche, Pfizer e UCB.

Paulo Louzada Júnior

- Consultoria, palestras e/ou apoio pessoal:

Bristol-Myers Squibb, UCB e Pfizer

Ricardo Machado Xavier

- Consultoria, palestras e/ou pesquisa clínica: Abbvie, BMS, GSK, Janssen, Eli Lilly, Novartis, Pfizer, Roche.

Rina Dalva Neubarth Giorgi

- Consultoria, palestras e apoio a congressos internacionais: Roche, Pfizer, Bristol-Myers-Squibb, UCB Pharma, Eli-Lilly, AbbVie, Abbott e EMS.

Presidente: José Roberto Provenza
Secretário: José Eduardo Martinez
1º Secretário: Dawton Torigoe
2º Secretária: Sandra Hiroko Watanabe
Tesoureiro: Luiz Carlos Latorre
1º Tesoureiro: Eduardo de Souza Meirelles
Diretor Científico: Eduardo dos Santos Paiva
Ouvidor: Cesar Emile Baaklini
Presidente Eleito: Ricardo Machado Xavier

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2466 conj. 92/93/94
São Paulo – SP – CEP 01402-000
Telefone: (+55 11) 3289-7165 / 3266-3986 / 3266-9336
www.reumatologia.org.br – E-mail: sbre@terra.com.br