



Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado Integral à Saúde
Célula de Políticas de Rede de Atenção à Saúde

Linha do Cuidado Integral à Pessoa com Doença Reumática

Fortaleza, CE
dezembro, 2023

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Secretária da Saúde do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho

Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

Maria Vaudelice Mota

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde (SEVIG)

Antônio Silva Lima Neto

Secretária Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)

Joana Gurgel Holanda Filha

Secretário Executivo Administrativo-financeiro (SEAFI)

Luiz Otavio Sobreira Rocha Filho

Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI)

Maria Aparecida G. Rodrigues Façanha

Coordenação, elaboração, informações:

2023. Secretaria da Saúde do Estado.

Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)
Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado Integral à Saúde (COGEC)

Série: Instrumentos técnicos e informativos para o fortalecimento das Políticas e o Cuidado Integral à Saúde

Email: cogecsesa.ce@gmail.com

Equipe de elaboração

<p>Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)</p> <p>Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado Integral à Saúde (COGEC) Luciene Alice da Silva - Coordenação Geral Camila Mendes dos Santos - Assessora Técnica Raquel Carvalho - Assessora Técnica</p> <p>Coordenadoria de Políticas de Educação Trabalho e Pesquisa em Saúde (COEPS) Kilvia Paula Soares Macedo</p> <p>Coordenadoria de Atenção Primária (COAPS) Maria Ercelina Cavalcante Alencar</p> <p>Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde (COPAF) Fernanda Franca Cabral Karla Deisy Moraes Borges Evanezia de Araújo Oliveira</p>	<p>Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza (SMS) Luciana Passos Aragão Rui de Gouveia Soares Magno Sousa Sampaio Monica Maria Monteiro Mesquita</p> <p>Conselho das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS Daniel Maciel de Melo Peixoto</p> <p>Sociedade Cearense de Reumatologia (SCR) Andre Xenofonte - Sociedade Cearense de Reumatologia-SCR</p> <p>Representação dos usuários</p> <p>Grupo de Apoio aos Pacientes Reumáticos do Ceará - (GARCE) Marta Maria Serra Azevedo - Presidente Marco Aurélio Tavares Azevedo - Diretor Institucional Maria Nadja Barroso Cavalcante Ana Geórgia C. Simão de Almeida</p>
<p>Secretaria de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)</p> <p>Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde (CORAS) Rejane Helena Chagas de Lima</p> <p>Coordenadoria de Atenção às Redes de Urgência e Emergência (CORUE) Eva Vilma Moura Baia</p> <p>Coordenadoria de Regulação do Sistema de Saúde (COREG) Francisca de Fatima dos Santos Freire</p> <p>Superintendência da Fortaleza – SRFOR Antonia Ardeivanda de Sousa Teixeira</p> <p>Superintendência da Região Central - SRCEN Antero Rosa da Silva</p> <p>Superintendência da Região do Cariri - SRSUL Hermes Teixeira Melo Batista</p>	<p>Superintendência da Região Norte - SRNOR Maria Ivone de Sousa Silveira</p> <p>Superintendência da Região do Litoral Leste Jaguaribe – SRLES Vladio Suyanne Lima dos Anjos</p> <p>Especialistas convidadas</p> <p>Vanessa Beatriz de Vasconcelos – TESSAÚDE/ Coordenadoria de Regulação do Sistema de Saúde (COREG)</p> <p>Sheila Márcia de Araújo Fontenele – Médica Reumatologista/ UECE</p>
<p>Hospital Geral de Fortaleza (HGF) Kirla Wagner Poti Gomes - Hospital Geral de Fortaleza (HGF) - Médica Reumatologista Mailze Campos Bezerra - Hospital Geral de Fortaleza (HGF) Médica Reumatologista Niedja Bezerra Frota - Hospital Geral de Fortaleza (HGF) - Médica Reumatologista Rejane Maria Rodrigues de Abreu Vieira - Hospital Geral de Fortaleza (HGF) - Médica Reumatologista Sâmia Araújo de Sousa Studart - Hospital Geral de Fortaleza (HGF) Médica Reumatologista</p> <p>Hospital Geral Dr. Cesar Cals - Priscila Dourado Evangelista Hospital Infantil Albert Sabin - Carlos Nobre Rabelo Junior Hospital Universitário Walter Cantídio Layana de Paula Cavalcante- Enfermeira Marta Maria das Chagas Medeiros - Médica Reumatologista Raquel Telles Quixadá Lima - Médica Reumatologista</p>	

Agradecimento especial

Dr. Francisco José Fernandes Vieira - Médico Reumatologista (*In memoriam*)

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	7
2.1 Geral	7
2.2 Específicos	7
3. DIRETRIZES	7
4. LINHA DO CUIDADO	8
5. CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO	9
6. CUIDADO INTEGRAL À PESSOA COM DOENÇAS REUMÁTICAS POR NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE	10
6.1 Atenção Primária à Saúde	10
6.2 Atenção Secundária	11
6.3 Doenças que devem ser acompanhadas pela Atenção Especializada	11
6.4 Exame/diagnóstico	11
6.5 Atenção terciária	12
7. ENCAMINHAMENTOS PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	13
8. Regulação	17
9. Telessaúde/ teleconsultoria	17
10. Fluxo da telerregulação	19
11. Implementação da Linha do Cuidado	20
Referências	21

Apresentação

Linha de Cuidado é uma das estratégias de Gestão, forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas e expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário para atender às suas necessidades em saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção (espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde,) e assegurar a continuidade do cuidado.

A relevância da elaboração e implementação de uma linha de cuidado está na oferta das ações e serviços de saúde necessários que devem ser ofertados para o controle dos diferentes agravos à saúde.

A organização de uma linha de cuidado estabelece conexões, articulações permanente e integração entre equipes e fluxos de encaminhamento, segundo necessidades identificadas, em uma rede de cuidados, na qual em cada ponto de atenção, deve assegurar o acolhimento e a responsabilização pela resolutividade de problemas e continuidade da atenção.

O processo de elaboração da Linha de Cuidado no âmbito da Secretaria da Saúde é um processo participativo, colaborativo, multidisciplinar, constituído por um grupo técnico com representação das diversas áreas técnicas da Rede SESA, gestores, profissionais da saúde, instituições de saúde diretamente envolvidas com o tema em questão, especialistas convidados, com expertise no tema, de acordo com a complexidade, conduzido pela Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado (COGEC), da Secretaria de Atenção Primária e Políticas de Saúde.

Este documento é de abrangência Estadual, define as ações a serem desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção referenciados, serve para instrumentalizar, sensibilizar e orientar os gestores e profissionais da saúde sobre a importância para organização dos serviços e integralidade do cuidado.

Espera-se que essa Linha de Cuidado seja um guia norteador para gestão e profissionais da saúde em suas diferentes áreas de atuação e contribua para melhoria do acesso, organização dos serviços e gestão do cuidado à população cearense, em todos os níveis de atenção à saúde

Maria Vaudelice Mota

Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde

1- Introdução

Reumatismo caracteriza-se por um conjunto de doenças de grande abrangência, divididas em diversos grupos: artropatias, doenças sistêmicas do tecido conjuntivo, dorsopatias, transtornos dos tecidos moles, osteopatias e condropatias e outros transtornos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. São condições crônicas cujo diagnóstico depende de manifestações clínicas e exames laboratoriais ou de imagem.

As doenças reumáticas têm um grande impacto na qualidade de vida das pessoas, e diversas doenças reumáticas são responsáveis por incapacidade laboral, necessidade de afastamento por tempo prolongado ou aposentadoria por invalidez. As queixas musculoesqueléticas são a segunda causa de afastamento ao trabalho por pelo menos no período de 2 (duas) semanas.

A osteoartrite é o tipo mais comum de doença reumatológica, com prevalência no Brasil de 4,1% (joelhos), seguido de gota com prevalência entre 1 a 5% e fibromialgia com prevalência de 2,5%. A osteoporose é um grave problema de saúde pública, com elevada morbimortalidade decorrente das fraturas. O estudo BRAZOS avaliou mais de 2 mil indivíduos e mostrou uma prevalência de 12,8 % de fraturas por fragilidade em homens e 15,15% em mulheres com mais de 40 anos.

Um estudo realizado em São Paulo, SPAH incluindo 769 idosos demonstrou uma prevalência de fraturas vertebrais em 16,7% das mulheres e em 21,2% dos homens. As condições autoimunes são menos frequentes, mas afetam uma grande parte da população, com cerca de 0,5-1% da população adulta brasileira com artrite reumatoide.

No Brasil, o lúpus eritematoso sistêmico tem uma incidência de 4,8 a 8,7 casos por 100.000 habitantes/ano, com envolvimento de vários órgãos e elevada morbimortalidade justificando cuidados especiais. A espondiloartrite tem prevalência de cerca de 0,5-1,4 % na população geral, sendo a espondilite anquilosante o subgrupo mais comum, podendo ser causa de incapacidade permanente para o trabalho se não tratada precocemente.

O aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas no mundo ocidental trouxeram uma maior demanda de cuidados de saúde em todos os níveis de atenção à saúde: Primária, Secundária e Terciária e a necessidade de melhor organização das ações de saúde, com o objetivo de reduzir a progressão da doença, diminuir hospitalizações, mortalidade e atenuar os impactos negativos da doença para o indivíduo, família e toda a sociedade.

O município é o executor das políticas de saúde. Considerado uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, no atendimento da população, à atenção primária é coordenadora e ordenadora da rede de atenção à saúde, tem como foco, ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo. Para que a Atenção Primária seja resolutiva, necessita de serviços estruturados, sistema de apoio e diagnóstico, equipe multidisciplinar, tecnologias que auxiliem na terapêutica mais adequada, articulação e integração permanente com as equipes de saúde em todos níveis de atenção à saúde e unidades de referências, para os encaminhamentos aos pontos da rede em todos e acompanhamento do paciente.

O investimento na prevenção e monitoramento no estágio inicial de doenças é de fundamental importância para melhoria da qualidade de vida e redução em hospital e unidades de pronto-atendimento (UPAS).

2- Objetivo

Promover o acesso ao cuidado integral (ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação) às pessoas com doenças reumáticas, em todos os níveis de atenção à saúde.

3- Diretrizes

Essa Linha de Cuidado está fundamentada nas **seguintes diretrizes**:

- Acolhimento as pessoas por equipes multiprofissionais, em todos os pontos de atenção;
- Atendimento humanizado, integrado, baseado nas necessidades de saúde identificadas;
- Estratificação de risco de acordo com o estágio clínico;
- Promoção de ações que levem o bem-estar dos trabalhadores da saúde, cuidadores e das pessoas com limitações e necessidades;
- Implementação e disseminação da cultura da prevenção e autocuidado.
- Articulação e integração entre os diferentes pontos de atenção;
- Cuidado integral em todos os níveis de atenção à saúde, de acordo com a necessidade de cada pessoa.

4 - Linha de Cuidado

É um processo de organização para o cuidado integral à saúde, melhoria da gestão do cuidado e do acesso. São fluxos assistenciais que direcionam os profissionais da saúde e usuários, onde devem ser assistidos.

A Linha do Cuidado está relacionada diretamente com o **funcionamento da rede assistencial de saúde, integração** entre os pontos de atenção, a **integralidade na assistência à saúde**, (ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação) e na definição das atividades a serem desenvolvidos nos diferentes níveis de atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária) e nos pontos de atenção.

Quanto a abrangência, as pactuações, capacidade instalada, a realidade local é quem definirá os pontos de atenção. Uma Linha de Cuidado pode ser local, no âmbito do território do município, com fluxo assistencial entre as unidades de saúde. Pode ser regional ou de âmbito estadual. Depende da complexidade e recursos disponíveis de estrutura, pessoal, especialistas, apoio diagnóstico e logístico da rede, entre outros.

Podem ser estruturadas de diversas formas: por temas prioritários da saúde (ex: Saúde Mental), por segmento populacional específico (população indígena, quilombola), por gênero (homem, mulher), por ciclo de vida (criança, adolescente, idoso), por agravos tuberculose, hipertensão, diabetes), entre outras.

Para implementação de uma Linha de Cuidado, diversos fatores devem ser considerados:

- organização e articulação de recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção para garantir o acesso, o cuidado e a proteção social.
- definição do “percurso da assistência” organizando o fluxo assistencial de acordo com as demandas.
- estabelecimento das funções, responsabilidades e competências de cada serviço/ponto de atenção de atenção na produção do cuidado.
- qualificação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social.
- capacidade instalada, sistema de apoio (Assistência Farmacêutica, apoio diagnóstico e terapêutico, Sistema de Informação, equipamentos, materiais, insumos, qualificação) e sistema logístico.

5- Construção da Linha de Cuidado

O processo de construção da Linha de Cuidado no âmbito da Secretaria da Saúde é um processo participativo, colaborativo, intra e intersetorial, que envolve um conjunto de etapas, em todos os níveis de atenção, áreas técnicas da saúde, profissionais da saúde, especialistas convidados relacionadas com a temática em questão, sob coordenação da Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado/Secretaria Executiva de Políticas de Saúde.

O processo segue as seguintes etapas:

1	Identificação e análise das necessidades, de acordo com as prioridades estabelecidas;
2	Mapeamento dos serviços de saúde e referências assistenciais;
3	Definição de metodologia, elaboração de cronograma de reuniões;
4	Elaboração de documento base;
5	Formalização de Grupo Técnico por meio de portaria, com a participação das áreas técnicas e profissionais da Rede SESA em todos os níveis de atenção, representantes de entidades médicas, universidades e usuários;
6	Discussão na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
7	Pactuação pelos gestores da saúde na CIB;
8	Publicação no Diário Oficial do Estado e estratégias para implantação.

6- Cuidado Integral à Pessoa com Doença Reumática por nível de Atenção à Saúde

Os serviços de saúde devem estar organizados de acordo com suas competências por nível de complexidade, dispor de equipe multiprofissional, sistema de apoio e logística e as condições necessárias que possibilite o atendimento com qualidade.

6.1 Atenção Primária à Saúde

Trata-se da principal porta de entrada do SUS, não à única, no âmbito do território, cujas atribuições englobam ações de promoção de saúde, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos, vigilância em saúde, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em espaços definidos.

Compete à Atenção Primária na gestão do cuidado à pessoa com Doenças Reumáticas:

- Realizar ações de prevenção dos fatores de risco para Doenças Reumáticas;
- Realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno;
- Atualizar o calendário vacinal das pessoas
- Estratificar e classificar os riscos e dar encaminhamentos, quando necessário;
- Acompanhar e manter o vínculo com as pessoas referenciados para outros pontos de atenção da Rede no SUS;
- Promover atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com Doenças Reumatológicas;
- Prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas a outros pontos de atenção, quando necessário;
- Notificar no Sistema de Informação da Atenção Primária.

6.1.1 Doenças que devem ser acompanhadas na Atenção Primária:

- Osteoartrite, Fibromialgia, Osteoporose sem fratura, Reumatismos de partes moles (tendinites, bursites, síndromes miofasciais), Lombalgia mecânica crônica, Artropatia Gotosa aguda;
- Os pacientes refratários ao tratamento podem ser encaminhados para o setor secundário para melhor avaliação diagnóstica e orientação de tratamento com posterior encaminhamento a unidade de atenção primária à saúde, à atenção especializada ou ao setor terciário, quando necessário.

6.1.2 As doenças que devem ser encaminhadas pela Atenção Primária:

- Artrite reumatóide com indicação de imunossuppressores ou imunobiológicos;
- Artrite psoriásica necessitando de imunobiológicos
- Esclerodermia;
- Espondiloartrites necessitando de imunobiológicos;
- Gota Tofácea Crônica ou com complicações sistêmicas;
- Lúpus eritematoso sistêmico com manifestações de maior gravidade como envolvimento neuropsiquiátrico, nefrite, alteração hematológica grave, envolvimento cardiopulmonar ou com necessidade de imunossuppressores ou imunobiológicos;
- Miopatias inflamatórias;
- Osteoporose grave, com fraturas, refratária a bisfosfonatos orais;
- Vasculites sistêmicas.

6.2 Atenção Especializada Ambulatorial

Compete aos serviços de atenção especializada ambulatorial em Doenças Reumatológicas:

- Prestar assistência ambulatorial de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com Doenças Reumatológicas no âmbito do SUS;
- Realizar apoio matricial, presencial ou por outras formas de comunicação definidas com o gestor e às equipes de atenção primária;
- Manter comunicação e integração com as equipes multiprofissionais;
- Encaminhar para atenção terciária as pessoas que necessitam de internação hospitalar ou de terapia imunossupressora ou imunobiológica para controlar a atividade da doença;
- Realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento do paciente de acordo com as Diretrizes Clínicas.

6.2.1 Doenças que devem ser acompanhadas na atenção secundária

- Artrite Reumatóide ou síndrome de Sjogren em uso de corticoide, Metotrexate, Leflunomida ou Sulfassalazina;
- Artrite psoriásica em uso de AINES, corticoide, Metotrexate, Leflunomida ou Ciclosporina;
- Espondiloartrites em uso de AINES, Metotrexate ou Sulfassalazina
- Febre reumática com cardite;
- Lúpus eritematoso sistêmico, cutâneo articular, em uso de difosfato de Cloroquina, Hidroxicloroquina, Metotrexate, Azatioprina ou prednisona, com doença bem controlada;
- Gota refratária: ácido úrico sérico > 5 mg/Dl, mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado e persistência de artrite.
- Osteoporose com fraturas de coluna, fêmur, úmero ou rádio, por baixo impacto

6.2.2 Exames /diagnósticos

Alguns exames são necessários para o diagnóstico e acompanhamento do paciente com Doenças Reumatológicas: Hemograma, ureia, creatinina, anti-CCP (ACPA), anti-DNA, anti-SM, anti-cardiolipina IgG/IgM, anti-coagulante lúpico, proteinúria de 24 horas, sumário de urina, VHS, PCR, C3, C4, FAN, FR, HLA-B27, TGO, TGP, PPD, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, PTH, 25(OH) vitamina D, eletroforese de proteínas, sorologia para hepatites B, C e HIV, ultrassom abdominal, RX de tórax, RX de mãos e pés, RX de sacro-ilíacas, ultrassom articular, densitometria óssea, que deverão ser realizados na atenção primária ou nos serviços ambulatoriais especializados. A necessidade e a periodicidade desses exames dependerão do estágio clínico da doença em que o paciente se apresenta.

6.3 Atenção Terciária

Os serviços de Reumatologia terciários têm como missão atender os pacientes com afecções reumáticas, principalmente os pacientes encaminhados da Atenção Secundária, que permaneçam em atividade da doença, apesar do tratamento disponível nesse setor. São pacientes que irão necessitar de drogas imunossupressoras ou imunobiológicas ou com complicações que necessitem de internação hospitalar de seguimento com reumatologista.

Compete aos serviços hospitalares:

- Prestar assistência hospitalar de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à pessoa com Doenças Reumatológicas no âmbito do SUS;
- Tratamento e seguimentos de pacientes com maior gravidade que necessitem de internação hospitalar e tratamento com imunossupressores ou imunobiológicos.

Unidades de atendimento: Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Universitário Walter Cantídio, Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Infantil Albert Sabin. Esses hospitais contam com leitos para internação de pacientes reumáticos de alta complexidade, equipe de reumatologistas também responsáveis por atividades de ensino com internos e residentes de clínica médica e de residentes em reumatologia que realizam atendimento supervisionado nos setores de enfermagem, ambulatório e Centro de Infusão onde são administrados os imunobiológicos e medicamentos injetáveis, tais como: metilprednisolona e ciclofosfamida.

Os atendimentos ambulatoriais acontecem em ambulatórios especializados de osteoporose, gota, lúpus sistêmicos, esclerodermia, miopatias inflamatórias, espondiloartrites, artrite psoriásica, artrite reumatoide, síndrome de Sjogren, vasculites e ambulatórios gerais.

7- Encaminhamentos para Atenção Especializada

Condições Clínicas para encaminhamento à Atenção Especializada:

<p>Artrite Reumatoide</p>	<p>Manifestações clínicas que sugiram diagnóstico:</p> <p>a) Presença de artrite (sim ou não). Quais articulações acometidas, características e tempo de evolução.</p> <p>b) Presença de rigidez matinal (sim ou não). Descreva a duração.</p> <p>d) Outros sinais ou sintomas.</p> <p>✓ Descrição da radiografia das mãos, punhos e pés, com data</p> <p>✓ Resultado de fator reumatoide e anti CCP (ACPA)</p> <p>Resultado de proteína c reativa (PCR) ou velocidade de hemossedimentação (VHS), TGO, TGP, sorologia para hepatite B e C com data.</p>
<p>Artrite Psoriásica</p>	<p>Manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:</p> <p>a) Presença de artrite (sim ou não). Quais articulações acometidas, características e tempo de evolução.</p> <p>b) Presença de distrofia ungueal psoriásica típica (onicólise, pitting, hiperqueratose) (sim ou não).</p> <p>c) Presença de dactilite (dedo em salsicha) ou história recente de edema e eritema de dedos (sim ou não)</p> <p>d) Presença de entesite (dor ou aumento de sensibilidade, especialmente no tendão de Aquiles e/ou fásia plantar) (sim ou não).</p> <p>e) outros sinais ou sintomas.</p> <p>Psoríase cutânea atual (sim ou não)</p> <p>História prévia de psoríase cutânea (sim ou não)</p> <p>História familiar de psoríase (sim ou não)</p> <p>Resultado de fator reumatoide, com data</p> <p>Resultado de exame de imagem da articulação acometida, com data (se necessário)</p>
<p>Espondiloartrite</p>	<p>Manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lombalgia crônica > 3 meses de duração e iniciando ≤ 45 anos ▪ Sacroiliíte em imagem (sim ou não) ▪ HLAB27 (sim ou não) <p>a. Dor lombar inflamatória (sim ou não)</p> <p>b. Artrite (sim ou não).</p> <p>c. Entesite (sim ou não).</p> <p>d. Dactilite (sim ou não).</p> <p>e. PCR elevada (sim ou não).</p> <p>f. Uveíte (sim ou não).</p> <p>g. Boa resposta a AINE (sim ou não).</p> <p>h. Psoríase (sim ou não).</p> <p>i. Doença inflamatória intestinal (sim ou não).</p> <p>História familiar de espondilite anquilosante (sim ou não).</p>
<p>Artrite por deposição de cristais (Gota)</p>	<p>✓ Manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:</p> <p>a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características (calor, rubor, edema) e tempo de evolução do quadro.</p> <p>b) presença de tofo (sim ou não).</p> <p>c) número de crises no último ano.</p> <p>d) outros sinais e sintomas relevantes.</p> <p>✓ Resultado de ácido úrico sérico, com data</p> <p>✓ Resultado de creatinina sérica, com data</p> <p>✓ Tratamentos em uso ou já realizados para gota (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia)</p> <p>✓ Outras medicações em uso</p> <p>✓ BS: Pacientes com suspeita de artrite reumatoide de início recente (sintomas há menos de um ano) ou diagnóstico de artrite reumatoide, suspeita ou diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico, diagnóstico de artrite psoriásica, síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAF), esclerose sistêmica, miopatias inflamatórias, vasculites sistêmicas, espondilite anquilosante e síndrome de Sjögren devem ter preferência no encaminhamento ao reumatologista, quando comparados com outras condições clínicas.</p>

Condições Clínicas para encaminhamento à Atenção Especializada:

<p>Condições clínicas para encaminhamento neurocirurgia ou ortopedia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado • Diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica) • Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese • Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC • Dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica <p>✓ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia <p>✓ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor lombar crônica (mais de 3 meses) e suspeita de associação com o trabalho 93* <p>✓ Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:</p> <p>1. Sinais e Sintomas:</p> <p>a) Descrever características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio.</p> <p>b) Presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não). Descreva.</p> <p>c) Outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamento em uso ou já realizado para dor lombar (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação). 2. Resultado de exame de imagem, com data (se realizado). 3. Presença de imunossupressão (sim ou não). Qual? 4. Se suspeita de neoplasia, descreva o motivo. 5. Osteoporose prévia (sim ou não). Descreva como foi feito o diagnóstico. 6. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Descreva a atividade.
---	--

<p>Encaminhamento para emergência:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina • Perda de força progressiva medida de maneira objetiva • Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado • Diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral • Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas) • Suspeita de fratura ou luxação associado a traumatismo recente
---	--

Condições Clínicas para encaminhamento à Atenção Especializada:

<p>Encaminhamento para exame de imagem</p>	<p>Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear – RMN ou tomografia computadorizada – TC) se raio-X normal ou inconclusivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial: ▪ Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos ▪ Paciente com história prévia ou suspeita de câncer ▪ Paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores) ▪ Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso, febre, outros achados) ▪ Dor com característica inflamatória (relacionada ao repouso, melhora com atividade, tem rigidez matinal maior que 40 minutos, dor noturna que acorda o paciente) ▪ Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose <p>Dor lombar com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado (tratamento medicamentoso, exercícios e fisioterapia).</p>
<p>Lúpus eritematoso sistêmico (LES)</p>	<p>Manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Presença de exantema malar (sim ou não) b) Presença de fotossensibilidade (sim ou não). c) Presença de exantema discoide (sim ou não). d) Presença de úlcera oral (sim ou não). e) Presença de artrite (sim ou não). Quais articulações acometidas, características Tempo de evolução. f) Presença de serosite (pleurite ou pericardite) (sim ou não). g) Presença de sinais ou sintomas neurológicos (sim ou não). Descrever quais. h) Presença de outros sinais ou sintomas (sintomas constitucionais, fenômeno de Raynaud), (sim ou não). Descreva quais. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Resultado proteinúria em sumário de urina ou avaliação quantitativa de proteinúria (relação proteinúria/creatinúria ou proteinúria de 24h), com data ✓ Resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia quando presente), com data <p>Se anemia, resultado de exames para avaliar hemólise (reticulócitos, LDH, bilirrubinas e Coombs direto), com data.</p>
<p>Osteoartrite</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologista: <ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatoide ou artrite psoriásica • Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica ✓ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia: <ul style="list-style-type: none"> • Osteoartrite de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado (fisioterapia e analgesia) por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária • Osteoartrite em mãos com deformidades que comprometam a função da mão. ✓ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outro serviço de referência disponível): <ul style="list-style-type: none"> • Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia <p>Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico: <ol style="list-style-type: none"> a) dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas. b) hipertrofia óssea na articulação (sim ou não). Se sim, articulações acometidas. c) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração. d) presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho (sim ou não). e) outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular). 2. Presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Descreva. 3. Resultado de exame de imagem, com data. 4. Resultado de velocidade de hemossedimentação (VHS), com data. 5. Índice de massa corporal (IMC). 6. Tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite não farmacológico (tipo e duração). e farmacológico (posologia e resposta a medicação). 7. Comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras).

Condições Clínicas para encaminhamento à Atenção Especializada

<p>Fibromialgia</p>	<p>✓ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de doença articular inflamatória <p>✓ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):</p> <p>Fibromialgia sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado por pelo menos 6 meses</p> <p>Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:</p> <p>1. Sinais e sintomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) citar áreas em que o paciente sente dor, características da dor e tempo de evolução. b) presença de fadiga (sim ou não). Se sim, descreva gravidade. c) paciente apresenta sono reparador (sim ou não). Se não, descreva gravidade. d) presença de sintomas cognitivos (sim ou não). Se sim, descreva-os e a gravidade. e) outros sinais e sintomas gerais (edema articular, fraqueza, fenômeno de Raynaud, alteração hábito intestinal, sintomas constitucionais) (sim ou não). Quais. <p>2. Paciente apresenta comorbidades psiquiátrica (sim ou não). Quais medicamentos em uso.</p> <p>3. Tratamento em uso ou já realizado para fibromialgia (não farmacológico e farmacológico com dose, posologia, tempo de uso e resposta a medicação).</p>
<p>Bursites /tendinites</p>	<p>✓ Não há indicação de encaminhamento para o reumatologista</p> <p>✓ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento não farmacológico (exercícios, acompanhamento fisioterápico) otimizado por um período de 6 meses <p>✓ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bursite ou tendinite há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho <p>Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:</p> <p>1. Sinais e sintomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio. b) Presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Descreva. <p>2. Resultado de exame de imagem da região envolvida, quando realizado, com data.</p> <p>3. História prévia de trauma local (sim ou não). se sim, descreva.</p> <p>4. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Descreva a atividade.</p> <p>✓ 5. Tratamento não farmacológico em uso ou já realizado para a dor periarticular (tipo e duração).</p>
<p>Dor miofascial</p>	<p>Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com dor miofascial sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado por um período de 6 meses. <p>Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina do trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor miofascial há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho. <p>Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:</p> <p>1. Sinais e sintomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes. b) Presença de pontos gatilhos (sim ou não). Se sim, localidade e irradiação. c) Outros sinais ou sintomas relevantes. <p>2. Tratamento em uso ou já realizado para dor miofascial (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).</p> <p>3. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não).</p>

8. Regulação

O acesso às ações e aos serviços referentes ao cuidado das pessoas com Doenças Reumatológicas é executada por meio da Regulação, que atuará de forma estratégica na garantia do acesso do usuário aos serviços de saúde. O primeiro acesso do usuário ao serviço de saúde é a partir da Unidade de Atenção Primária à Saúde. Quando há necessidade de atendimento especializado, este atendimento será regulado, ou seja, encaminhado e agendado pela atenção primária, ou se não houver oferta, inserido em fila de espera.

8.1 Telessaúde em reumatologia

Telessaúde /Teleconsulta/ Telemedicina/ Teleassistência - atendimento médico por intermédio de ferramentas tecnológicas. A teleconsulta é um dos serviços que integra a telemedicina que, faz parte do telessaúde

O serviço de telessaúde/teleconsultoria em Reumatologia para Atenção Primária à Saúde (APS) é um serviço de apoio na perspectiva da educação permanente tendo como objetivo ampliar a autonomia e a capacidade resolutiva de quem solicita, no nível primário. São baseadas na melhor evidência científica disponível, adaptada para as realidades locais e seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na APS.

Conforme descrito por Dawson (1920), comprovado por White et al. (1961) e ratificado por Green et al. (2001), a maioria de demandas de saúde de uma população é composta por situações frequentes e sensíveis à Atenção Primária à Saúde. Segundo Castro Filho et al. (2012), para evitar a iatrogenia de aplicação de evidências geradas em populações atendidas comumente em outros níveis assistenciais (com maior frequência de problemas raros) na produção de respostas às teleconsultorias. O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS 402/2010 (BRASIL, 2010a), determinou a telerregulação, nos núcleos de telessaúde, por profissionais especialistas ou com experiência comprovada em APS.

9. Teleconsultoria

De acordo com Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes):

I - Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos:

Síncrona - teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência;
ou assíncrona - teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line;

II - Telediagnóstico: serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal;

III - Segunda Opinião Formativa: resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS; e

IV Tele-educação: conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

O processo de solicitação e de resposta da teleconsultoria ocorre entre o médico generalista da saúde primária e um teleconsultor especialista em Reumatologia, vinculados a um Núcleo de Telessaúde.

Ocorre na forma assíncrona, sendo mediada por um profissional Telerregulador e obedece ao prazo de 72hs, após o envio da consulta. Existem dois sistemas vinculados a SESA (Sydle e Wapp criptografado- número fornecido, registrado e monitorado pela rede SESA).

O profissional solicitante não precisa se preocupar em escolher um profissional ou um especialista para responder as questões que irá enviar, pois essa tarefa cabe ao Telerregulador.

Nas teleconsultorias, os profissionais podem enviar suas dúvidas referentes aos casos clínicos, exames, fotos... Caso se veja a necessidade de uma consulta presencial com especialista mais urgente, pode-se passar os dados do paciente para o especialista e este consegue priorizar a regulação.

10. Telerregulação

A Telerregulação é realizada por médico especialista em Reumatologia. Dessa forma, esse processo viabiliza a regulação mais qualificada das solicitações inseridas no sistema, oportuniza o direcionamento do perfil adequado a cada instituição especializada (avaliação do perfil de pacientes de nível secundário e terciário), e prioriza, dando celeridade aos casos mais graves e que demandam atenção de nível terciário.

Benefícios da Telerregulação:

- Promove a educação permanente através da interação permanente entre médico especialista e médico da UBS
- Apoia e orienta a decisão dos médicos das UBS
- Reduz o tempo de agendamento e regulação das solicitações
- Aumenta a resolutividade dos casos

OBS: Pacientes refratários ao tratamento podem ser encaminhados para o setor secundário para melhor avaliação diagnóstica e orientação de tratamento com posterior encaminhamento a unidade de atenção primária à saúde, à atenção especializada ou ao setor terciário, se necessário.

Fluxo da Telerregulação



1 Unidade Básica de Saúde

Médico assistente encaminha o paciente para a realização de um procedimento ou ambulatório especializado.

2



Central de Regulação Municipal

Recebe a solicitação e avalia se há capacidade instalada no município para resolver o caso ou se deve encaminhar à Central de Regulação do Estado.

Telerregulação do Estado



3

O médico regulador, caso necessário, devolve para o médico solicitante a fim de:

- informações complementares
- exames que ajudarão na condução do caso no especialista
- discutir o caso para avaliar a possibilidade de conduzir na própria unidade com recurso Telessaúde

4



Precisamos de você!

O médico assistente responde à pendência do médico regulador:

- Complementa com mais informações da história ou exames;
- Alerta o paciente sobre a necessidade de exames para levar ao ambulatório;
- Acorda com o médico regulador ações que podem ser tentadas na Atenção Primária antes do encaminhamento definitivo



5 Que bom, vou responder!

Médico assistente encaminha o paciente para a realização de um procedimento ou ambulatório especializado



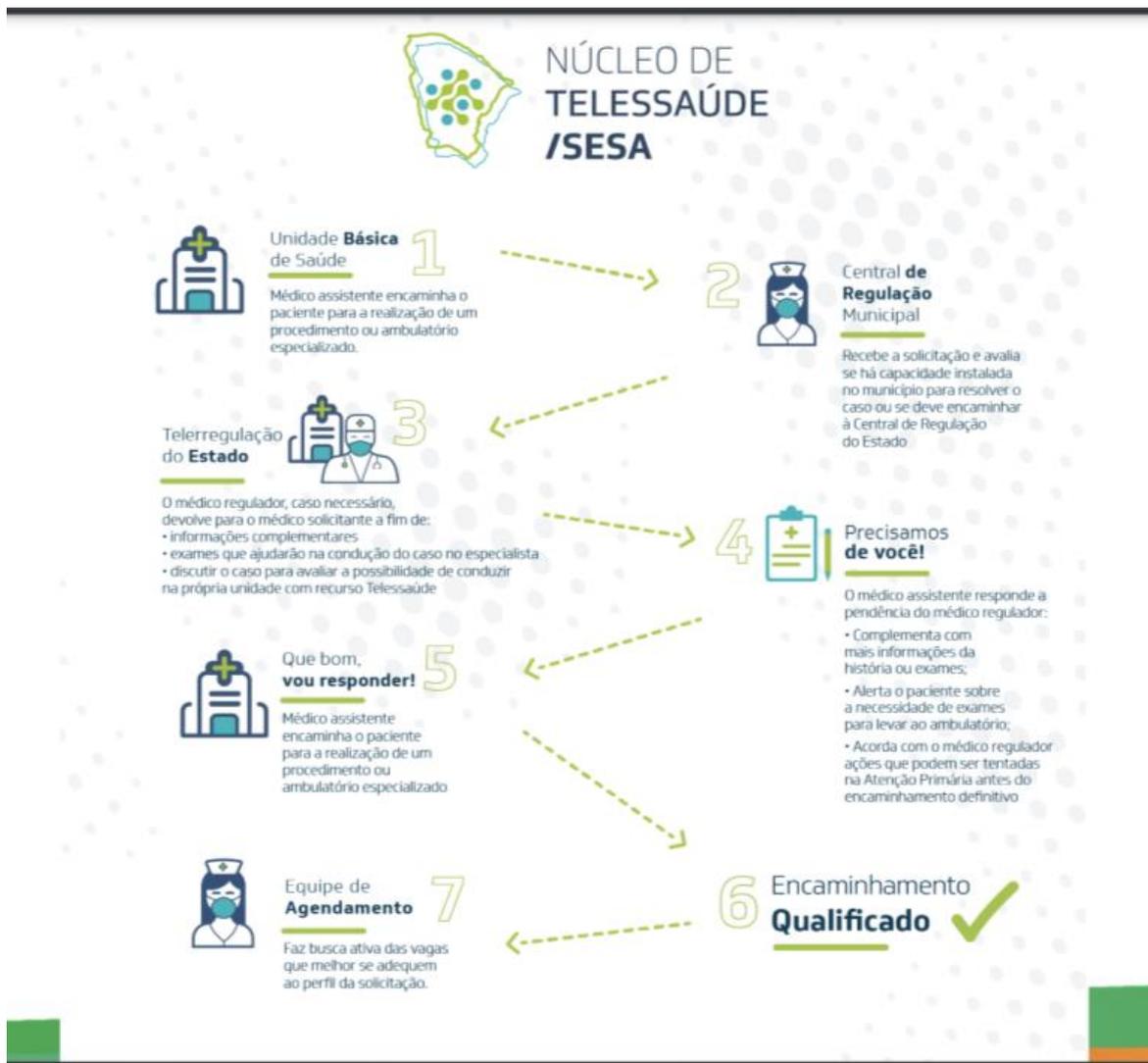
7 Equipe de Agendamento

Faz busca ativa das vagas que melhor se adequem ao perfil da solicitação.

6

Encaminhamento Qualificado





11. Implementação da Linha do Cuidado

Fatores considerados:

- Organização e articulação dos serviços, nos diferentes níveis de atenção, para garantir o acesso, o cuidado e a proteção social.
- Definição do “percurso da assistência” organizando o fluxo assistencial de acordo com as demandas. estabelecimento das funções, responsabilidades e competências de cada serviço/ponto de atenção de atenção na produção do cuidado.
- Qualificação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social.
- Capacidade instalada, medicamentos, apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de informação, equipamentos, materiais, insumos, qualificação e sistema logístico.

Referências

1. BRASIL. Constituição Federal de 05 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: . Acesso em: 1jun/2023
2. _____. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: Acesso em: 1jun/2023
3. _____. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: . Acesso em: 1jun/2023
4. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 20mai/2023
5. _____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0483_01_04_2011.html. Acesso em: 20mai/2023
6. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0483_01_04_2010.html. Acesso em: 20mai/2023
7. Bonfá ESDO, Sato EI, Andrade LEC, Pereira RMR. Introdução Geral às Doenças
8. Reumáticas. In: Vasconcelos JTS, Marques Neto JF, Shinjo SK, Radominski S. Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Editora Manole 2019, p.3.
9. da Rocha FAC. Osteoartrite. In: Vasconcelos JTS, Marques Neto JF, Shinjo SK, Radominski S. Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Editora Manole 2019, p.444
10. Choi HK. Epidemiology of gout. In: Hockberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH. Rheumatology 6th ed. Philadelphia: Elsevier/Mosby; 2015. P.1549
11. Marques AP, do Espírito Santo ADS, Berssaneti AA, Matsutani La, Yuan SLK. A prevalência de fibromialgia. Atualização da revisão da literatura. Revista Brasileira de Reumatologia. 2017;57(4):356-63
12. The burden of osteoporosis in Brazil: regional data from fractures in adult men and women – The Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS), Ciconelli RM, Jacques Nde O, Genaro PS, Martini LA, Ferraz MB. Rev Bras Reumatol. 2010 Mar-Apr;50(2):113-27
13. Marques Neto JF, Gonçalves ET, Langen LFOB, Cunha MFL, Radominski S, Oliveira SM, et al. Estudo multicêntrico da prevalência da artrite reumatoide do adulto em amostras da população brasileira. Ver Bras Reumatol, 1993;33(5):169-73
14. Borba Neto EF et al. Lúpus Eritematoso Sistêmico. In: Vasconcelos JTS, Marques Neto JF, Shinjo SK, Radominski S. Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Editora Manole 2019, p.204
15. Oliveira TL, Saad CGS, Pinheiro MM. Espondiloartrite axial não radiográfica. In: Vasconcelos JTS, Marques Neto JF, Shinjo SK, Radominski S. Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Editora Manole 2019, p. 155
16. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1