

| | | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|--|
|  FUNDAÇÃO DO ABC <small>Desde 1967</small> | PROTOCOLO | | | | |  AME <small>Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI</small> |
| ESPECIALIDADE DE REUMATOLOGIA | | | | | | |
| Área Médica | Código PR. ASSIST.090 | Elaboração 09/01/2024 | Última Revisão 01/2024 | Próxima Revisão 01/2026 | Versão 000 | Página 1-5 |

1. INTRODUÇÃO

A Reumatologia é uma especialidade clínica, que cuida de patologias que tenham em comum, sinais e sintomas no aparelho locomotor, de origem não traumática. São mais de 130 patologias, que em linhas gerais são divididas entre as imunomediadas, degenerativas, microcristalinas, reumatismos de partes moles, além das relacionadas e infecções. O ambulatório de reumatologia no AME Itapevi, atende pacientes externos proveniente da rede municipal e estadual, agendados via regulação, ou pacientes internos de outras especialidades médicas, que necessitem de apoio da especialidade Reumatologia.

2. OBJETIVO

Estabelecer critérios, condutas e controles necessários para o atendimento na especialidade de Reumatologia no AME Itapevi através da clareza e organização das ações, de modo a garantir atendimento qualificado do paciente e suas necessidades, adequadas ao perfil do serviço oferecido por esta unidade de saúde. O protocolo visa também a gestão da especialidade, por meios de critérios de atendimento, fluxos estabelecidos e ofertas necessárias e garantia de acompanhamento por período adequado, promovendo o máximo de ampliação possível do cuidado clínico e de resolutividade dentro das competências desta especialidade.

3. CRITÉRIOS

3.1. Critérios de inclusão

- Encaminhamento externo e interno de pacientes pela rede, com indicação de avaliação reumatológica
- Avaliação de diagnóstico e tratamento
- Seguimento de pacientes com patologias crônicas com complexidade pertinente de atendimento da especialidade no AME Itapevi
- Apoio da especialidade Reumatologia a outras especialidades internas do AME Itapevi.

Classificação dos CID's de inclusão

- Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)
- Neoplasias [tumores] (C00-D48)
- Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)
- Doenças do sistema nervoso (G00-G99)
- Doenças do olho e anexos (H00-H59)
- Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)
- Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)
- Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)
- Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)
- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)
- Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99).
- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99).
- Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|---|--|
|  FUNDAÇÃO DO ABC <small>Desde 1967</small> | PROTOCOLO | | | | |  Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI | |
| ESPECIALIDADE DE REUMATOLOGIA | | | | | | | |
| Área Médica | Código PR. ASSIST.090 | Elaboração 09/01/2024 | Última Revisão 01/2024 | Próxima Revisão 01/2026 | Versão 000 | Página 2-5 | |

3.2. Critérios de exclusão/ alta/ contra-referência

- Paciente sem patologia reumatólogica identificada
- Pacientes já em seguimento médico pela patologia diagnosticada.
- Pacientes com patologias estabilizadas, com tratamento estabelecido e complexidade compatível para contra-referência à rede.
- Pacientes com patologias cuja complexidade exceda a capacidade no AME Itapevi para seguimento em serviço terciário.

4. CONDUTA

4.1. Característica Epidemiológica dos pacientes atendidos

São atendidos em média 35 pacientes a cada doze horas semanais, sendo que em torno de 55% desses pacientes se enquadram em patologias imunomediadas, em que na sua grande maioria demandam acesso a medicamentos no programa de alto custo, com complexidade pertinente ao contexto secundário da especialidade, realizada no AME Itapevi. Os critérios para diagnóstico e tratamento se baseiam nos PCDTs atualizados pelo ministério da saúde, e disponibilizados links na área bibliografia.

Em amostra de oito meses de atendimento, as principais patologias atendidas são:

- Artrite Reumatoide (adulto e infantil) CID M058, M060 – 130 pacientes, sendo 57% do total.
- Lupus Eritematoso Sistêmico CID M328 – 47 pacientes, sendo 20,8% do total.
- Artrite Psoriásica CID M070 – 26 pacientes – sendo 11,5% do total.
- Espondilite anquilosante CID M45 – 9 pacientes, sendo 4% do total.
- Doença de Sjögren CID M350 – 7 pacientes, sendo 3,1% do total.
- Esclerose Sistêmica Progressiva (esclerodermia) CID M340 – 6 pacientes, sendo 2,6% do total.

Dos pacientes com Artrite Reumatóide, 47 pacientes (36%) fazem uso de imunobiológicos, dos pacientes com Artrite Psoriásica 11 (42%), e dos pacientes com Espondilite Anquilosante, 9 ao todo, 6(66%) fazem uso de imunobiológicos. Essa percentagem está de acordo com o perfil de complexidade de pacientes atendidos.

4.2. Procedimentos

São realizados procedimentos terapêuticos durante o ambulatório, com uma média mensal de 3

Os procedimentos realizados são – artrocentese diagnóstica e terapêutica:

- Infiltração intra-articular.
- Infiltração periarticular.
- Infiltração de tender points (pontos gatilhos).
- Infiltração de bursas.

As principais medicações utilizadas são a triancinolona, betametasona, dexametasona, lidocaína 2% sem vasoconstritor, soro fisiológico 0,9%.

Todos os procedimentos são realizados com assepsia pertinente com paramentação adequada a cada procedimento, na sala de procedimentos e com auxílio de técnico enfermagem.

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------|
|  FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967 | PROTOCOLO | | | | AME <small>Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI</small> | |
| ESPECIALIDADE DE REUMATOLOGIA | | | | | | |
| Área Médica | Código PR. ASSIST.090 | Elaboração 09/01/2024 | Última Revisão 01/2024 | Próxima Revisão 01/2026 | Versão 000 | Página 3-5 |

4.3. Fluxo para solicitação de medicamentos

Após o diagnóstico de uma patologia reumatólogica, é determinado o plano terapêutico, com receita, podendo conter medicamentos que constem na farmácia das UBS ou municípios, Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, via confecção de LME – Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos pelo link [Ime-eletronico_jan2022.pdf](#) ([saude.sp.gov.br](#)) e solicitação de medicamentos junto à secretaria de saúde do estado de São Paulo, via o seguinte formulário: [anexo_4_preenchimento_eletronico_07_11_12.pdf](#) ([saude.sp.gov.br](#)).

São solicitados os exames pertinentes para cada patologia visando a autorização, e liberação dos medicamentos, assim como relatório, consentimento informado e esclarecido, receitas do(s) medicamento(s), encaminhado paciente para o serviço social do AME Itapevi, onde é orientado a procurar a farmácia de alto custo de sua cidade/região.

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA/ANEXOS

ANEXO 1 - LME – Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos

|  Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------------|----|----|----|----|----|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1-Número do CHES* 6546463 | 2-Nome do estabelecimento de saúde solicitante AME DE ITAPEVI - FUABC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3-Nome completo do Paciente* FRANCISCA ALVES DA SILVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4-Nome da Mãe do Paciente* RAIMUNDA ALVES DA SILVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5-Peso do paciente* 61 kg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6-Alura do paciente* 154 cm | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7-Medicamento(s)* <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">1º medicamento</th> <th style="width: 10%;">2º medicamento</th> <th style="width: 10%;">3º medicamento</th> <th style="width: 10%;">4º medicamento</th> <th style="width: 10%;">5º medicamento</th> <th style="width: 10%;">6º medicamento</th> </tr> <tr> <td>1 METOTREXATE 2,5 MG</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | 1º medicamento | 2º medicamento | 3º medicamento | 4º medicamento | 5º medicamento | 6º medicamento | 1 METOTREXATE 2,5 MG | | | | | | 2 | | | | | | 3 | | | | | | 4 | | | | | | 5 | | | | | | 6 | | | | | |
| 1º medicamento | 2º medicamento | 3º medicamento | 4º medicamento | 5º medicamento | 6º medicamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 METOTREXATE 2,5 MG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8-Quantidade solicitada* <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">1º mês</th> <th style="width: 10%;">2º mês</th> <th style="width: 10%;">3º mês</th> <th style="width: 10%;">4º mês</th> <th style="width: 10%;">5º mês</th> <th style="width: 10%;">6º mês</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16</td> <td>16</td> <td>16</td> <td>16</td> <td>16</td> <td>16</td> </tr> </tbody> </table> | | 1º mês | 2º mês | 3º mês | 4º mês | 5º mês | 6º mês | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º mês | 2º mês | 3º mês | 4º mês | 5º mês | 6º mês | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9-CID-10* M058 ARTRITE REUMATOIDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10-Diagnóstico FORA DE ATIVIDADE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11-Incapacidade* NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> Relatar O MESMO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12-Atestado de capacidade* <small>A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13-Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14-Nome do médico solicitante* HERBERT KLAUS MAHLMANN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15-Número do Cartão Nacional de Saúde (CHS) do médico solicitante* 703 6000 2097 0831 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16-Data da solicitação* 24/05/2023 <input type="button" value="Refazer"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17-Assinatura e carimbo do médico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18-CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: e CPF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19-Razão/Cor/Entia informado pelo paciente ou responsável* Branca <input type="checkbox"/> Amerina <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indigena <input type="checkbox"/> Informar Etnia _____ Parda <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20-Número do documento do paciente CPF ou CHS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21-Telefone(s) para contato do paciente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22-Endereço eletrônico do paciente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23-Assinatura do responsável pelo preenchimento* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para suporte, entre em contato pelo: caaf.daf@saude.gov.br | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------|
|  FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967 | PROTOCOLO | | | | AME <small>Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI</small> | |
| ESPECIALIDADE DE REUMATOLOGIA | | | | | | |
| Área Médica | Código PR. ASSIST.090 | Elaboração 09/01/2024 | Última Revisão 01/2024 | Próxima Revisão 01/2026 | Versão 000 | Página 4-5 |

ANEXO 2 - Formulário para Avaliação de Solicitação de Medicamento por Paciente de Instituição Pública ou Privada

| | |
|---|--|
| <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo</p> <p style="text-align: center;">Formulário para Avaliação de Solicitação de Medicamento por Paciente de Instituição Pública ou Privada</p> <p>1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <p>Nome completo: _____</p> <p>Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino Data de Nascimento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>CPF: <input type="text"/> RG: <input type="text"/> CNS: <input type="text"/></p> <p>Endereço: _____ Nº: <input type="text"/></p> <p>Complemento: _____</p> <p>Bairro: _____ Município: _____ UF: SP</p> <p>CEP: <input type="text"/> - <input type="text"/> DDD: <input type="text"/> Telefone(s): <input type="text"/></p> <p>E-mail: _____</p> <p>Possui Plano de Saúde: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Qual: _____</p> <p>2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA</p> <p>2.1 Doença Principal: <input type="text"/> CID: <input type="text"/> Há quanto tempo: <input type="text"/></p> <p>Outro(s) Diagnóstico(s): <input type="text"/></p> <p>2.2 Casos Oncológicos: Anexar cópia do anatomopatológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica. Informar o estadiamento clínico TNM aplicável: <input type="text"/></p> <p>2.3 Informar datas e resultados dos exames complementares relevantes (anexar cópia): <input type="text"/></p> </div> | <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px;"> <p>3. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO</p> <p>3.1 Informar os tratamentos já realizados em ordem cronológica: <input type="text"/></p> <p>3.2 Descrever o atual planejamento terapêutico: <input type="text"/></p> <p>3.3 Informar a meta terapêutica proposta: <input type="text"/></p> <p>3.4 Informar como se dará o acompanhamento da resposta terapêutica e a frequência da avaliação: <input type="text"/></p> </div> |
| <p>4. MEDICAMENTO SOLICITADO</p> <p>Denominação genérica / Dosagem: <input type="text"/></p> <p>Via da administração / Posologia / Duração do tratamento: <input type="text"/></p> <p>Peso: <input type="text"/> Kg Altura: <input type="text"/> cm</p> <p>5. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE</p> <p>Nome da instituição de saúde: <input type="text"/></p> <p>CNES: <input type="text"/></p> <p>Endereço: _____ Nº: <input type="text"/></p> <p>Complemento: _____</p> <p>Bairro: _____ Município: _____ UF: SP</p> <p>CEP: <input type="text"/> - <input type="text"/> DDD: <input type="text"/> Telefone(s): <input type="text"/></p> <p>Nome do médico solicitante: <input type="text"/></p> <p>CRM Nº: <input type="text"/> UF: SP</p> <p>E-mail: <input type="text"/></p> <p>Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Assinatura e carimbo do médico prescritor Assinatura e carimbo do Diretor/Responsável da Instituição</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do paciente ou responsável</p> <p>6. USO RESTRITO DA SES/SP</p> <p><input type="text"/></p> | |

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|---|---------------|
|  FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967 | PROTOCOLO | | | | AME Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI | |
| ESPECIALIDADE DE REUMATOLOGIA | | | | | | |
| Área Médica | Código PR. ASSIST.090 | Elaboração 09/01/2024 | Última Revisão 01/2024 | Próxima Revisão 01/2026 | Versão 000 | Página 5-5 |

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 🔗 portal-portaria-conjunta-no-16_pc当地_ar-e-aij_.pdf (www.gov.br)
- 🔗 portal-portaria-conjunta_pc当地_ap_2021.pdf (www.gov.br)
- 🔗 portaria-conjunta-no-21-lupus-eritematoso-sistêmico.pdf (www.gov.br)
- 🔗 www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pc当地/arquivos/2021/pc当地-espondilite-ancilosante_para-substituir-no-site_20_04_2021.pdf (www.gov.br)
- 🔗 portariaconjunta-n-16-pc当地-de-esclerose-sistêmica.pdf (www.gov.br)

7. REVISÕES/ATUALIZAÇÕES

Não se aplica.

8. HISTÓRICO DE REVISÕES E APROVAÇÕES

| Data da Elaboração | Área | Nome do Responsável | Cargo |
|--------------------|----------------|------------------------|--------|
| 09/01/2024 | Médica/Reumato | Herbert Klaus Mahlmann | Médico |

| Data da Revisão | Área | Nome do Responsável | Cargo |
|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| 09/01/2024 | Coordenação médica | Vânia Aranha Zito | Coordenadora médica |

| Data da Aprovação | Área | Nome do Responsável | Cargo |
|-------------------|----------|---------------------|------------------------|
| 11/01/2024 | Gerência | Andreia Godoi | Gerente Administrativa |