
REDE NACIONAL DE ESPECIALIDADE HOSPITALAR E DE REFERENCIAÇÃO DE **REUMATOLOGIA**

Setembro de 2015

Coordenador

Professor Doutor Jaime C. Branco, Especialista em Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE, H. Egas Moniz.

Grupo de Trabalho

Dr. Augusto Faustino, Especialista em Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia;

Dra. Bárbara Carvalho, Assistente Técnica da Administração Central do Sistema de Saúde IP;

Dr. Filipe Araújo, Especialista em Reumatologia do H. Ortopédico de Sant'Ana, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa;

Prof. Doutora Helena Canhão, Especialista em Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE, H. Santa Maria;

Prof. Doutora Iva Brito, Especialista em Reumatologia do Centro Hospitalar de São João EPE;

Professor Doutor José António Pereira da Silva, Especialista em Reumatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra EPE;

Dr. José António Costa, Especialista em Reumatologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, H. Conde de Bertiandos;

Dra. Lúcia Costa, Especialista em Reumatologia do Centro Hospitalar de São João EPE;

Dr. Luís Maurício, Especialista em Reumatologia do H. Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPE;

Dra. Maria Manuela Costa, Especialista em Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE, H. Santa Maria.

ÍNDICE

1. Introdução.....	4
2. Epidemiologia.....	7
3. Realidade atual dos serviços de Reumatologia.....	11
4. Critérios de referência das doenças reumáticas e músculo-esqueléticas para Reumatologia.....	14
5. Definição de necessidades.....	21
6. Proposta de rede reumatológica nacional.....	24
7. Gestão da implementação da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Reumatologia.....	28
8. Considerações finais.....	32
9. Bibliografia.....	34

ABREVIATURAS

ARSLVT: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CEROM: Colégio da Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos

CH: Centro Hospitalar

CHLC: Centro Hospitalar de Lisboa Central

CHLN: Centro Hospitalar de Lisboa Norte

CR: centro de referência

CSP: Cuidados de Saúde Primários

DGS: Direção Geral de Saúde

DRM: doença reumática e músculo-esquelética

ETC: equivalente a tempo completo

HD: Hospital Distrital

HSM: Hospital de Santa Maria

IPR: Instituto Português de Reumatologia

IPSS: Instituição Particular de Solidariedade Social

PNCDR: Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas

RNEHRR: Rede Nacional da Especialidade Hospitalar e de Referência de Reumatologia

RRHR: Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia

SNS: Sistema Nacional de Saúde

SPR: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

ULS: Unidade Local de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Desde a publicação da Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia (RRHR) em 2002 (este documento ficou concluído em 1999, foi aprovado pela primeira vez em abril de 2000^{*} e só após a segunda aprovação, em março de 2002[†], foi publicado – tem portanto 16 anos)¹ a realidade reumatológica, nacional e internacional, alterou-se substancialmente. Durante estes anos, além da RRHR foi publicado, também pela Direção Geral da Saúde (DGS), o Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas (PNCDR)², iniciou-se e robusteceu-se o ReumaPt³, realizou-se o EpiReumaPt⁴ e expandiu-se substancialmente o número de serviços de Reumatologia em hospitais públicos continentais que passaram de 6, naquela data, para 18 em 2015, tendo o número de reumatologistas que aí trabalham aumentado de 39 para 83 e o dos internos de 26 para 53.

Estas melhorias muito significativas verificaram-se também no conhecimento da população geral sobre doenças reumáticas e músculo-esqueléticas (DRM) e na forma como as Autoridades de Saúde olham hoje para estas doenças e para os doentes que delas padecem.

Bom exemplo desta nova realidade foi, desde logo, a elaboração (2004) e publicação (2006) pela DGS do PNCDR e, mais recentemente, a inclusão das DRM no capítulo ‘5. Morbilidade’ do documento da DGS ‘A Saúde dos Portugueses. Perspectiva 2015’⁵. Os outros subcapítulos desta secção são – aparelho circulatório, neoplasia, saúde mental, diabetes e doenças transmissíveis.

O relatório final do Estudo da Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde (SNS)⁶ elaborado pela Universidade de Coimbra para a Ordem dos Médicos, recomenda que o cenário desejável no ano de 2025 seria alcançado com 319 reumatologistas. Partindo de um total de 114 reumatologistas (associados ou não ao SNS) existentes em 2011 e prevendo a saída de 23 destes médicos até 2025, seria necessário formar 230 novos especialistas. Este estudo utilizou um modelo, próximo

^{*} Pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. José Miguel Boquinhas, em 7 de Abril de 2000.

[†] Pela Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, Dra. Carmen Pignatelli, em 26 de Março de 2002.

da realidade, em que nem todos os novos especialistas, de todas as especialidades, ficarão ligados ao SNS.

O comentário do Colégio da Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos (CEROM) a este relatório refere que, em 2015, o número de reumatologistas de alguma forma ligados ao SNS é de 107 e o dos internos, nos diferentes anos de formação, é de 53. Concorde que este número está muito aquém das necessidades da população e que, por isso, existe uma necessidade substancial de crescimento do número de especialistas em Reumatologia nos próximos anos. Neste mesmo documento considera que 3 é o número mínimo de reumatologistas por serviço hospitalar de forma a garantir níveis adequados e sustentados de prestação de cuidados de saúde aos doentes reumáticos. Existem atualmente hospitais que contam com apenas um reumatologista, o que representa um enorme esforço para cada um desses médicos e risco para os seus doentes. Trata-se, portanto, de uma falha que deverá ser corrigida com a brevidade possível.

Contudo, e embora esta situação deva ser alterada, é preferível haver um reumatologista do que nenhum - e esta situação ainda se verifica em muitos dos hospitais que a RRHR de 2002 referenciava como devendo dispor da especialidade de Reumatologia (por ex. Centro Hospitalar (CH) do Alto Ave, CH do Porto, CH de Leiria, Hospital Distrital (HD) de Santarém, CH Lisboa Central, H. Cascais Dr. José Almeida, H. Prof. Dr. Fernando Fonseca, CH de Setúbal, H. Évora)¹. Nestes hospitais, os doentes reumáticos não têm acesso aos cuidados de saúde de que necessitam e, na maioria dos casos, são seguidos por médicos sem formação específica sem disso serem devidamente informados ou, ainda pior, com a referência de que estão a ser seguidos pela especialidade de Reumatologia. Acresce que em vários desses casos, bem documentados, a existência dessas consultas realizadas por médicos não reumatologistas vem inviabilizando a contratação de reumatologistas para esses hospitais.

Por estes motivos, os doentes reumáticos são muitas vezes impedidos de aceder livremente aos cuidados de saúde que lhes são mais adequados e consentâneos com o estado da arte da Medicina atual. Estas situações, infeliz e incompreensivelmente,

ainda em grande número, criam assimetrias territoriais significativas negando a muitos cidadãos os direitos constitucionais de igualdade e equidade no acesso a cuidados de saúde diferenciados. É uma realidade que urge modificar, para bem da saúde dos doentes reumáticos, do seu impacto na economia e dos valores democráticos que a sociedade portuguesa perfilha.

O despacho nº 6769-A/2015 de 13 de Junho desencadeou a criação de um grupo de trabalho[‡] com o objectivo de redigir uma nova rede, agora denominada Rede Nacional da Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Reumatologia (RNEHRR), que agora e aqui apresentamos.

2. EPIDEMIOLOGIA

[‡] Augusto Faustino, Bárbara Carvalho (assistência técnica da ACSS), Filipe Araújo, Helena Canhão, Iva Brito, Jaime C. Branco (coordenador), José António Costa, José António Pereira da Silva, Lúcia Costa, Luís Maurício Santos, Maria Manuela Costa.

Em 2015 dispomos de dados epidemiológicos atualizados de prevalência das DRM em Portugal obtidos através do EpiReumaPt⁷ (estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal). O estudo foi promovido e desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) em parceria com a *Nova Medical School*, a Universidade Católica Portuguesa e a DGS. Este estudo transversal de base populacional inquiriu 10 661 indivíduos adultos entre setembro de 2011 e dezembro de 2013 no Continente e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, numa amostra representativa da população portuguesa^{8,9}. Daquela amostra, 3386 indivíduos foram subsequentemente avaliados numa consulta efectuada por um reumatologista. Numa terceira fase, todos os processos foram revistos e os diagnósticos confirmados.

Na Tabela 1 apresenta-se a prevalência das DRM em Portugal, no total e por sexos⁴. As mulheres (64,1%) são mais afectadas do que os homens (47,1%).

Prevalências de Doenças Reumáticas na população Portuguesa

	Prevalência Geral	Prevalência Mulheres	Prevalência Homens
Lombalgia	26.4%	29.6%	22.8%
Fibromialgia	1.7%	3.1%	0.1%
Osteoartrite do Joelho	12.4%	15.8%	8.6%
Osteoartrite da Mão	8.7%	13.8%	3.2%
Osteoartrite da Anca	2.9%	3.0%	2.9%
Osteoporose	10.2%	17.0%	2.6%
Patologia Periarticular	15.8%	19.1%	12.0%
Artrite Reumatóide	0.7%	1.1%	0.3%
Espondilartroses	1.6%	2.0%	1.2%
Lúpus Eritematoso Sistémico	0.1%	0.2%	0.04%
Polimialgia Reumática	0.1%	0.1%	0.06%
Gota	1.3%	0.08%	2.6%



Para o cálculo das prevalências foi elaborado um ponderador de acordo com o desenho do estudo, dimensão populacional e idade. O ponderador foi desenvolvido pela Nova School of Statistics and Information Management (ISEG/UNL).



Tabela 1. Prevalência das doenças reumáticas em Portugal, no total e por sexos

Retiraram-se outros resultados muito relevantes deste estudo. Apesar da sua grande prevalência, as DRM estão subdiagnosticadas em Portugal (Figura 1). Muitos doentes desconhecem que sofrem destas patologias. De facto, 22% dos portugueses avaliados no EpiReumaPt auto-reportaram que sofriam de uma DRM, mas quando observados por um reumatologista, 56% dos indivíduos sofriam de doença reumática, portanto para muitos, apesar das queixas variadas, não havia nem diagnóstico nem conhecimento prévio da patologia de que padeciam. Detetam-se fortes assimetrias geográficas na insuficiência de diagnóstico, sendo mais notória nos distritos de Portalegre e Castelo Branco, no Algarve e nas regiões periféricas às grandes cidades de Lisboa e do Porto.

EpiReumaPt: Estudo Epidemiológico de Doenças Reumáticas em Portugal

As doenças reumáticas em Portugal estão subdiagnosticadas

(estimativa de DR por diagnosticar na população Portuguesa)

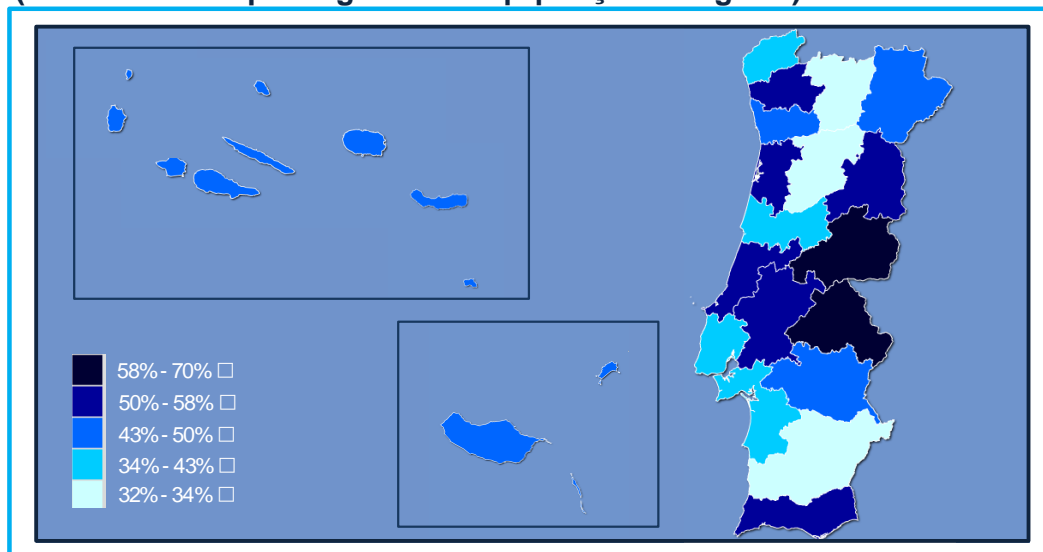


Figura 1. Estimativa da proporção de doenças reumáticas sem diagnóstico.

Além de um retrato da situação, interessava analisar o impacto destas patologias em múltiplas dimensões. Sabemos de estudos Europeus e Norte-americanos que as DRM são as doenças crónicas mais prevalentes, que constituem um dos motivos principais de consulta nos cuidados de saúde primários (CSP), que se associam a incapacidade e absentismo no trabalho, o que acarreta importantes custos individuais, sociais e

económicos¹⁰. Relativamente a Portugal, quando analisámos e comparámos o *score* de qualidade de vida EQ5D (Figura 2) verificámos que as DRM, por comparação a outras patologias, são as mais frequentes (maior dimensão do diâmetro da esfera) e as que se associam aos níveis mais baixos de qualidade de vida.

EpiReumaPt: Estudo Epidemiológico de Doenças Reumáticas em Portugal □



Figura 2. Qualidade de vida calculada pelo EQ5D (menor score = pior qualidade de vida)

Quando comparámos os sintomas depressivos e os sintomas ansiosos (escala HADS¹¹) dos indivíduos com e sem DRM confirmada por reumatologista, obtivemos um *odds ratio* (OR) significativamente superior, respectivamente, de 1,8 (8,3% vs 1,8%) e 3,4 (16,7% vs 5,3%) nos doentes reumáticos por comparação com portugueses que não têm DRM (ainda que padecessem de outras patologias).

Da mesma forma, os doentes reumáticos registavam, de forma estatisticamente significativa, maior número de internamentos hospitalares no último ano quando comparados com os indivíduos sem DRM (OR = 2,5; 11,4% vs 5,5%) e necessidade, também significativamente superior, de apoio domiciliário no último ano (OR= 12,8;

2,7% vs 0,1%). O número médio de medicamentos prescritos a um indivíduo com DRM foi de 2,5, enquanto a média nos indivíduos sem DRM foi de 0,5.

As estimativas de despesa individual de saúde eram de cerca de 500 euros por ano nos doentes com DRM e de 250 euros nos indivíduos sem DRM (Figura 3).

EpiReumaPt: Estudo Epidemiológico de Doenças Reumáticas em Portugal



Estimativa custos médios anuais por indivíduo

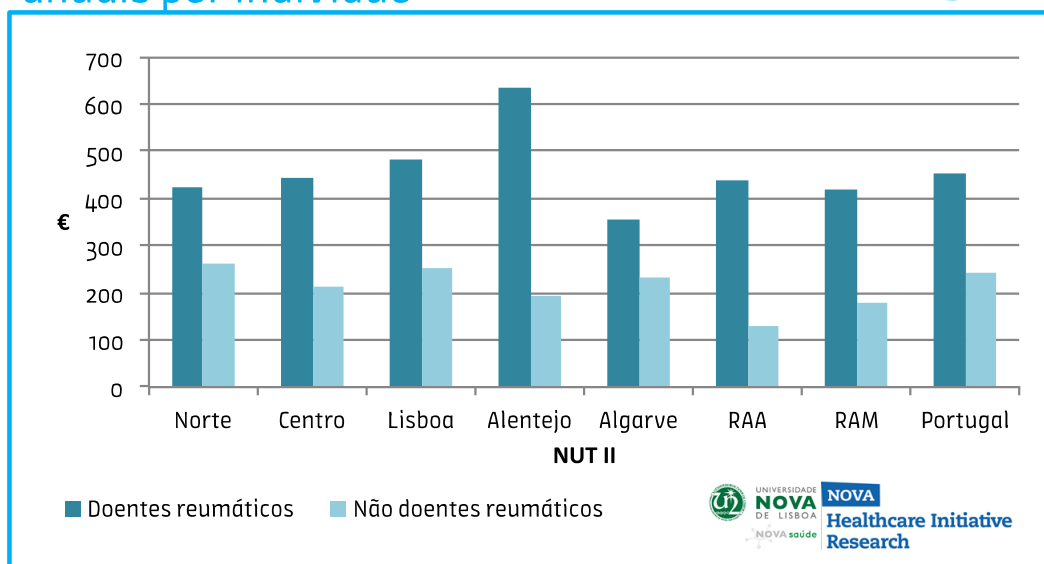


Figura 3. Custos médios anuais de doentes com doença reumática e indivíduos sem patologia reumática por regiões NUT II.

Ainda relativamente aos custos em saúde, estima-se que os custos totais anuais em Portugal com consultas médicas em doentes com DRM são de aproximadamente 1,6 mil milhões de euros. Os custos com tratamentos de fisioterapia estimam-se em 220 milhões de euros e as perdas de produtividade por faltas ao trabalho de doentes reumáticos são estimadas em cerca de 204 milhões de euros.

Os números apresentados demonstram a enorme prevalência, relevância e impacto individual, social e económico das DRM. São dados já evidenciados anteriormente em publicações de outros países e agora confirmados no nosso país.

3. REALIDADE ATUAL DOS SERVIÇOS DE REUMATOLOGIA

À luz do que foi exposto anteriormente, torna-se fácil compreender a importância de uma rede nacional, harmoniosa e abrangente que garanta a equidade de acesso dos cidadãos a especialistas de Reumatologia. Outros aspectos como o envelhecimento da população, a importância prognóstica do tratamento precoce das DRM inflamatórias e sistémicas autoimunes, o aumento da complexidade da terapêutica e seguimento de muitos destes doentes, reforçam esta necessidade.

Comparando com a RRHR publicada em 2002, são notáveis os progressos relativos à expansão da especialidade e que se traduzem no aumento dos hospitais com valência de Reumatologia e no número de reumatologistas contratados pelos hospitais. Em relação às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), o Instituto Português de Reumatologia (IPR)[§] viu a sua capacidade assistencial aumentada de 16 para 23 reumatologistas e o Hospital Ortopédico de Sant'Ana passou a contar com um reumatologista em tempo completo.

Apesar desta ampliação incluir regiões previamente desprovidas de assistência reumatológica como Trás-os-Montes, Beira Interior ou Algarve, verifica-se nesses locais a existência de apenas 1 a 3 reumatologistas por centro. Como referido anteriormente, este número é manifestamente insuficiente quer para as dimensões da população abrangida quer para o desenvolvimento das múltiplas valências assistenciais, formativas e investigacionais ligadas à prática reumatológica de qualidade.

As Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, embora não estejam enquadradas na presente rede pelo facto de possuírem Serviços Regionais de Saúde próprios, viram também desenvolvidos os seus recursos assistenciais de Reumatologia ao longo dos últimos anos. Existem, em 2015, 4 especialistas no Hospital Nélio Mendonça (Funchal), 3 especialistas no Hospital do Divino Espírito Santo (Ponta Delgada) e 1 especialista no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (Angra do Heroísmo).

[§] Ver Capítulo 7. Gestão da implementação da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Reumatologia.

A maioria dos hospitais aos quais os doentes são atualmente referenciados para avaliação por um reumatologista é de natureza pública, contudo a prestação de cuidados a estes doentes inclui também hospitais com contrato de parceria público-privada (como os Hospitais Beatriz Ângelo, Vila Franca de Xira, Cascais e Braga**) e as IPSS já referidas.

Na Tabela 2 encontram-se as instituições de saúde com serviço de Reumatologia por áreas geográficas, assim como o número de reumatologistas em cada uma delas em 2002 e 2015 e o número de internos em formação.

Áreas geográficas	Instituição	Reumatol. em 2002	Reumatol. em 2015 ^{\$}	Internos formação 2015
Norte	H. Conde Bertiandos, ULS Alto Minho	4	5	5
	H. São Marcos, Braga	-	2	*
	H. São Pedro de Vila Real, CH Trás-os-Montes e Alto Douro	-	1	1ψ
	H. São João, CH São João	8	11	6
	CH Vila Nova de Gaia/Espinho	-	2	2
	H. São Sebastião, CH Entre Douro e Vouga	-	1	*
Centro	H. São Teotónio, CH Tondela-Viseu	-	3	2ψ
	H. Infante D. Pedro, CH Baixo Vouga	-	3	4
	H. Sousa Martins, ULS Guarda	-	1	*
	H. Pêro da Covilhã, CH Cova Beira	-	1	*
	H. Universidade Coimbra, CH Universitário Coimbra	4	10	9
	H. Amato Lusitano, ULS Castelo Branco	-	1	*
Sul (incl. LVT, Alentejo e Algarve)	H. Torres Novas e H. Tomar, CH Médio Tejo	-	2	*
	H. Beatriz Ângelo	-	2	*

** Ver Capítulo 7. Gestão da implementação da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Reumatologia.

	H. Santa Maria, CH Lisboa Norte	13	18	11
	H. Egas Moniz, CH Lisboa Ocidental	5	9	6
	H. Garcia de Orta	5	8	4
	Instituto Português de Reumatologia §	16	23	2
	H. Ortopédico de Sant'Ana §	-	1	*
	H. Faro, CH Algarve	-	3	1ψ

CH: Centro Hospitalar, LVT: Lisboa e Vale do Tejo, ULS: Unidade Local de Saúde.

§ De notar que os reumatologistas possuem contratos muito diversos que vão das 10,5 horas às 42 horas semanais.

* Serviços sem idoneidade formativa.

ψ Serviços com idoneidade formativa parcial, ou sem idoneidade formativas mas com internos em formação noutros serviços.

§ Instituições Particulares de Solidariedade Social convencionadas com o Serviço Nacional de Saúde.

Tabela 2. Serviços de Reumatologia e recursos humanos em 2002 e 2015, por área geográfica.

4. CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS E MÚSCULO-ESQUELÉTICAS PARA REUMATOLOGIA

As DRM têm uma elevada prevalência na população em geral, afetam ambos os sexos e todos os grupos etários. Cursam com dor, deformação, incapacidade funcional progressiva e perda de qualidade de vida, determinando um grave impacto socioeconómico.

Algumas caracterizam-se por uma rápida e irreversível destruição das articulações ou de órgãos internos, exigindo a implementação de medidas terapêuticas de manuseamento complexo e elevada toxicidade potencial. Estão neste caso, as DRM de base inflamatória e autoimune cuja natureza impõe, por isso mesmo, uma necessidade imperiosa e urgente de cuidados especializados.

Nos últimos anos, os progressos no diagnóstico e na instituição precoce de fármacos eficazes tornaram possível evitar esse impacto negativo em muitas doenças. Os estudos publicados demonstram a existência de uma “janela de oportunidade”, ou seja, um intervalo de tempo ótimo para a instituição de terapêutica eficaz de forma a modificar significativamente a evolução da doença, prevenindo o dano estrutural, a incapacidade funcional, a dependência de terceiros e a mortalidade precoce. Por exemplo, nas artropatias inflamatórias este intervalo não deve exceder os 3 meses entre o início dos sintomas e da terapêutica.

Os portadores destes tipos de patologia devem, por isso, ser acompanhados regularmente por reumatologistas. Mesmo os portadores de DRM que não colocam esta pressão diagnóstica/terapêutica podem, em certas circunstâncias, beneficiar grandemente de observação pontual ou periódica por reumatologistas.

4.1 Critérios de referenciação

Nota prévia: presume-se que, nos casos abaixo indicados de “ineficácia terapêutica”, tenham sido seguidas e esgotadas as Normas de Orientação Clínica da DGS ou outras recomendações idóneas aplicáveis ao contexto dos CSP.

i. Casos clínicos sem diagnóstico estabelecido

1. Artrite aguda, com envolvimento sistémico significativo.
2. Suspeita de artrite com duração superior a 6 semanas, sem traumatismo prévio, acompanhada ou não de outros sintomas.
3. Dor, loco-regional ou generalizada, persistente e incapacitante e/ou com ritmo inflamatório, sem resposta a tratamento sintomático.
4. Quadro de sinais, sintomas ou indícios laboratoriais significativos de doença reumática sistémica autoimune, mesmo na ausência de artrite (por ex., *rash* malar, fotossensibilidade, fenómeno de *Raynaud*, sintomas secos, serosite não explicada, nefrite, perda de força muscular, espessamento cutâneo, vasculite cutânea, enfartes viscerais, aftose não-oral, títulos elevados de auto-anticorpos, velocidade de sedimentação e/ou proteína C reativa elevadas, citopenias não explicadas, proteinúria)

ii. Casos clínicos com diagnóstico provável ou estabelecido

DRMs Inflamatórias Crónicas

Todo o doente com DRM inflamatória que persista mais de seis semanas (ex. artrite reumatóide, polimialgia reumática, espondilite anquilosante e outras espondilartrites axiais, artrite psoriásica, e outras artrites incluindo as não classificadas...), ainda que de instalação aguda (ex. artrites reativas, artrites virais, artrites microcristalinas, artrites não classificadas...) deve ser prontamente referenciado para consulta de Reumatologia.

DRMs Sistémicas Autoimunes

Todo o doente com DRM sistémica autoimune (por ex., lúpus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, doença de Behçet, polimiosite/dermatomiosite, esclerose sistémica, doença mista ou doença indiferenciada do tecido conjuntivo, vasculites...), ou suspeita

razoavelmente fundamentada de uma destas doenças, deve ser prontamente referenciado para consulta de Reumatologia.

DRMs Infantis

Toda a criança com suspeita de DRM inflamatória deve ser prontamente referenciada para consulta de Reumatologia Pediátrica.

Osteoartrose

- Referenciar se houver:
 1. Dúvidas diagnósticas
 2. Características atípicas: doença erosiva, localização (ex. punhos, tornozelo, ombro,..), início antes dos 50 anos ou evolução rapidamente progressiva
 3. Episódios inflamatórios recorrentes (derrame intra-articular)
 4. Ineficácia da terapêutica convencional

Fibromialgia

- Referenciar se houver:
 1. Dúvidas diagnósticas
 2. Ineficácia terapêutica e/ou intolerância medicamentosa

DRMs periarticulares

- Referenciar se houver:
 1. Incapacidade funcional marcada
 2. Ineficácia terapêutica
 3. Suspeita de artropatia inflamatória ou outra doença subjacente
 4. Necessidade de realização de técnicas de diagnóstico e/ou terapêutica.

Raquialgias

- Referenciar se houver:
 1. Presença de sinais de alerta para etiologia grave e/ou incomum (ex. ritmo inflamatório, emagrecimento, história de neoplasia

prévia, febre, primeiro episódio após os 65 anos, contexto de osteoporose, alterações neurológicas, dor persistente ou noturna...)

2. Raquialgia resistente ao tratamento convencional

Osteoporose

- Referenciar se houver:

1. Fratura osteoporótica, com ou sem terapêutica prévia
2. Osteoporose secundária (de causa iatrogénica ou outra)
3. Diminuição significativa da massa óssea relativamente à idade (Score Z <-2.0)

Artrites microcristalinas (Gota úrica e Condrocalcinose)

- Referenciar se houver:

1. Dúvidas diagnósticas
2. Ineficácia/intolerância terapêutica
3. Necessidade de realização de técnicas diagnóstico e/ou terapêutica (ex. ecografia músculo-esquelética, artrocentese, pesquisa de cristais, infiltrações articulares...)

4.2 Normalizar o método de referenciação

i. A plataforma ALERT P1 deverá ser sempre o método preferencial a utilizar pois permite uma interligação eficaz entre os intervenientes.

ii. Informação clínica

A informação incluída na carta de referenciação é fundamental para se estabelecer a prioridade da consulta, devendo por isso, ser cuidada^{12,13}.

Na carta de referenciação devem constar os seguintes elementos:

- Natureza e duração dos sintomas
- Articulações afetadas
- Ritmo da dor e duração da rigidez matinal

- Estado funcional
- Sintomas constitucionais (febre, emagrecimento,...)
- Envolvimento de outro(s) órgão(órgãos) e/ou sistema(s), prévio ou atual
- Outros dados importantes da história pessoal e familiar
- Tratamentos prévios e seu resultado
- Exame clínico osteoarticular: destaque para a presença de tumefação e suas características
- Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais ou imagiológicos, consoante a hipótese de diagnóstico (por ex., velocidade de Sedimentação, proteína C reativa, radiografias, outros...)
- Hipótese de diagnóstico
- Grau de urgência
- Objetivos da consulta

Recomenda-se a leitura de publicações recentes sobre a estratégia mais eficaz para referenciar, precocemente como se impõe, doentes com suspeita de Artrite Reumatóide, Espondilartrite ou outras DRM com necessidade urgente de observação especializada^{14,15}.

A. Estabelecer a prioridade para acesso a consulta de reumatologia

Nota prévia: algumas DRMs, pelas suas manifestações e potencial gravidade, justificam uma observação mais urgente do que a normalmente disponibilizada em consulta externa, mesmo quando priorizada como “Urgente”. Nestes casos deve procurar-se um contacto imediato com um reumatologista ou recorrer ao Serviço de Urgência geral.

Incluem-se nesta categoria:

- Monoartrite febril
- Artrite séptica
- Arterite Temporal
- Enfarte cutâneo e/ou visceral

- Complicações de DRMs ou suas terapêuticas com potencial risco de vida (por ex. perturbação neurológica aguda, hemorragia grave, citopenia grave, infecções,...)

Grau de Urgência	Critério	Exemplo
Urgente	- Põe em risco a vida ou a função de órgãos major	- Vasculites - Instalação aguda ou agravamento de DRMs inflamatórias ou autoimunes com repercussão funcional ou sistêmica importante
Prioritário	- Potencial artrite inflamatória destrutiva - Suspeita de DRM inflamatória de qualquer natureza - Outras DRMs que determinem impacto funcional relevante	- Artrite inicial - Artrite reumatóide - Espondilartrite axial - Artrite psoriásica - Artrite reativa - Artrite idiopática juvenil - Polimialgia reumática - Lúpus eritematoso sistêmico - Síndrome Sjögren - Esclerose sistêmica - Doença mista ou indiferenciada do tecido conjuntivo - Poliomiosite/Dermatomiosite - Síndrome de Behçet - Artrite microcristalina - Osteoporose fraturária - Outras doenças com necessidade de realização de técnicas reumatológicas terapêuticas
Normal	- DRM não inflamatória - Doença óssea metabólica	- Osteoartrose - Fibromialgia e outras síndromes de dor crônica não específica - Osteoporose - Doença óssea de Paget - Raquialgias - DRMs periarticulares - Queixas músculo-esqueléticas com rebate funcional significativo

Tabela 3. Priorização da Referência para Consulta Externa (12,15,16)

D. Dinamizar “vias rápidas”

Tanto quanto possível deverão ser criadas e mantidas vias informais de contacto entre Unidades de Saúde Primárias e os serviços de Reumatologia de forma a agilizar a referenciação de casos urgentes.

A articulação entre o Médico de Família e o reumatologista deve permitir ao utente o acesso a cuidados de saúde de qualidade, com o menor número possível de deslocações aos hospitais e uma adequada ponderação de custos e benefícios. Os doentes referenciados a consulta de Reumatologia devem ser observados de acordo com a prioridade estabelecida, que deve refletir a gravidade potencial ou verificada do seu quadro clínico e deste modo beneficiar de uma intervenção especializada de forma a melhorar o prognóstico e a qualidade de vida do doente a curto e a longo prazo. Após a consulta de Reumatologia, o doente deve ser acompanhado de uma informação escrita pelo reumatologista ao Médico de Família.

5. DEFINIÇÃO DE NECESSIDADES

Mantêm-se válidas as evidências apontadas na RRHR publicada em 2002¹ sublinhando a vantagem de os doentes reumáticos serem tratados por reumatologistas (razões humanitárias, médicas, sociais e económicas) e que se poderão resumir no binómio: a) diagnósticos mais precoces, tratamentos mais atempados e eficazes, prevenção mais eficiente da incapacidade temporária e definitiva, b) menos gastos globais (diretos e indiretos) associados às DRM.

Esta assunção encontra-se partilhada por múltiplos documentos, nomeadamente do Colégio Americano de Reumatologia (*A rheumatologist has special training to spot clues in the history and physical exam that can lead to earlier diagnosis and are knowledgeable about testing that may reduce unnecessary procedures and save you money*)¹⁸, ou da Sociedade Britânica de Reumatologia (*There is strong evidence that patients treated within the 12-week window of opportunity stand a better chance of achieving remission, or low disease activity state, preventing damage to joints and organs and improving quality of life. In addition, mortality rates are significantly lower for those diagnosed and treated within this period*)¹⁹. As questões de ganhos globais em saúde com uma intervenção especializada assumem particular relevância quando implicam a utilização de recursos médicos de elevado custo económico direto (como é o caso das terapêuticas biotecnológicas) cujo custo-efetividade é possível demonstrar²⁰.

Assumido este facto, torna-se vital definir o número de reumatologistas necessários para que o SNS possa garantir a abordagem mais adequada da totalidade dos doentes reumáticos da população portuguesa (“definição de necessidades”).

Existem diferentes abordagens para o cálculo deste número. Na RRHR publicada em 2002, o cálculo foi baseado no número de consultas de Reumatologia necessárias no continente nacional em cada ano. Calculado o número de 658.800 consultas/ano de acordo com os dados de prevalência considerados para as mais relevantes DRM, e considerando que metade dessas consultas poderia ser suprida por medicina privada e convencionada, subsistemas ou seguros, chegou-se ao valor de 329.400 consultas

hospitalares de Reumatologia por ano, o que num rácio de 1.500 consultas/ano/especialista, implicaria uma necessidade de 219 reumatologistas para o território continental. Porém, a forma mais utilizada atualmente consiste na identificação de um rácio entre número de reumatologistas e a população geral. Um documento do *National Audit Office* de Inglaterra²¹ aponta para uma disparidade de valores atuais na Europa que vão de 1 reumatologista por 25.000 pessoas (França) até 1 reumatologista por 227.000 pessoas (Irlanda). O relatório do Eumusc.net²², tomando como fonte o Eurostat 2011, corrobora estes dados descrevendo valores que variam entre 1 reumatologista por 24.000 (França) e 1 reumatologista por 200.000 habitantes (Irlanda).

Numa revisão efectuada em 2009²³ apontam-se disparidades entre o numero de reumatologistas considerado necessário nos Estados Unidos (1:35.000 habitantes)²⁴ e na Europa (1: 60.000 habitantes)²⁵. Um inquérito recente efectuado aos reumatologistas portugueses no âmbito de um projeto promovido pela SPR - *Rheuma Space* - visando a definição e a procura, interpares, dos melhores padrões de qualidade assistencial em Reumatologia²⁶, revelou um elevado grau de consenso nos seguintes valores: 1 reumatologista para 40.000 pessoas (critério de excelência de qualidade) ou 1 para 50.000 pessoas (critério de garantia de qualidade). Igual rácio é assumido num documento da Sociedade Espanhola de Reumatologia sobre definição de padrões de qualidade assistencial em Reumatologia, e que recomenda 1 reumatologista por cada 40.000-50.000 habitantes²⁷.

Estes números inserem-se bem na distribuição das realidades atuais no continente Europeu e nos Estados Unidos e oferecem, pela sua consistência e consensualidade, uma indicação que nos parece merecer acolhimento como referência nacional. Deles resulta que, para uma população de 10 milhões de pessoas, será adequado um número de reumatologistas entre 200 e 250, perfeitamente coincidente com os previamente aceites.

Alguns factores devem, contudo, ser considerados numa ponderação futura destes valores:

- distinção de rácios entre centros reumatológicos hospitalares universitários (exigindo um rácio de excelência) e os restantes centros;
- os centros de referência terciária, isto é, que recebem doentes e médicos internos de outros serviços de Reumatologia, devem estar dotados de um nível acrescido de diferenciação e disponibilidade humana, científica e técnica que permita responder a estas solicitações, o que impõe aumento das necessidades em recursos humanos.
- os centros que participam no ensino universitário de Reumatologia deverão ver esse contributo traduzido em recursos humanos acrescidos aos inerentes apenas à vertente assistencial.
- os recursos humanos devem representar profissionais a efetuar trabalho em tempo completo, pelo que os cálculos se devem basear em equivalentes a tempo completo (ETC, 40h semanais exclusivamente reumatológicas) e não em número de profissionais ligados a cada serviço.
- necessidade de ajuste futuro destes números em função do envelhecimento e redistribuição da população e do expectável aumento de numero de pessoas com DRM, implicando uma necessidade de reforço de cerca de 20% do número de reumatologistas entre 2015 e 2025, segundo dados do *American College of Rheumatology*^{23,28}.

6. PROPOSTA DE REDE REUMATOLÓGICA NACIONAL

6.1 Hospitais onde se justifica

A elevada prevalência das DRM, o seu potencial impacto na mobilidade dos doentes e a frequente necessidade de avaliação periódica justificam uma dispersão territorial que seja adequada de serviços hospitalares de Reumatologia para garantir a proximidade dos doentes aos cuidados de saúde especializados, evitando desnecessárias deslocações, custos e riscos associados. Os serviços devem localizar-se de modo a garantir que toda a população servida tenha acesso à especialidade num raio máximo de 100 Km. Tendo em conta as características de cada estabelecimento, a valência de Reumatologia deverá estar organizada ao nível de serviços cuja dimensão e distribuição geográfica deverão estar adaptados à população servida. Considerando a necessidade de massa crítica e a garantia de manutenção de cuidados assistenciais em caso de ausências, cada serviço deverá contar com um número mínimo de 3 reumatologistas.

Apesar da grande evolução no acesso a cuidados reumatológicos ocorrida nos últimos 15 anos, continua a haver áreas do país muito carenciadas na oferta de prestação de cuidados adequados aos doentes reumáticos. Como já referido, os resultados do EpiReumaPt permitem-nos reconhecer que nas regiões onde há mais carência de unidades de Reumatologia, as DRM são mais frequentemente subdiagnosticadas. Existe atualmente um maior rácio médico/habitantes nas regiões metropolitanas e no litoral, com uma rarefação e mesmo inexistência de afetação de recursos humanos em algumas zonas, como é exemplo o Alentejo, que não tem nenhum reumatologista vinculado ao SNS.

De acordo com a população existente e considerando o rácio proposto de 1 reumatologista para cada 50.000 habitantes, conforme referido no capítulo anterior, impõe-se a criação de novos serviços em 20 hospitais onde são até agora inexistentes: CH do Alto Ave (Guimarães, Fafe), CH do Médio Ave (Famalicão, Santo Tirso), H. de Santa Maria Maior (Barcelos), CH Tâmega e Sousa (Vale do Sousa e Amarante), Unidade Local de Saúde (ULS) do Nordeste (Bragança), ULS Matosinhos,

CH Póvoa de Varzim – Vila do Conde, CH Porto, CH Leiria, HD de Santarém, CH Caldas da Rainha, H. de Vila Franca de Xira, CH de Lisboa Central, H. Prof. Dr. Fernando Fonseca, Hospital Cascais Dr. José Almeida, CH Barreiro e Montijo, CH Setúbal, ULS Norte Alentejano (Portalegre), ULS Baixo Alentejo (Beja), Hospital Espírito Santo (Évora).

Muitos dos serviços já existentes carecem de reforço urgente de recursos humanos: H. de Braga, CH Trás-os-Montes e Alto Douro (Vila Real, Chaves e Lamego), CH Gaia Espinho, CH Entre Douro e Vouga (Santa Maria da Feira, São João da Madeira e Oliveira de Azeméis), CH Cova da Beira (Covilhã), CH Baixo Vouga (Aveiro e Águeda), CH Tondela Viseu, ULS Guarda, ULS Castelo Branco, CH Médio Tejo (Torres Novas, Tomar) e CH Algarve (Faro e Portimão).

Com esta remodelação o território do continente ficará com 38 serviços de Reumatologia.

6.2 Dimensionamento dos quadros médicos

A presente proposta de dimensionamento dos serviços baseia-se em 4 princípios orientadores gerais:

1. Atividade assistencial em referência direta: 1 ETC (40h/semana) de trabalho específico em Reumatologia por cada 50.000 habitantes da área direta de referência.
2. Atividade assistencial em referência terciária: 1 ETC (40h/semana) de trabalho específico em Reumatologia por cada 500.000 habitantes da área de referência terciária.
3. Ensino pré-graduado: acréscimo de 20% de ETC sobre o tempo de trabalho assistencial previsto no ponto 1.
4. Quadro mínimo de 3 médicos, sendo que pelo menos um deve ser chefe de serviço.

Um quinto princípio específico contabilizará um acréscimo de 10% de ETC para os serviços com internos em formação e investigação científica comprovada, incluindo a

realização de ensaios clínicos. Esta recomendação contribuirá para o cumprimento da Resolução do Conselho de Ministros nº18/2015 de 7 abril.

Considerando, como regra geral, a existência de 1 reumatologista (em regime de 40h semanais em trabalho efetivo no serviço de Reumatologia, excluindo outras atividades como, por exemplo, o serviço de urgência, que não deve ser enquadrado na atividade clínica hospitalar da especialidade) para cada 50.000 habitantes, para um número de 10.562.178 habitantes (de acordo com o census 2011), seriam necessários 211 reumatologistas em ETC para satisfazer as necessidades assistenciais mínimas no SNS.

No entanto, o número de reumatologistas em cada serviço deve ter em conta o tipo de hospital e/ou de serviço. Este *rácio* será a regra nos serviços com referênciação de primeiro nível, ou seja, que recebem doentes enviados pelos Médicos de Família da área de referênciação. Nos hospitais com ensino pré-graduado, em média 20% do horário é ocupado com o ensino dos alunos, pelo que aqui se considera uma ponderação acrescida de 0.2 no cálculo das necessidades. Os serviços pertencentes a hospitais com maior diferenciação técnico-científica, que recebem doentes referenciados dos hospitais do primeiro nível e que, além dos seus internos de formação específica, também garantem a formação total ou em parte, de internos de outros hospitais sem idoneidade ou com idoneidade parcial e têm obrigações acrescidas na investigação, são aqui considerados como hospitais terciários. Nestes casos, o cálculo das necessidades de reumatologistas deverá ver acrescido o seu quadro em 1 ETC por 500.000 de área de referênciação terciária.

Por motivos de operacionalidade e formação médica contínua, cada serviço de Reumatologia deverá ter um quadro mínimo de 3 médicos, sendo que pelo menos um deve ser chefe de serviço.

A Tabela Anexa deste documento resume a aplicação destes princípios a cada um dos hospitais ou centros hospitalares.

6.3 Apoios necessários

As funções genéricas dos serviços diferem conforme o tipo de hospital em que se inserem, tendo sempre como objetivo a boa qualidade do desempenho nas vertentes assistencial, de investigação e de ensino pós-graduado (e em alguns também pré-graduado). Os serviços de Reumatologia deverão ter autonomia funcional, sendo de considerar a sua integração em Departamentos de Medicina ou em Departamentos mais alargados que englobem a Ortopedia e a Fisiatria^{††}. Embora se trate de uma especialidade essencialmente de ambulatório, deverá haver acesso a internamento, hospital de dia, laboratório, imagiologia e reabilitação. A realização de técnicas complementares de diagnóstico e tratamento (por ex., densitometria óssea, ecografia músculo-esquelética, capilaroscopia, artroscopia diagnóstica, biópsias de pele e de músculo, de glândulas salivares e sinoviais, sinoviorteses, lavagem articular, entre outras) e laboratório (por ex. microscopia de luz polarizada para observação de cristais, estudo de biópsias sinoviais) fazem parte da rotina reumatológica atual.

6.4 Articulação com os Cuidados de Saúde Primários

Os serviços de Reumatologia deverão articular-se com os CSP da área em que se inserem. Esta articulação, diferente conforme a área geográfica e o tipo de hospital em causa deve, contudo, basear-se em princípios de boa comunicação e consultoria prática, que facilitem o acesso e reduzam os tempos de espera para as consultas de Reumatologia. (ver Capítulo 4. Critérios de referenciação das doenças reumáticas e músculo-esqueléticas para Reumatologia).

6.5 Contratualização

É desejável que, de acordo com os recursos humanos e os meios físicos e tecnológicos disponíveis, cada serviço defina objetivos qualitativos e quantitativos, assistenciais e outros que, através de instrumentos e/ou mecanismos de avaliação previamente acordados, possam ser discutidos e ajustados superiormente sob a forma de compromisso periódico de desempenho.

^{††} Ver Capítulo 7. Gestão da implementação da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Reumatologia.

7. GESTÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE NACIONAL DE ESPECIALIDADE HOSPITALAR E DE REFERENCIAÇÃO DE REUMATOLOGIA

7.1 Implementação da RNEHRR até 2019

Este documento apresenta o quadro das necessidades nacionais de serviços de Reumatologia e de médicos desta especialidade de acordo com os quesitos de boa prática clínica e de adequada cobertura territorial, considerando as características específicas dos doentes portadores de DRM. O objetivo destinado de configurar a RNEHRR especificamente até 2019 torna necessário estabelecer algumas considerações.

Como se pode apreciar no capítulo 6 deste documento, muitos dos hospitais a que a RRHR publicada em 2002 destinava serviços de Reumatologia, ou ainda os não possuem, ou comportam quadros insuficientes de médicos desta especialidade. Ora a Portaria nº123-A/2015, de 19 de Junho, no nº2 do artigo 5º considera em vigor as redes de referenciação nacional já criadas e implementadas anteriormente como é o caso da rede de Reumatologia, de resto aprovada pela tutela em duas ocasiões (2000 e 2002). Tendo em conta o número de internos atualmente em formação e os que é possível formar continuamente até 2019, seria já muito interessante que nessa data estivesse cumprida a RRHR anteriormente publicada, o que não deve ser impedimento para a putativa abertura e início de funções de serviços programados de novo, nesta RNEHRR agora publicada. Esta situação, de incompleta e assimétrica cobertura nacional pela especialidade de Reumatologia, implica adaptações específicas de algumas instituições e serviços para ser garantida a assistência especializada aos doentes com DRM que dela necessitam. Referimos apenas 2 exemplos:

a) Instituto Português de Reumatologia

O IPR, “berço” da Reumatologia portuguesa, é uma IPSS com mais de 65 anos de existência e historicamente responsável pela formação de dezenas de reumatologistas e pelo tratamento de largos milhares de doentes reumáticos em articulação com o SNS. Por ser uma instituição de solidariedade social, o IPR não faz parte da rede de referenciação hospitalar. Contudo, a RRHR publicada em 2002

previa, na página 25, que os doentes da área de influência dos então Hospitais Cívicos de Lisboa, hoje Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), deveriam ser atribuídos ao IPR por inexistência de um serviço de reumatologia nesses hospitais¹. Previa, ainda, que este serviço fosse contratualizado com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) como vem acontecendo desde essa data. Hoje, o CHLC continua a não possuir o concurso de qualquer reumatologista e não se prevê que no espaço temporal dos próximos 4 anos esta situação se modifique substancialmente. Assim, justifica-se plenamente a manutenção desta contratualização IPR-ARSLVT pelo menos até a completa instalação de um serviço de Reumatologia no CHLC e/ou futuro Hospital Oriental de Lisboa.

b) Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN)

O serviço universitário de Reumatologia do Hospital de Santa Maria (HSM) foi, a seguir ao do Hospital São João do Porto, a segunda unidade hospitalar de Reumatologia a ter sido criada no país. Aí se formaram muitas dezenas de reumatologistas, incluindo vários dos atuais diretores de serviço de outros hospitais. É neste momento o serviço nacional com maior produção assistencial e científica. Esta situação deve-se não só às suas características intrínsecas, como também à missão de suprir as necessidades assistenciais que advêm da inexistência de serviços de Reumatologia em hospitais onde estavam previstos na RRHR de 2002. Avulta nesta situação a ausência da especialidade de Reumatologia no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, em que a assistência da sua população de influência direta (mais de 550 mil habitantes) é por isso garantida pelo serviço do CHLN-HSM. O seu quadro médico, por estes motivos mais alargado do que o previsto nos cálculos deste documento, parece-nos bem justificado até que seja completamente cumprida a rede agora proposta.

Assim, qualquer desequilíbrio na dimensão dos serviços públicos e/ou privados provocados pelo cumprimento integral da Rede deve ter em conta que CHLN-HSM e IPR, entre outros, contribuíram historicamente para compensar as falhas assistenciais que ocorreram durante anos. Por conseguinte, devem ser salvaguardados as perspectivas e os direitos das pessoas e das instituições, nomeadamente através de

preenchimento de posições nos quadros médicos nos novos serviços de Reumatologia que vão privar estes hospitais da sua área tradicional de referência. O IPR ou qualquer outro Serviço ou Consulta de Reumatologia actualmente existentes, poderão assegurar, de acordo com a sua capacidade, de forma provisória, e na sua totalidade ou de forma parcial, a referência das áreas abrangidas pelos Serviços de Reumatologia previstos neste documento e actualmente inexistentes, até à sua implementação (e sem prejuízo da mesma), através de contratualização com a respectiva Administração Regional de Saúde.

7.2 Outros aspectos para a gestão do funcionamento dos serviços de Reumatologia

a) Formação e investigação clínica

A formação contínua e a investigação biomédica são os dois mais importantes instrumentos para a permanente atualização técnico-científica dos médicos, visando sobretudo a excelência da sua prática clínica. É sabida a primordial e constante preocupação dos reumatologistas portugueses nestas áreas. Para isso têm desenvolvido instrumentos como o Registo Nacional de Doenças Reumáticas, Reuma.pt³, o Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas, EpiReumaPt⁴ e as Coortes de Doenças Crónicas não Transmissíveis, CoReumaPt³, que são suporte essencial para a investigação, sobretudo clínica, não só das DRM como de muitas outras patologias. A realização de estudos multicêntricos nacionais e a muito frequente colaboração em estudos internacionais é também uma imagem de marca da Reumatologia portuguesa. A produção científica, oral e escrita (que pode ser bem avaliada através dos instrumentos bibliométricos internacionais) e o número atual de doutorandos da Reumatologia portuguesa é largamente superior à média nacional. Deve, portanto ser estimulada a manutenção destas práticas em todos os serviços de Reumatologia, pelo que devem ser dotados dos meios materiais e humanos necessários e suficientes para manter estas atividades.

b) Colaboração funcional com as especialidades de Ortopedia e Medicina Física e de Reabilitação

Deverá existir uma adequada articulação funcional dos serviços de Reumatologia com os serviços de Ortopedia e de Medicina Física e de Reabilitação da sua área, de forma

a proporcionar, sempre que necessário, o adequado e rápido tratamento cirúrgico e/ou a reabilitação dos doentes reumáticos. Em alguns casos deverá mesmo ser estimulada, como em muitos outros países, a criação de unidades funcionais incluindo os serviços de Reumatologia, Ortopedia e Medicina Física e de Reabilitação, que assim poderiam, além de desempenhar as suas funções específicas, ser referência regional para resolução do avultado número de doentes reumáticos que carecem de abordagem cirúrgica e são preteridos pela enorme "carga" da traumatologia que invade os serviços ortopédicos portugueses. Da mesma forma a reabilitação funcional, quer dos doentes com DRM quer dos doentes após cirurgia ortopédica, poderia ser programada correta e atempadamente.

c) Centros de referência

O conceito de Centros de Referência (CR) foi criado devido à preocupação dos Parlamento e Conselho Europeus em 2011, e posteriormente do Governo Português, de aumentar a eficiência e reduzir os custos dos sistemas de saúde assegurando, contudo, a melhoria da qualidade dos cuidados assistenciais prestados e resultados alcançados de forma a garantir o crescimento e sucesso sustentados destes sistemas. Em Portugal, existe já legislação específica sobre o modelo de implementação, financiamento e concepção da forma de integração destes CR na Rede Hospitalar portuguesa. A criação e o reconhecimento dos CR reveste-se assim de importância estratégica para o SNS, devendo ser constituídos com o objetivo de concentrar casuística, perícia e recursos, nomeadamente de investigação, que permitam a referência com base na hierarquia de competências e na articulação com as redes de referência hospitalares nacional e internacionais.

Vários dos serviços de Reumatologia existentes dispõem, já hoje, da concentração casuística e dos recursos necessários para o diagnóstico, tratamento e investigação científica, nomeadamente clínica, das DRM e sobretudo, devido ao Reuma.pt, das DRM inflamatórias crónicas e das DRM sistémicas autoimunes. Estão, por isso, completamente habilitados e preparados para poder concorrer a CR, quando as autoridades governamentais estenderem este estatuto a algumas das DRM.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das DRM constituírem a mais frequente causa de doença humana, serem o principal motivo de dor e incapacidade funcional e originarem o maior número de consultas nos CSP, o nosso país não se encontra ainda apetrechado com os serviços de Reumatologia necessários para uma adequada cobertura nacional.

Reconhece-se um significativo aumento do número de reumatologistas e de serviços de Reumatologia desde a elaboração da RRHR publicada em 2002. Contudo, passados mais de 15 anos, os objetivos desse documento ainda não foram cumpridos. Os motivos são variados desde o insuficiente número de médicos especialistas em Reumatologia até à, muitas vezes mais importante, tenaz oposição e resistência de pessoas ou grupos defensores de outros interesses.

A crescente visibilidade e reconhecimento públicos da importância médica, económica e social das DRM, o esforço, competência e exemplo profissionais dos reumatologistas portugueses e o crescente número de novos especialistas garantem as condições para que esta realidade se altere. A consciência das autoridades da Saúde sobre toda esta problemática é bem demonstrada pela assunção da necessidade de elaborar uma nova Rede Nacional para Reumatologia. Os enormes avanços quer no conhecimento científico, quer nos meios disponíveis para o diagnóstico e tratamento de muitas das DRM mais graves, exige que os doentes que delas padecem sejam assistidos e tratados nos serviços e pelos especialistas de Reumatologia, indiscutivelmente melhor preparados para o fazer.

Com esta certeza e de acordo com a melhor prática clínica definida atual e internacionalmente, foram desenhados os critérios para a distribuição geográfica dos serviços de Reumatologia e para o número de médicos desta especialidade necessário em cada um desses serviços, que enformam esta RNEHRR.

O cumprimento e implementação deste documento visam exclusivamente que os doentes com DRM vejam as suas doenças melhor e mais precocemente diagnosticadas e tratadas, e que os reumatologistas possam ver assegurada a sua

plena realização profissional, na certeza de que assim estarão garantidos quer a poupança de meios e recursos quer a redução de gastos existentes nesta área.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia. <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIAÇÃO%20DE%20REUMATOLOGIA.pdf>. Accessed September 11th 2015.
2. Marques A, Branco JC, Costa JT, et al. Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas. Editor, Direção Geral da Saúde. Gráfica Maiadouro. Lisboa, 2005
3. ReumaPt. Registo Nacional de Doentes Reumáticos. <http://www.reuma.pt>. Accessed September 11th 2015.
4. Branco JC, Rodrigues AM, Gouveia N, et al. Prevalence and physical and mental health patterns of rheumatic and musculoskeletal diseases in Portugal: results from EpiReumaPt, a national health survey. RMD Open 2015 (*in press*).
5. A Saúde dos Portugueses. Perspectiva2015. Direção Geral da Saúde. Lisboa, 2015
6. Santana P, Peixoto A, Loureiro A, et al. Estudo da Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde (Relatório Final). Editor Universidade de Coimbra. Coimbra, Junho, 2013
7. Branco JC, Canhão H. Epidemiological study of rheumatic diseases in Portugal - EpiReumaPt. Acta Reumatol Port 2011;36:203-4.
8. Rodrigues AM, Gouveia N, Costa LP, et al. EpiReumaPt - the study of Rheumatic and Musculoskeletal diseases in Portugal: A detailed view of the methodology. Acta Reumatol Port 2015;40:110-124.
9. Gouveia N, Rodrigues AM, Ramiro S, et al. EpiReumaPt: how to perform a national population based study - a practical guide. Acta Reumatol Port 2015;40:128-136.
10. Yelin E, Callahan LF. The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. National Arthritis Data Work Groups. Arthritis Rheum 1995;38:1351-62.
11. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, et al. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychology, health & medicine 2007;12:225-35.
12. Jack C, Hazel E, Bernatsky S. Something's missing here: a look at the quality of rheumatology referral letters. Rheumatol Int 2012;32:1083-5
13. Gaydon SL, Thompson AE. Triage of referrals to an outpatient rheumatology clinic: analysis of referral information and triage. J Rheumatology 2008; 35:1378-83.

14. Cummins LL, Vangaveti V, Roberts LJ. Rheumatoid arthritis referrals and rheumatologist scarcity: a prioritization tool. *Arthritis Care Research* 2015; 67:326-31.
15. Denis Poddubnyy, Astrid van Tubergen, Robert Landewé, et al. Development of an ASAS-endorsed recommendation for the early referral of patients with a suspicion of axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:1483-7.
16. De Coster C, Fitzgerald A, Cepoiu M. Priority-setting tools for rheumatology disease referrals: a review of the literature. *Clin Rheumatol* 2008;27:1411-6.
17. Fitzgerald A, De Coster C, McMillan S, et al. Relative urgency for referral from primary care to rheumatologists: the priority referral score. *Arthritis Care Research* 2011; 63:231-9.
18. American College of Rheumatology. What is a Rheumatologist? <http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Health-Care-Team/What-is-a-Rheumatologist>. Accessed September 11th 2015.
19. The State of Play in UK Rheumatology. Insights into Service Pressures and Solutions. http://www.rheumatology.org.uk/includes/documents/cm_docs/2015/s/stateofplayukrheumatology.pdf. Accessed September 11th 2015.
20. Joensuu JT, Huoponen S, Aaltonen KJ, et al. The Cost-Effectiveness of Biologics for the Treatment of Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. *PLOS*. Published: March 17, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0119683.
21. National Audit Office (England) – “Services for people with Rheumatoid Arthritis – International comparison). http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2009/07/0809823_international_comparisons.pdf. Accessed September 11th 2015.
22. Eumusc.net – Report v5.0 – Musculoskeletal Health in Europe. <http://www.eumusc.net/myUploadData/files/Musculoskeletal%20Health%20in%20Europe%20Report%20v5.pdf>. Accessed September 11th 2015.
23. Miranda LC. A Realidade da Reumatologia Portuguesa em 2009: Uma Janela até 2019. *Acta Reumatol Port* 2009;34:337-47.
24. Marder WD, Meenan RF, Felson DT et al. The present and future adequacy of rheumatology manpower. A study of health care needs and physician supply. *Arthritis Rheum* 1991;34:1209-17.

25. Harrison MJ, Deighton C, Symmons DPM. An update on UK consultant workforce provision: The BSR/ARC Register 2005-07: Assessing the impact of recent changes in NHS provision. *Rheumatology* 2008;47:1165-9.
26. Rheuma Space, SPR, 2015. *In press*.
27. Ruiz AA, Fuentes JV, Molina JT, et al. Estandares de calidad asistencial en reumatologia. *Reumatol Clin*. 2007; 3:e1-20.
28. The Lewin Group, Workforce study of Rheumatologists, Final Report, ACR, May 2006. <http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/LewinReport.pdf>. Accessed September 11th 2015.