Avaliação do tempo de espera para consultas de Reumatologia em centro de atendimento terciário de Porto Alegre – RS

Evaluation of the waiting time for Rheumatology consultations at a tertiary care center of Porto Alegre – RS

JÚLIO CÉSAR SIMON – Especialista em Reumatologia. Médico e Chefe do Serviço de Reumatologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
MARCELO MALTCHIK – Especialista em Reumatologia. Médico do Serviço de Reumatologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
ELEONORA ESTRELA DA SILVA – Especialista em Reumatologia. Médica do Serviço de Reumatologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
VERA REJANE BRASIL DE LIMA – Graduação em Enfermagem.
MARKUS BREDEMEIER – Especialista em Reumatologia e Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Médico do Serviço de Reumatologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Serviço de Reumatologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS.

✉ Endereço para correspondência:
Júlio César Simon
Av. Francisco Trein, 596, sala 2048
91350-200 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 33572493
(51) 33627654
sjulio@ghc.com.br

RESUMO

Objetivo: avaliar o tempo de espera para uma primeira consulta de Reumatologia no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) de Porto Alegre, RS. **Métodos:** num estudo transversal, os médicos do Serviço de Reumatologia do HNSC coletaram informações referentes a todas as primeiras consultas num período de 6 meses. Além de características demográficas, foram registradas as hipóteses diagnósticas, a data do encaminhamento, município de origem, a urgência do caso e se o paciente atendido substituiu a outro que desistiu da consulta. **Resultados:** das 615 consultas agendadas, 487 (79,2%) pacientes compareceram. O tempo de espera para a consulta variou entre 3 dias e 8 anos (mediana = 3,8 meses, percentis 25-75 = 1,5-10,0, média ± DP = 7,8 ± 11,1 meses). Em modelo de regressão logística múltipla, os fatores associados a uma espera ≥ 10 meses foram as consultas de substituição, a idade e as procedências de Novo Hamburgo e de Alvorada, enquanto casos urgentes foram associados a uma espera < 10 meses. No entanto, esse modelo apresentou baixa capacidade para identificar pacientes com tempo prolongado de espera (estatística C=0,70). Aproximadamente metade dos pacientes apresentavam quadros clínicos como fibromialgia, osteoartrose ou reumatismos de partes moles, sem suspeita de sobreposição com quadros poliarticulares inflamatórios. **Conclusão:** há grande variabilidade no tempo de espera para consulta de Reumatologia na amostra estudada, e freqüentemente não se puderam identificar as causas de uma longa espera. Grande parte dos pacientes encaminhados poderia ser satisfatoriamente atendida em nível primário ou secundário.

UNITERMOS: Referência e Consulta, Reumatologia, Atendimento Ambulatorial, Assistência Ambulatorial, Listas de Espera, Práticas de Saúde Pública.

ABSTRACT

Aim: *To evaluate the waiting time for a first rheumatological consultation at the Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) of Porto Alegre, South Brazil.* ***Methods:*** *In a cross-sectional study, the clinicians of the Rheumatology Service of the HNSC collected information regarding all the first consultations in a 6-month period. The collected data included demographic characteristics, hypothetical diagnoses, date of referral, place of residence, case urgency, and whether the patient was replacing some other patient who called off the visit.* ***Results:*** *Of 615 scheduled appointments, 487 (79.2%) patients attended. The waiting time for consultation ranged from 3 days to 8 years (median = 3.8 months, percentiles 25-75 = 1.5-10.0, mean ± SD = 7.8 ± 11.1 months). In a model of multiple logistic regression, the factors associated with waiting ≥ 10 months were substitute consultations, age, and coming from the municipalities of Novo Hamburgo and Alvorada, while urgent cases were associated with waiting ≥ 10 months. However, this model was poorly able to identify patients with a long waiting time (statistics 'c'= 0.70). About half the patients presented such clinical pictures as fibromyalgia, osteoarthritis, or rheumatism of soft tissues, without suspicion of overlapping inflammatory polyarticular conditions.* ***Conclusion:*** *There is great variability in the waiting time for consultation with a Rheumatology specialist in the sample studied; often the causes for the long waiting time could not be identified. Many of the referred patients would benefit from primary or secondary care.*

KEYWORDS: *Referral and Consultation, Rheumatology, Outpatient Care, Waiting Lists, Public Health Practices.*

INTRODUÇÃO

"A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do estado de garantir a saúde consiste no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação." Isso é descrito na Lei nº. 8.080, de 19/09/1990, lei reguladora das ações e serviços do SUS (Sistema Único de Saúde) (1). Apesar do que está na lei, parece haver uma percepção geral entre a população, e mesmo entre os médicos, de que o atendimento especializado no SUS é difícil de se obter. Parte do problema refere-se, especificamente, à morosidade em se conseguir uma consulta ambu-

Recebido: 2/10/2008 – Aprovado: 4/11/2008

13-274_avaliação.pmd 303 18/12/2008, 15:41

latorial de especialidade quando solicitada em uma unidade básica de saúde. No atendimento no Ambulatório de Reumatologia do HNSC, observamos uma grande variabilidade no tempo que os pacientes levam para consultar após serem encaminhados a partir de suas Unidades de Saúde. Também observamos que, aparentemente, não há priorização para casos com relativa urgência de atendimento.

Apesar da observação desses problemas, não temos conhecimento de trabalhos científicos que avaliem o encaminhamento dos pacientes a especialistas de Reumatologia que atendem pelo SUS em nosso meio. Diante disso, resolvemos realizar um estudo para analisar quantitativamente essa questão.

MATERIAL E MÉTODOS

Num estudo transversal, os médicos do Serviço de Reumatologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição coletaram informações referentes a todas as primeiras consultas num período de 6 meses (de 11/09/07 a 10/03/08). As seguintes informações coletadas e registradas: registro no HNSC, comparecimento ou não à consulta, idade, sexo, data do encaminhamento a partir da unidade de saúde de origem, fonte da data do encaminhamento (data constante na solicitação da consulta especializada ou data fornecida pelo paciente), hipóteses diagnósticas formuladas durante a consulta (até 3 poderiam ser registradas), urgência ou não do encaminhamento (julgado pelo reumatologista), data da consulta com reumatologista no HNSC, cidade de origem e se o paciente que compareceu está substituindo outro que desistiu da consulta (sim ou não). Julgamos que não seria necessário assinatura do termo de consentimento informado pelos pacientes, pois o estudo não determinou nenhum risco aos pacientes e não necessitou de procedimentos além da consulta normalmente realizada. O estudo foi aprovado de Comitê de Ética do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Análise estatística. Os dados foram digitados, conferidos e corrigidos em banco de dados criado no programa EpiInfo versão 6. Valores extremos de tempo de espera (menores do que um mês e maiores do que um ano) foram conferidos mais uma vez na fase de análise dos resultados. Em alguns casos, os pacientes foram contatados novamente para o esclarecimento de dúvidas. A análise estatística foi feita utilizando-se os programas EpiInfo versão 6 e SPSS for Windows versão 11.0. Variáveis categóricas foram apresentadas como números e proporções, variáveis quantitativas com distribuição normal como médias e desvios-padrões e variáveis quantitativas com distribuição não-normal como mediana e percentis 25 e 75 (P25-75). Os testes estatísticos utilizados foram o teste do qui-quadrado (comparações envolvendo somente variáveis categóricas), e o teste *t* de Student (comparações envolvendo variáveis quantitativas normais entre duas categorias), o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis (comparações envolvendo variáveis quantitativas não-normais entre duas e mais categorias, respectivamente). O teste de Dunn foi usado para avaliação de contrastes após o Kruskal-Wallis. Associações envolvendo variáveis contínuas não-normais foram feitas com o teste de correlação de Spearman (r_S). Foram considerados significativos testes estatísticos apresentando um valor $P \leq 0,05$ (bicaudal).

Para avaliação da associação dos fatores em estudo com o tempo prolongado de espera para a consulta, elaborou-se um modelo de regressão logística. As variáveis para inclusão no modelo foram selecionadas utilizando o método *forward stepwise*, cujo critério de entrada e retenção da variável foi um $P \leq 0,1$. A calibragem do modelo foi testada com o teste de Hosmer-Lemeshow de *goodness of fit*, e o poder discriminatório do modelo, através da estatística C, que é equivalente à área sob a curva ROC (2).

RESULTADOS

A descrição dos 615 pacientes encaminhados para primeira consulta na Reumatologia do HNSC no período em estudo é apresentada na Tabela 1. Pacientes que compareceram foram em média mais idosos que os que faltaram (média de idade 52,2 ± 14,4, n = 480 versus 48,9 ± 15,4 anos, n = 114; P = 0,031), mas não houve diferença significativa com relação a sexo (78,3% de comparecimento no sexo masculino, contra 79,4% no feminino) ou procedência (77,7% de comparecimento nos pacientes de Porto Alegre *versus* 80,9% nos do interior). A descrição do tempo de espera para a consulta dos pacientes que compareceram (que variou entre 3 dias e 8 anos) encontra-se na Tabela 1 e na Figura 1.

A avaliação dos possíveis fatores associados ao tempo de espera para a consulta está descrita na Tabela 2. Observa-se que pacientes procedentes da capital, aqueles com relativa urgência de atendimento (de acordo com o julgamento do reumatologista) e aqueles com doenças poliarticulares inflamatórias apresentaram tempo de espera mais curto até a consulta. Houve tendência estatística de que pacientes que representam substituições tivessem um tempo de espera maior para a consulta. Não houve diferenças significativas no tempo de espera com relação à fonte da informação sobre a data de solicitação da consulta com o reumatologista. A idade correlacionou-se positivamente com o tempo de espera para consulta ($r_S = 0,11$, n = 475, P = 0,018).

A Tabela 3 compara o tempo de espera para a consulta de pacientes provenientes de cidades do interior que enviaram 10 ou mais indivíduos (entre aqueles que compareceram ou não). Observa-se que pacientes de Novo Hamburgo e de Alvorada destacaram-se pelo tempo de espera mais prolongado, em comparação com aqueles provenientes das outras cidades incluídas nesse teste.

A Tabela 4 apresenta resultados de um modelo de regressão logística múl-

13-274_avaliação.pmd 304 18/12/2008, 15:41

Tabela 1 – Características dos pacientes encaminhados para primeira consulta (total de 615 pacientes)

Sexo feminino – n (%)	495 (80,5)
Idade (anos) – média ± DP	51,6 ± 14,6*
Comparecimento à consulta – n (%)	487 (79,2)
Procedência: Porto Alegre – n (%)	337 (54,8)
Interior – n (%)	278 (45,2)
Tempo de espera para consulta (meses): média ± DP	7.8 ± 11,1**
mediana (P25-75)	3,8 (1,5-10,0)
mínimo – máximo	0,1 – 96,0

* Calculado sobre um total de 594 pacientes com registro apropriado da data de nascimento.
** Valores calculados sobre um total de 482 pacientes cuja data de encaminhamento pôde ser determinada.

tipla, avaliando os fatores associados a um tempo de consulta maior ou igual a 10 meses (percentil 75% do tempo de espera para a consulta). As variáveis independentes testadas para inclusão no modelo são a idade e aquelas apresentadas nas Tabelas 2 e 3. Entre essas variáveis, as selecionadas pelo método *stepwise* indicam que o aumento da idade, as consultas de substituição e aquelas procedentes de Alvorada e Novo Hamburgo estão associadas a tempo de espera maior para a consulta. Por outro lado, as situações clínicas consideradas urgentes foram associadas a um menor tempo de espera. O teste de Hosmer-Lemeshow (que apresentou um valor P distante da significância estatística) mostrou que o modelo tem uma calibragem adequada, mas a estatística 'c' mostrou um poder discriminatório relativamente fraco. Substituindo-se a variável 'necessidade de avaliação urgente' pela variável 'diagnóstico ou suspeita de doença poliarticular inflamatória', os resultados do modelo são bastante semelhantes, já que ambas estão fortemente associadas entre si ($P < 0,001$).

A Tabela 5 mostra as freqüências de alguns dos diagnósticos mais freqüentemente realizados ou suspeitados nas primeiras consultas. Observa-se que os quadros mais prevalentes foram a osteoartrose, os reumatismos de partes moles e a fibromialgia. A presença de pelo menos um desses diagnósticos ocorreu em 251 pacientes (51,6% do total dos pacientes analisados). A suspeita de sobreposição com quadros poliarticulares inflamatórios (artrite reumatóide, outras colagenoses, incluindo polimialgia reumática e vasculites sistêmicas, espondiloartropatias e artrites da infância) foi baixa (4,4%) nesses pacientes.

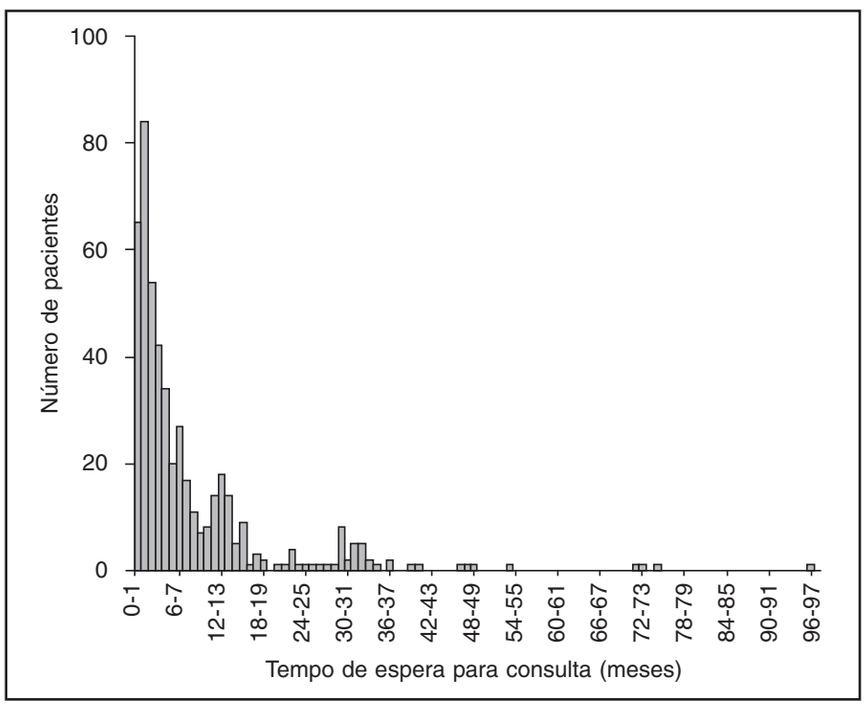


Figura 1 – Freqüências dos tempos de espera para a consulta de Reumatologia no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste trabalho fazem um retrato dos pacientes encaminhados para consulta especializada de Reumatologia num centro terciário de atendimento. É provável que os pacientes encaminhados para outros centros da Capital (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUC e Santa Casa de Misericórdia de Porto alegre) tenham um perfil semelhante. A grande maioria dos pacientes encaminhados são mulheres, e a procedência mais freqüente foi o município de Porto Alegre.

Constatou-se uma grande variabilidade no tempo de espera dos pacientes encaminhados que compareceram à consulta. Apesar de que metade dos pacientes foi atendida dentro de aproximadamente quatro meses, um quarto dos pacientes teve que esperar 10 meses ou mais. Alguns pacientes esperaram vários anos, enquanto outros aguardaram somente alguns poucos dias. Não pudemos encontrar uma explicação clara para esses resultados, mas possivelmente está relacionada à forma como as consultas são distribuídas e agendadas.

13-274_avaliação.pmd 305 18/12/2008, 15:41

Tabela 2 – Comparação do tempo de espera (em meses) para a consulta de acordo com possíveis fatores associados

Variáveis	Mediana (percentis 25-75)	Mín.-máx.	P*
Sexo: Masculino (n = 92)	5,0 (1,5-11,9)	0,2-96,0	0,307
Feminino (n = 390)	3,6 (1,5-9,2)	0,1-74,7	
Procedência: Porto Alegre (n = 260)	3,3 (1,3-8,9)	0,1-72,0	0,025
Outros municípios (n = 222)	4,3 (1,8-11,8)	0,3-96,0	
Consulta marcada em substituição a paciente que desistiu da consulta:			
Sim (n = 123)	5,0 (1,3-13,8)	0,1-74,7	0,081
Não (n = 359)	3,5 (1,5-7,9)	0,2-96,0	
Necessidade de avaliação urgente:			
Sim (n = 208)	3,3 (1,4-7,8)	0,1-96,0	0,035
Não (n = 271)	4,4 (1,6-11,8)	0,2-72,0	
Diagnóstico ou suspeita de doença poliarticular inflamatória:**			
Sim (n = 149)	3,0 (1,4-7,1)	0,1-36,1	0,008
Não (n = 333)	4,4 (1,5-11,8)	0,2-96,0	
Fonte de informação sobre a data de encaminhamento:			
Folha de encaminhamento (n = 378)	3,6 (1,4-10,6)	0,1-74,7	0,621
Data informada pelo paciente (n = 104)	4,3 (1,8-8,0)	0,2-96,0	

* Teste de Mann-Whitney.** Artrite reumatóide, outras colagenoses (incluindo polimialgia reumática e vasculites sistêmicas), espondiloartropatias soronegativas e artrites da infância.

Tabela 3 – Comparação do tempo de espera (em meses) de pacientes de municípios do interior do Estado

Município do interior	Mediana (percentis 25-75)	Mín.-máx.	P*
Novo Hamburgo (n = 18)	29,5 (17,2-31,4)^{A}**	2,3-47,2	< 0,001
Ivoti (n = 12)	1,6 (1,2-3,0)^{C}	0,9-7,1	
Sapiranga (n =17)	2,2 (1,4-12,0)^{B,C}	0,3-36,1	
Parobé (n = 11)	6,3 (2,3-8,6)^{B,C}	0,5-13,6	
Torres (n = 10)	4,3 (1,8-8,2)^{B,C}	0,3-24,0	
Alvorada (n = 9)	28,6 (12,2-31,0)^{A,B}	0,7-53,9	

* Teste de Kruskal-Wallis.** As letras em sobrescrito representam grupos determinados pelo teste de Dunn (P < 0,05).

Tabela 4 – Modelo de regressão logística múltipla que tem como variável dependente o tempo de espera para consulta ≥ 10 meses

Variáveis independentes	Razão de chances (IC 95%)	P
Consulta de substituição	2,27 (1,39-3,70)	0,001
Necessidade de avaliação urgente	0,53 (0,33-0,86)	0,010
Idade (anos)	1,02 (1,00-1,04)	0,025
Procedência de Novo Hamburgo	19,34 (5,14-72,72)	< 0,001
Procedência de Alvorada	14,71 (2,77-78,04)	0,002

N = 472. Teste de Hosmer-Lemeshow, P = 0,587. Área sob a curva ROC (estatística 'c') = 0,70 (intervalo de confiança de 95%: 0,64-0,75). A constante foi incluída no modelo para os cálculos dos coeficientes.

Entre os fatores que pudemos identificar, o menor tempo de espera associado a casos urgentes e/ou poliartropatias inflamatórias sugere que, de alguma forma, é possível obter uma consulta com maior presteza. No entanto, mesmo casos considerados urgentes podem ter que esperar muitos anos para consultar (Tabela 2). A associação da idade com um maior tempo de espera provavelmente se explica pela priorização de pacientes mais jovens, onde os quadros reumatológicos costumam ser mais graves e associados à limitação da capacidade de trabalho. As consultas de substituição são possivelmente oferecidas com maior freqüência a pacientes que estão aguardando há muito tempo pela consulta reumatológica, o que explicaria a associação dessa variável com um tempo prolongado de espera no modelo de regressão logística.

Resultados das análises bivariada e multivariada revelaram que os municípios de Alvorada e Novo Hamburgo foram relacionados a tempos bastante prolongados de espera para a consulta. Parece razoável supor que a necessidade de consultas reumatológicas dessas cidades seja bem maior do que é oferecido, o que pode explicar, pelo menos parcialmente, os resultados observados.

O tempo médio de espera para a consulta foi de 7,8 meses. Isso significa que, se todos os pacientes fossem obrigados a permanecer pelo mesmo período de tempo na fila de espera, todos levariam quase 8 meses para ser atendidos. Parece bastante óbvio que

13-274_avaliação.pmd 306 18/12/2008, 15:41

Tabela 5 – Diagnósticos realizados ou suspeitados durante as primeiras consultas de reumatologia no HNSC*

Artrite reumatóide	61 (12,6)
Colagenoses	53 (10,9)
Espondiloartropatias	32 (6,6)
Fibromialgia	80 (16,5)
Dores mecânicas em coluna	24 (4,9)
Reumatismos de partes moles	91 (18,7)
Artropatias microcristalinas	19 (3,9)
Osteoartrose	105 (21,6)
Osteoporose	15 (3,1)
Artrites juvenis	7 (1,4)

* Os valores representam o número de pacientes e o percentual calculado sobre um total de 486 casos. Cada paciente poderia ter mais de um diagnóstico registrado.

a maioria dos pacientes não pode esperar por tanto tempo; mesmo em casos de menor urgência, essa demora já seria um problema. Isso aponta para uma carência importante no oferecimento de consultas para a Reumatologia no Estado do Rio Grande do Sul. Nos Estados Unidos da América (EUA), um estudo recente mostrou um tempo médio de 38 dias de espera para uma primeira consulta reumatológica (3); no Reino Unido, para consultas pelo *National Health Service*, a mediana de tempo de espera é de 10 semanas (com percentil 75% de 12 semanas) (4). Esses tempos de espera, considerados longe do ideal em seus países de origem, são bem menores dos que observamos no nosso meio. Aqui, esse parece ser um problema antigo, persistindo apesar da troca de equipes gestoras da saúde. Em nosso serviço, atendemos em 6 meses aproximadamente 500 novos pacientes distribuídos entre quatro médicos. Como a Reumatologia trata freqüentemente de problemas crônicos que exigem atendimento especializado, comumente não é possível ou aconselhável contra-referenciar os pacientes para seguir acompanhamento nas unidades básicas de saúde. Outros pacientes, como aqueles com reumatismos crônicos de partes moles (tendinopatias, por exemplo), comumente tornam-se 'dependentes' de consultas com o especialista pela necessidade de laudos médicos em função de exigências do INSS. Pacientes que, em função de estarem clinicamente controlados e permanecerem em tratamento contínuo, poderiam ser atendidos em consultas mais espaçadas, freqüentemente retornam antes da data agendada devido à exigência de receitas novas por parte de alguns dos postos de saúde que distribuem medicamentos. Esses fatores causam uma sobrecarga significativa dos serviços e profissionais de saúde da área da Reumatologia, além de prejudicarem a qualidade do atendimento e gerarem insatisfação nos pacientes e médicos.

Por outro lado, observamos que quase metade dos pacientes apresentou problemas como osteoartrose, fibromialgia ou reumatismo de partes moles sem suspeita de quadros poliarticulares inflamatórios. A maioria desses pacientes talvez pudesse ser manejada satisfatoriamente por reumatologista trabalhando junto ao nível secundário de atendimento ou mesmo em nível primário, sem necessidade de encaminhamento para o nível terciário. Formas leves a moderadas de quadros inflamatórios poliarticulares também poderiam ser manejadas adequadamente em nível secundário. No entanto, temos observado uma redução significativa do número de reumatologistas atendendo em nível secundário no município de Porto Alegre. Vagas deixadas por reumatologistas que se aposentam ou simplesmente desistem do trabalho em unidades de saúde freqüentemente não são repostas. Em nosso serviço, temos recebido (como primeiras consultas) diversos pacientes que eram atendidos nas unidades de saúde que antes contavam com um reumatologista. A redução de disponibilidade de atendimento reumatológico contrasta com a demanda crescente de atendimento pela especialidade (observada também nos EUA) (3, 5) em função do crescimento e envelhecimento da população.

O setor da ortopedia e traumatologia, outra especialidade com foco no sistema músculo-esquelético, também parece afetado por problemas semelhantes aos da reumatologia. Um manifesto publicado recentemente pela Sociedade de Ortopedia e Traumatologia do Rio Grande do Sul (SOT-RS) aponta para grande defasagem na oferta de consultas e leitos cirúrgicos para os usuários do SUS em Porto Alegre (6). Podemos observar diretamente esses problemas diante da dificuldade em conseguir atendimento cirúrgico para alguns pacientes quando necessário.

As possíveis soluções para os problemas apontados neste artigo merecem considerações cautelosas. Experiências prévias sugerem que simplesmente aumentar a oferta de consultas, visando a reduzir a lista de espera, apenas encoraja o aumento de número de encaminhamentos (7, 8). A solução perece estar numa maior comunicação entre o clínico geral ou médico comunitário e o reumatologista. Na Espanha, um estudo quase-experimental avaliou a realização de reuniões bissemanais de reumatologistas com clínicos gerais durante um ano (9). Nos encontros, eram discutidos casos clínicos e diretrizes (*guidelines*) locais de avaliação e tratamento de 10 patologias músculo-esqueléticas prevalentes. Entre os 117 clínicos orientados por um total de quatro reumatologistas, o número de encaminhamentos para o serviço de Reumatologia caiu de 1.652 para 1.141, o tempo de espera para consultas não-urgentes no serviço de Reumatologia reduziu-se de 7 meses para 1 mês e o número de pacientes na lista de espera caiu de 790 para 51 (9). Outro estudo (10), realizado na Holanda, mostrou redução de 62% nos encaminhamentos para serviço de Reumatologia entre clínicos que realizaram consultas conjuntas com um reumatologista. É possível que soluções desse tipo também possam ser implementadas em

13-274_avaliação.pmd 307 18/12/2008, 15:41

nosso meio, sendo necessária para isso uma estruturação adequada e consistente dos serviços de atendimento primário.

Uma possível limitação de nosso estudo é que, em parte dos atendimentos, o tempo de espera foi estimado a partir de informações fornecidas pelos pacientes. No entanto, acreditamos que esse fato teve pouca influência nos resultados, pois ocorreu em somente 21,6% dos casos. Além disso, não houve diferença estatística entre as fontes da informação (paciente *versus* folha de encaminhamento) quanto ao tempo de espera. É provável que, na verdade, o nosso estudo tenha subestimado o tempo de espera para as consultas, já que eventuais pacientes que esperam e nunca chegaram a ser chamados não foram computados na amostra.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados, concluímos que a forma como são encaminhados os pacientes para a consulta especializada em Reumatologia apresenta problemas significativos. O tempo de espera pode ser longo, mesmo para casos considerados urgentes. O problema parece ser agravado pelo número relativamente reduzido de profissionais que atuam pelo SUS na área da Reumatologia em nosso meio. É possível que o encaminhamento para outras especialidades também tenha problemas semelhantes.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Guilherme Ribeiro Reinaldo, Terezinha Braga dos Santos, Nilcéa da Graça de Oliveira Selenti, Márcia Salete Petry, Adriana Maria da Costa e Fernanda Simon (nossos colaboradores no Serviço de Reumatologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição), a José Risotto pelo seu valoroso auxílio. Agradecemos também a Iara Salin Gonçalves pela revisão do texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990.
2. Margolis DJ, Halpern AC, Rebbeck T, et al. Validation of a melanoma prognostic model. Arch Dermatol 1998; 134:1597-1601.
3. Deal CL, Hooker R, Harrington T, Birnbaum N, Hogan P, Bouchery E, Klein-Gitelman M, Barr W. The United States rheumatology workforce: supply and demand, 2005-2025. Arthritis Rheum 2007; 56:722-9.
4. Harrison MJ, Deighton C, Symmons DP. An update on UK rheumatology consultant workforce provision: the BSR/ARC Workforce Register 2005-07: assessing the impact of recent changes in NHS provision. Rheumatology (Oxford) 2008; 47:1065-9.
5. Birnbaum N. American College of Rheumatology response to the 2006 rheumatology workforce study. Arthritis Rheum 2007; 56:730-1.
6. Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS). Traumatologia reclama de descaso. Revista Vox Medica 2008; nº 42:24.
7. Bamji AN. Waiting times and referrals. Rheumatology (Oxford) 2000; 39:349-52.
8. Kirwan JR. Rheumatology out-patient workload increases inexorably. Br J Rheumatol 1997; 36:481-6.
9. Surís X, Cerdà D, Ortiz-Santamaría V, Ponce A, Simón JL, Calvo E, Torras MJ, Hoyo G. A rheumatology consultancy program with general practitioners in Catalonia, Spain. J Rheumatol 2007; 34:1328-31.
10. Schulpen GJ, Vierhout WP, van der Heijde DM, Landewé RB, Winkens RA, van der Linden S. Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: does it matter? Ann Rheum Dis 2003; 62:159-61.

13-274_avaliação.pmd 308 18/12/2008, 15:41