

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDA MARIA BORGHI

DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM EM REUMATOLOGIA NO MUNICÍPIO DE  
MARINGÁ - PR

CURITIBA

2020

FERNANDA MARIA BORGHI

DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM EM REUMATOLOGIA NO MUNICÍPIO  
DE MARINGÁ – PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicina Interna e Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Candido Kowalski  
Co-orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Donadio

CURITIBA

2020

B732 Borghi, Fernanda Maria  
Descrição do sistema de triagem em reumatologia no município de Maringá – PR [recurso eletrônico] / Fernanda Maria Borghi. – Curitiba, 2020.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Candido Kowalski  
Coorientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Donadio

1. Reumatologia. 2. Atenção primária à saúde. 3. Triagem. I. Kowalski, Sérgio Candido. II. Donadio, Paulo Roberto. III. Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: WE 544



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MEDICINA INTERNA E  
CIÊNCIAS DA SAÚDE - 40001016012P1

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICINA INTERNA E CIÊNCIAS DA SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **FERNANDA MARIA BORGHI** intitulada: **DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM EM REUMATOLOGIA NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ - PR**, sob orientação do Prof. Dr. SERGIO CANDIDO KOWALSKI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 29 de junho de 2020.

Assinatura Eletrônica

06/07/2020 17:08:50.0

SERGIO CANDIDO KOWALSKI

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

13/07/2020 15:17:06.0

MARCOS BOSI FERRAZ

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

Assinatura Eletrônica

29/06/2020 16:38:31.0

ROBERTO ZONATO ESTEVES

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

Rua General Carneiro, 181 - CURITIBA - Paraná – Brasil

CEP 80080-900 – Tel: (41) 3360-1073 - E-mail: ppgmedicina@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 44266

Para autenticar este documento/assinatura, acesse

<https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 44266

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida e pela saúde para a realização deste projeto, por ter me guiado e amparado por tantas vezes ao longo dessa caminhada que chamamos de vida.

Aos meus pais, Jovelina Morteau Borghi e José Antonio Borghi, por terem me dado a vida e uma família. Por me mostrarem que tudo é possível, que o amor à profissão é fundamental e é o que faz tudo valer a pena, e também por serem meus exemplos, meu porto seguro e fonte de apoio incondicional.

Ao meu irmão, Mestre Vitor José Borghi, que é um modelo admirável de irmão no sentido mais completo que se pode esperar, e que, apesar de mais novo, é uma voz da minha consciência e me inspira a decisões mais corretas. Amo tanto vocês três, que depois de escrever 80 páginas, me faltam palavras que expliquem esse sentimento.

Ao meu orientador Dr Sérgio Candido Kowalski, uma pessoa espetacular, daquelas com alma evoluída e um pensamento que não se pode parar, por ter me inspirado pessoalmente e profissionalmente.

Ao meu co-orientador Dr Paulo Roberto Donadio, por ter estado ao meu lado durante todo o percurso e por ter pego a minha mão muitas vezes para me guiar pelo caminho adequado. Seu amor pela docência estimula quem está em sua convivência. Você é a verdadeira definição de mestre.

À minha amiga Luciane Garcia Verschor e sua família (Bruno e Pedro), pela amizade incondicional, por ter me aberto as portas da sua casa e terem se tornado minha família em Curitiba.

À minha prima Me Camila Borghi Rodrigueiro e sua mãe Dra Celma Regina Borghi Rodrigueiro, que me ajudaram com os caminhos burocráticos e me sanaram muitas dúvidas práticas de mestranda.

Às minhas amigas Nathália Cabral Bergamasco e Mariana Marins Canever, por terem me abrigado tantas vezes, tornando minhas passagens por Curitiba muito mais leves e alegres.

Aos meus preceptores da reumatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, nosso querido HC, por terem despertado meu interesse, por terem me formado e me inspirado nessa especialidade tão maravilhosa que é a Reumatologia, pela qual sou apaixonada.

“Successful health workforce planning is critical to the sustainability of a healthcare system as it encompasses the delivery of the right care, in the right place, at the right time, by the right number of people, to those most in need.”

World Health Organization. *Can J Nur Res.*  
2002;33(4):109–14.)

## RESUMO

As doenças reumáticas englobam um grupo de mais de 100 doenças que têm em comum o acometimento do sistema musculoesquelético, variando na forma de apresentação e evolução. Algumas têm evolução rápida, envolvem órgãos internos e necessitam de tratamento em curto período, como as doenças autoimunes/autoinflamatórias. Em muitos países o acesso a consulta em reumatologia é limitado e o tempo de espera é maior que o recomendado. O objetivo deste trabalho foi avaliar as características dos pacientes que aguardam consulta em reumatologia no município de Maringá, considerando também o tempo de espera e a qualidade dos encaminhamentos. A amostra de 999 pacientes teve predomínio do sexo feminino (85%), idade média (DP) de 53(14) anos e raça branca (73%). O tempo de espera variou de 5 a 2.871 dias, com média (DP) de 605(464) dias e mediana (IIQ) de 447(422) dias. A diferença de tempo de espera observada entre os graus de prioridade para atendimento não foi estatisticamente significativa. Sobre a qualidade dos encaminhamentos, apenas 16% possuía dados complementares, como exame físico, exames complementares ou tratamentos prévios. Tendo em vista os resultados alcançados neste trabalho, estratégias devem ser adotadas para que os encaminhamentos da atenção primária para reumatologistas sejam otimizados.

**Palavras-chave:** atenção básica à saúde, reumatologia, triagem

## ABSTRACT

Rheumatic diseases encompass more than 100 pathologies that share the same involvement of the musculoskeletal system varying in their ways of manifestation and evolution. Some of these pathologies evolve rapidly, comprise internal organs and demand short-term treatment such as the ones applied to autoimmune/autoinflammatory diseases. In many countries, the access to a rheumatologist is limited and the waiting time exceeds the recommendations for treatment. The objective of this research was to assess patients' profiles in these waiting lists for rheumatology treatment considering the waiting time and quality of the referrals. 999 patients were selected. 85% were female, the mean(SD) age was 53(14) years and 73% were white. The waiting time ranged from 5 to 2.871 days, with the mean(SD) of 605(464) days and median (IQR) of 447(422) days. The waiting time difference between the priority levels was not statistically significant. Regarding the quality of the referrals, only 16% had data about physical findings, complementary exams or previous treatment. Considering the results obtained from this study, strategies must be adopted so that future referrals from primary care to rheumatology consultations become optimized.

**Keywords:** basic attention to healthcare, rheumatology, screening.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de Regionais de Saúde do Estado do Paraná.....	40
Figura 2 - Fluxograma - Definição da Amostra de Estudo.....	46
Figura 3 - Dados da Sociedade Brasileira de Reumatologia .....	88
Figura 4 - Modelo de Carta de Encaminhamento.....	95

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de pacientes em lista de espera para consulta em reumatologia – PR..	87
Tabela 2 - Profissões dos Pacientes da Amostra.....	89
Tabela 3 - Encaminhamentos por UBS.....	91
Tabela 4 - Tempo Médio de Espera de Atendimento por CID.....	93
Tabela 5 - Categoria x Prioridade (n, %).....	94

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da idade dos pacientes no momento do atendimento .....	47
Gráfico 2 - Número de pacientes atendidos em relação ao tempo de espera para consulta reumatológica .....	49
Gráfico 3 - Intervalo de tempo de espera para consulta em relação às prioridades descritas nos encaminhamentos* .....	50

## LISTA DE SIGLAS

ACR - Colégio Americano de Reumatologia  
AINEs – Anti-inflamatórios Não Esteroidais  
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANTI CCP - Anticorpo anti Peptídeo Citrulinado Cíclico  
AR - Artrite Reumatoide  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CF - Constituição Federal  
CFM - Conselho Federal de Medicina  
CID - Código Internacional de Doenças  
CRIE - Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais  
CRM - Conselho Regional de Medicina  
DAI - Doenças Autoimunes  
DMARDs - Drogas Modificadoras do Curso da Doença Reumatológica  
EA - Espondilite Anquilosante  
EULAR - Liga Europeia de Combate ao Reumatismo  
FAN - Fator Antinuclear  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
ILAR - Liga Internacional das Associações de Reumatologia  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
LES - Lúpus Eritematoso Sistêmico  
MS - Ministério da Saúde  
NICE - Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica  
OA - Osteoartrite  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OP - Osteoporose  
PNI - Programa Nacional de Imunizações  
PR - Paraná  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SBR - Sociedade Brasileira de Reumatologia  
SNC - Sistema Nervoso Central  
SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UEL - Universidade Estadual de Londrina

UEM - Universidade Estadual de Maringá

UFPR - Universidade Federal do Paraná

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	26
3 A EVOLUÇÃO DA REUMATOLOGIA E O CENÁRIO BRASILEIRO .....	33
3.1 A REUMATOLOGIA NO PARANÁ .....	35
3.2 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇAS REUMÁTICAS NO BRASIL.....	37
3.3 SITUAÇÃO LOCAL NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ .....	40
3.4 OBJETIVOS .....	42
4 METODOLOGIA.....	43
5 ANÁLISE DE RESULTADOS .....	46
5.1 EPIDEMIOLOGIA DA AMOSTRA .....	47
5.2 TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA.....	48
5.3 QUALIDADE DOS ENCAMINHAMENTOS .....	51
6 DISCUSSÃO .....	57
6.1 EPIDEMIOLOGIA DA AMOSTRA .....	59
6.2 TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA REUMATOLÓGICA.....	61
6.3 QUALIDADE DOS ENCAMINHAMENTOS .....	64
7 SOLUÇÕES PROPOSTAS .....	70
8 CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS .....	78
ANEXOS .....	87

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas compreendem um grupo de mais de 100 doenças que têm em comum queixas musculoesqueléticas, principalmente dores articulares. Elas podem evoluir para destruição articular, perda de funcionalidade ou até acometimento sistêmico que, se não for tratado em tempo adequado, pode levar à falência do órgão e até mesmo a óbito. Por essa razão, as doenças reumáticas geram grande morbidade e estão entre as principais causas de incapacidade laboral (WIDDIFIELD et al., 2016) e incapacidade para executar atividades da vida diária (PORTAL SAÚDE BUSINESS, 2012).

As doenças reumáticas geram busca por atendimento em saúde, sendo responsáveis por mais de 10% das consultas médicas em atenção primária. Em 2011, dados do Ministério da Saúde brasileiro (MS) apontaram que as patologias reumatológicas acometeram 12 milhões de brasileiros, sendo a segunda maior causa de gasto com auxílio saúde (PORTAL SAÚDE BUSINESS, 2012).

Esse cenário não é exclusividade brasileira. Um estudo conduzido no Reino Unido por Badley EM e A Tennant (1993) estimou que a prevalência de incapacidade por doenças reumatológicas é de 82 pessoas a cada mil, considerando a população com idade superior a 16 anos. Uma análise baseada nos dados do Censo dos Estados Unidos de 2001, que considerou a população civil não institucionalizada e com idade  $\geq 18$  anos, evidenciou que 22% dos adultos afirmam ter algum tipo de incapacidade devido a queixas musculoesqueléticas. A mesma análise conclui que 63% desse percentual, aproximadamente 27,8 milhões de pessoas, estão na faixa etária economicamente ativa (18-64 anos) (CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças, 2002). Deve-se ressaltar que, à medida que a população envelhece aumenta a incidência das doenças reumáticas e, por essa razão, se considerarmos a população acima de 64 anos esses dados serão ainda mais significativos.

Entretanto, as doenças reumáticas não atingem exclusivamente pessoas idosas. Muitas delas acometem crianças, jovens e, principalmente, a população que constitui a maior parte da força de trabalho, gerando custos indiretos altos e difíceis de serem estimados (dias perdidos de trabalho). Estudos mostram que os gastos com as doenças musculoesqueléticas são maiores do que os gastos com doenças do sistema nervoso e doenças psiquiátricas juntas (SPEED, 2005).

As doenças reumáticas, apesar de pertencerem a um mesmo grupo, variam em sua etiopatogenia, podendo ser autoimunes, inflamatórias ou degenerativas. Por esse motivo, a apresentação clínica, o diagnóstico e principalmente o tratamento e o acompanhamento de cada uma são diferentes. Elas podem ser divididas basicamente em doenças autoimunes/inflamatórias e doenças de origem não inflamatória.

As doenças mais prevalentes são as não inflamatórias. Fazem parte desse grupo as patologias periarticulares (tendinites, bursites), a fibromialgia, a osteoporose (OP) e a osteoartrite (OA). Também segundo Speed (2005), as queixas periarticulares representam, por si só, 50% das queixas musculoesqueléticas. Além disso, 25% da população acima dos 60 anos reporta dores de forte intensidade e incapacidade devido à OA.

As queixas periarticulares e a OA tendem a evoluir mais lentamente e, de modo geral, causam menos mortalidade. Em alguns casos, com queixas referentes às estruturas periarticulares por exemplo, o curso da doença pode ser autolimitado e se considera o tratamento com o uso de anti-inflamatórios, fisioterapia e atividade física orientada. Pacientes com essas queixas não necessariamente precisam passar por um reumatologista, nem necessitam de acompanhamento continuado com esse especialista, podendo ser atendidos pelo profissional da atenção primária à saúde, com atendimento individualizado para alívio dos sintomas e melhoria da qualidade de vida.

Patologias como a OP e a OA também devem ser tratadas antes do aparecimento de sequelas - como fraturas de baixo impacto e limitação de movimento articular, respectivamente. A OP afeta preferencialmente mulheres na pós-menopausa e, por esse motivo, acomete uma parcela significativa da população. Leva à perda de massa óssea e seu tratamento tem como base o uso de bisfosfonados orais, reposição de cálcio e vitamina D e atividade física. Todos esses tratamentos estão disponíveis na atenção primária à saúde e têm quase nenhum risco a curto prazo para os pacientes. Portanto, a OP pode ser inicialmente manejada e prevenida na atenção primária, e casos refratários ou de mau prognóstico devem ser encaminhados para atendimento reumatológico.

Da mesma forma, a OA é uma patologia que atinge uma parcela significativa da população acima de cinquenta anos, e fica mais prevalente com o avançar da idade. A doença é decorrente do desgaste da cartilagem articular e costuma acometer, preferencialmente, coluna vertebral, joelhos, quadris e mãos. O diagnóstico é

predominantemente clínico e complementado por exames de imagem, como o raio-X, amplamente disponível na rede de atenção primária à saúde. O tratamento é focado em fortalecimento muscular com fisioterapia e, quando for o caso, perda de peso. Além disso, o uso de órteses para alinhamento e repouso articular podem ser benéficos e corroboram com a necessidade de um acompanhamento multiprofissional (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, profissional da educação física e médico também), a fim de oferecer ao paciente um tratamento adequado. Pela baixa complexidade, essas doenças poderiam ser acompanhadas na atenção primária, por ali existir uma equipe multiprofissional. Além disso, se for levado em consideração o tempo até a consulta com o especialista, o tratamento e o controle dos sintomas podem ser prejudicados pela longa espera.

Por outro lado, as doenças autoimunes/inflamatórias, como a artrite reumatoide (AR), lúpus eritematoso sistêmico (LES), espondiloartrites, vasculites, entre outras, apesar da baixa incidência e prevalência, podem acometer não só as articulações, mas outros órgãos como pulmões, coração e rins. E quando isso ocorre, o prognóstico é pior e a expectativa de vida tende a diminuir.

Nos casos de LES, a manifestação clínica inicial pode ser o acometimento renal com proteinúria maciça e a possibilidade de rápida evolução para falência renal, caso o tratamento não seja instituído em tempo adequado. Além disso, manifestações que acometem o sistema nervoso central (SNC), como o acidente vascular cerebral ou o acometimento dos pulmões, apesar de serem casos mais raros, podem representar situações ameaçadoras à vida e, por isso, são normalmente manejados em unidades de emergência. Nesses casos os pacientes têm acesso ao acompanhamento reumatológico via pronto atendimento ou atendimento hospitalar, sem a necessidade de permanecer nas listas de espera.

De forma semelhante, os pacientes acometidos de vasculites (patologias que causam inflamação na parede dos vasos), tendem a iniciar o acompanhamento reumatológico através de consultas intra-hospitalares. Vasos de qualquer calibre podem estar acometidos, gerando múltiplos sintomas como lesões cutâneas, lesões de nervos periféricos ou acometimento de pulmões, SNC e rins. Por esse motivo, a depender da gravidade da manifestação esses pacientes podem ou não ser direcionados internamente para acompanhamento reumatológico. Em ambos os casos, o acometimento articular, apesar de não reduzir a expectativa de vida, gera um quadro inicial de dor de forte intensidade que causa limitação de movimento. E se não

for instituído o tratamento adequado, o quadro evolui para a destruição articular, com sequelas que podem levar à redução importante da qualidade de vida.

Por outro lado, as doenças autoimunes/autoinflamatórias, como AR e espondiloartrites, podem iniciar seu quadro clínico com sintomas inespecíficos e intermitentes, que podem responder parcialmente ao tratamento com anti-inflamatórios, gerando um conceito equivocado de que tais doenças são leves ou demoram para gerar sequelas. Observamos ao longo dos estudos sobre AR que erosões articulares podem acontecer em até dois anos do início dos sintomas articulares, dependendo de algumas características específicas dos pacientes. E após o surgimento dessas erosões, não há tratamento capaz de reverter esse processo.

Nesse grupo de doenças autoimunes/autoinflamatórias, o diagnóstico costuma ser mais complexo. Leva-se em consideração a associação entre sintomas, exames laboratoriais específicos, como anticorpos, e exames de imagem mais sensíveis (tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética). Essas competências não fazem parte da formação de médicos generalistas, e sim dos reumatologistas. O tratamento é feito com medicamentos imunossupressores, que interferem no funcionamento de linfócitos B, linfócitos T e citocinas inflamatórias. Esses medicamentos não estão disponíveis na rede de atenção primária à saúde e seu manejo faz parte da formação específica em reumatologia, limitando a atuação do médico da atenção primária.

Pela variedade de patologias, com diferentes gravidades e diferentes urgências de atendimento, e escassez de profissionais, o conhecimento do reumatologista pode ser mais bem empregado para o diagnóstico e para o tratamento das doenças com maior potencial de danos ao paciente. Entretanto, Widdifield et al. (2016) evidenciaram que a proporção de pacientes encaminhados para acompanhamento reumatológico por suspeita de OA e de doenças autoimunes/inflamatórias é a mesma, aproximadamente 30% cada. Uma das explicações para a porcentagem semelhante de encaminhamentos entre esses dois grupos é que ela seja decorrente da diferença entre a prevalência das doenças, uma vez que a AR, doença do grupo das patologias inflamatórias de maior relevância epidemiológica, acomete em torno de 2% da população, enquanto a prevalência da OA pode chegar a 18% para pessoas acima dos 60 anos de idade (WIDDIFIELD et al., 2016).

O dano articular irreversível era, até há alguns anos, a evolução natural da grande maioria dessas doenças - e talvez por esse motivo não havia tanto empenho dos profissionais de saúde em agilizar o início do tratamento reumatológico. Um estudo realizado em Glasgow evidenciou que nos anos 1980 o tempo médio de espera para consulta reumatológica em pacientes com sintomas de artrite reumatoide era de 20 meses (IRVINE; MUNRO; PORTER, 1999). Entretanto, nas últimas décadas ocorreu um importante avanço no conhecimento sobre a fisiopatologia das doenças reumatológicas, principalmente da AR, das espondiloartrites e do LES, com a identificação de diversos mediadores inflamatórios envolvidos no aparecimento e na progressão dessas patologias.

A partir dessas descobertas houve uma ampliação das opções terapêuticas com medicamentos imunossupressores e imunobiológicos, além de um aprimoramento de métodos para avaliação da atividade da doença com melhora significativa na resposta ao tratamento. Os resultados dos estudos iniciais dos novos medicamentos direcionaram para o controle dos sintomas e o bloqueio da progressão da doença. Entretanto, com maior experiência no uso dos novos medicamentos observou-se uma diferença significativa na resposta ao tratamento de acordo com o estágio em que se encontrava a doença, sendo o prognóstico melhor nos casos em que o tratamento era iniciado precocemente no curso da doença, independente do tratamento utilizado (WIDDIFIELD et al., 2014).

Nesse sentido, as principais entidades representativas dos reumatologistas, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) e a Liga Europeia contra o Reumatismo (EULAR), estabeleceram diretrizes de manejo diagnóstico, tratamento e monitoramento precoces dessas doenças a fim de se evitar o desenvolvimento de sequelas articulares e diminuir a morbimortalidade das doenças reumáticas.

Möttönen et al. (2002) mostraram que o tempo ótimo para o início do tratamento nos pacientes com artrite reumatoide e anticorpo anti-CCP (Anticorpo Anti Peptídeo Citrulinado Cíclico) positivo é de até 11,4 semanas contadas do início dos sintomas; para pacientes sem anti-CCP esse tempo seria de 15 semanas. Já a Associação Canadense de Reumatologia, em um projeto com a Wait Time Alliance (2014), definiu o tempo máximo de 4 semanas para consulta com um reumatologista após o encaminhamento para AR e LES, e de até 12 semanas para as espondiloartrites. Esse período da doença em que o tratamento é capaz de evitar o

surgimento de sequelas é conhecido como “janela de oportunidade”, e a possibilidade de atuação nesse momento é fundamental para se evitar sequelas e otimizar recursos.

Entretanto, muitas barreiras têm sido identificadas para o diagnóstico e tratamento no tempo adequado (RAZA et al., 2011). Inicialmente se observa a falta de conhecimento da população sobre as doenças reumatológicas, o que resulta em atraso na busca por atendimento médico. Estudos demonstraram que grande parte da população acreditava que as patologias reumáticas poderiam ser decorrentes de climas frios e/ou de dieta inadequada. Além disso acreditavam que as doenças poderiam ser tratadas com veneno de abelha, uso de braceletes, dietas especiais e suplementação de vitaminas.

Por esse motivo, em 2000, um grupo de pesquisadores holandeses realizou um estudo com objetivo de avaliar o conhecimento da população acerca das doenças reumáticas. Eles observaram que o grau de medo de desenvolver uma doença reumática na amostra estudada era de 2,9 (em uma escala de 0-5) e que os participantes acreditavam que a consequência mais grave dessas patologias era a dor, o que confirmou o desconhecimento daquela população sobre o real impacto dessas patologias na vida dos pacientes (WARDT; TAAL; RASKER, 2000).

O desconhecimento por parte da população acerca das doenças reumáticas e suas reais consequências se traduz em demora para buscar atendimento médico. Um estudo realizado no Reino Unido por Kumar et al. (2007) evidenciou que a média de duração dos sintomas até o paciente procurar atendimento na atenção primária à saúde foi de 12 semanas (4-28 semanas), independente do sexo ou da idade do paciente. Nesse estudo, pacientes com AR e fator reumatoide positivo demoraram mais do que os negativos, o que gera ainda mais preocupação, uma vez que esses pacientes tendem a ter uma doença mais agressiva já no início do quadro, com pior prognóstico.

Em uma metanálise realizada em 2010 com o objetivo de avaliar as possíveis causas que levam os pacientes com artrite reumatoide a demorar em procurar o atendimento médico, observou-se que a gravidade dos sintomas, principalmente a interferência em atividades rotineiras, foi o motivo que mais levou à procura por atendimento independente do tempo de doença. Dessa forma, pacientes que abriam o quadro com sintomas limitantes, principalmente causados por dor e edema, demoraram menos para procurar atendimento (STACK et al., 2011).

Um outro estudo, realizado no Canadá por Widdifield et al. (2016) analisou essa diferença de tempo de acordo com o tipo de sintomas dos pacientes. Pacientes com espondilite, osteoartrite e patologias com dor crônica demoraram mais de 360 dias para procurar atendimento, enquanto pacientes com doenças inflamatórias sistêmicas demoraram em média 100 dias. Pode-se observar que mesmo para as patologias inflamatórias em que a procura por atendimento foi mais rápida, o tempo desde o início dos sintomas foi quase três vezes maior que o recomendado pela Associação Canadense de Reumatologia (2014). A inclusão de pacientes com espondilite no grupo que mais demorou para procurar atendimento pode ser explicada pelo fato de que essa patologia tem excelente resposta ao uso de anti-inflamatórios (AINE), sendo inclusive considerados medicamentos capazes de evitar a progressão radiográfica. Além disso, os AINE são de fácil acesso populacional, não sendo exigida uma prescrição médica para compra na maioria dos países, o que possibilita aos pacientes um alívio sintomático independente de acompanhamento médico.

Seguindo o mesmo raciocínio, aqueles pacientes com sintomas leves e intermitentes, sintomas que não interferiam em atividades diárias, demoraram mais tempo para buscar atendimento. Um outro dado observado foi que a falta de similaridade entre os sintomas sentidos e os sintomas esperados para um paciente com AR também levou à demora em procurar atendimento. Para a maioria das pessoas no estudo a artrite reumatoide era uma doença que atingia pessoas mais velhas, estando associada principalmente ao desgaste articular. E, por essa razão, a maioria dos participantes do estudo entendia seus sintomas como próprios para a idade, quando não relacionavam seus sintomas ao uso excessivo do sistema musculoesquelético ou a uma rotina de vida estressante. O mesmo estudo evidenciou que o conhecimento popular era mais acurado para doenças como câncer e doenças cardiovasculares, talvez pela grande divulgação e preocupação do sistema de saúde com essas patologias (WIDDIFIELD et al., 2016).

Um outro dado observado foi que uma parcela dos pacientes teve receio de que o médico fosse relacionar sua doença a maus hábitos como tabagismo, excesso de peso e falta de atividade física, e evitaram esse primeiro contato. Outros relataram demora em procurar atendimento no sistema primário devido a experiências prévias ruins com médicos e com o próprio sistema de saúde. Os pacientes questionaram a confiança e o conhecimento do médico no manejo de queixas articulares. Entretanto, uma análise mais detalhada desses dados evidenciou que esses participantes eram

os que tinham menos contato com o sistema de saúde de forma geral. Aqueles pacientes já acompanhados e acolhidos na rede primária, mesmo que por outras comorbidades, relataram melhores experiências na busca por tratamento.

Um outro estudo multicêntrico já citado aqui, realizado na Europa por Raza et al. (2011), que englobou centros da Alemanha, Reino Unido, Grécia, Suíça, República Tcheca, Áustria, Polônia e Suécia, avaliou os tempos de espera entre o início dos sintomas e a consulta com um reumatologista. A média (min-máx) de tempo entre os centros foi de 24 semanas (16-38), mas, em alguns centros, a média de tempo entre o início dos sintomas e a consulta na atenção primária foi de 22 semanas. Em outros centros, a duração dos sintomas até a consulta na atenção primária variou entre 2 e 10 semanas.

Como um dos principais sintomas das doenças reumáticas é a dor, seria de se esperar que a procura por assistência se daria de maneira precoce. Entretanto, em estudo realizado na Áustria, a média de duração dos sintomas dolorosos foi de 8,6 anos até a busca por atendimento médico. Nesse mesmo estudo, 41% da população nunca tinha procurado atendimento médico por essa queixa apesar de apresentar intensidade de dor moderada a alta (MACHOLD et al., 2007).

Considerando a falta de conhecimento da população como uma causa significativa da demora em procurar atendimento, um estudo realizado na Nova Zelândia por Harrison et al. (2014) avaliou os efeitos de uma campanha publicitária televisiva com informações sobre espondilite anquilosante. Os encaminhamentos para reumatologia em três centros foram avaliados noventa dias antes e noventa dias após a veiculação da campanha. Eles observaram um aumento de 66% nos encaminhamentos suspeitos de espondilite anquilosante no período pós-campanha. Esse aumento de encaminhamentos não se mostrou significativo para outras patologias não reumatológicas no mesmo período, sugerindo um provável efeito positivo da campanha acerca da procura de atendimento. No mesmo sentido, um outro estudo dos Emirados Árabes Unidos realizado por Zafar et al. (2012) evidenciou uma redução do intervalo entre o início dos sintomas e a procura de serviço médico em 100 pacientes com artrite reumatoide após a distribuição de folhetos informativos.

Após essa primeira barreira que é intrínseca ao paciente, tanto do desconhecimento sobre as patologias, quanto da relutância em procurar atendimento apropriado (quando ele relaciona seus sintomas a situações transitórias e específicas), uma segunda barreira é identificada no momento em que o paciente dá

entrada no sistema de saúde e deve ser encaminhado para consulta com um especialista em reumatologia.

No Brasil, assim como no Canadá, na Austrália e em alguns países europeus, o sistema de saúde é estruturado da menor para a maior complexidade. Dessa forma, os pacientes são primeiramente atendidos por médicos generalistas e se houver necessidade, são encaminhados para consulta com o especialista. Eventualmente o encaminhamento pode ser realizado por um médico especialista em outra área. De maneira geral, há uma única lista organizada por ordem de entrada.

Como as doenças reumáticas variam significativamente entre si, algumas podem e deveriam ser manejadas na atenção primária, enquanto outras deveriam ser encaminhadas de forma muito rápida para acompanhamento com o especialista. A diferenciação entre esses dois grupos é de fundamental importância para o prognóstico dos pacientes reumatológicos, pois evita sobrecarga no sistema de saúde e propicia atendimento especializado rápido. A avaliação de quanto tempo os médicos levam para entender que a patologia em questão necessita de acompanhamento especializado é de fundamental importância para elaboração de estratégias com o intuito de otimizar o tempo de atendimento.

Nesse sentido, um estudo realizado no Canadá observou que pacientes em acompanhamento regular com médico do atendimento primário demoravam mais para serem encaminhados para o especialista do que aqueles que não tinham acompanhamento regular ou que consultaram com especialistas de outra área. Uma das hipóteses é que médicos especialistas tendem a reconhecer que determinadas queixas não são de suas áreas de atuação e encaminham prontamente os pacientes; já médicos generalistas tendem a solicitar exames e acompanhar os pacientes por mais tempo antes do encaminhamento. Uma outra hipótese sugerida para explicar essa diferença é que pacientes sem acompanhamento médico regular podem ter procurado mais os atendimentos emergenciais e lá receberam orientação para consulta com reumatologista (FELDMAN et al., 2009).

Widdfield et al. (2014) analisaram o tempo de espera para a primeira consulta com reumatologista após o diagnóstico de artrite reumatoide realizado por um médico da atenção básica e os possíveis fatores que influenciavam esse tempo de espera. Eles observaram que 59% dos pacientes consultaram em até três meses, e que 84% deles conseguiram atendimento em até um ano depois do diagnóstico. Nesse estudo, as variáveis mais determinantes para essa variação foram o gênero do profissional

solicitante: pacientes atendidos por profissionais do sexo feminino tinham mais chances de serem atendidos em menor tempo. Já pacientes com uma condição socioeconômica mais baixa passavam por um maior tempo de espera.

Um estudo semelhante realizado em Connecticut por Suter, Fraenkel e Holmboe (2006) entrevistou médicos da atenção primária para avaliar os possíveis motivos que interferiam na decisão de encaminhar os pacientes para o reumatologista. Eles observaram que características clínicas mais graves levavam a encaminhamentos precoces e que em casos duvidosos eles aguardavam uma hipótese diagnóstica mais clara para encaminhamento. Da mesma forma, a vontade do paciente também influenciava a decisão, com alguns pacientes solicitando encaminhamento e outros se negando a consultar o especialista. A dificuldade de acesso e a má relação do médico da atenção primária com o médico especialista também atrasavam o encaminhamento, uma vez que os médicos da atenção primária se sentiam, em alguns casos, excluídos do cuidado com o paciente e até mesmo criticados e julgados em suas condutas com o paciente, o que interferia negativamente na decisão do encaminhamento.

O atraso na realização do diagnóstico, assim como a dificuldade em conseguir consulta com o médico especialista acarretam atraso no início do tratamento adequado. Um estudo realizado no Canadá por Widdifield et al (2016) observou que apenas 36% dos pacientes com diagnóstico de artrite reumatoide haviam usado drogas modificadoras de doença (DMARD's) nos primeiros 6 meses de doença.

De forma semelhante, um estudo feito na Austrália em junho de 2011 mostrou que havia 1113 novos encaminhamentos para reumatologia, com tempo de espera de pelo menos um ano, mesmo para pacientes com artrite inflamatória, que é categorizada como urgente (CUMMINS; VANGAVETI; ROBERTS, 2015).

De maneira global, percebemos a dificuldade em seguir as recomendações das diretrizes de tempo máximo para atendimento, o que leva à perda da janela de oportunidade para controle de atividade da doença e prevenção de sequelas.

É importante ressaltar que o diagnóstico e o acompanhamento dos pacientes reumatológicos é um desafio para a prática clínica, inclusive para os reumatologistas. Além de existirem mais de 100 doenças reumáticas, muitas não possuem critérios diagnósticos bem definidos, apenas critérios classificatórios que auxiliam na padronização dos pacientes participantes de estudos clínicos. Em muitas patologias

observa-se uma variedade importante de sintomas com similaridade nas queixas. o que gera dificuldades na realização do diagnóstico.

Outro fator que dificulta a objetividade do diagnóstico é a presença de exames laboratoriais que evidenciam a presença de autoanticorpos quando não há a doença clínica (exames falso positivos). A falta de critérios diagnósticos associada à interpretação equivocada dos exames prejudica o acompanhamento por parte do médico generalista, o que pode ser um fator responsável pela geração de um número significativo de solicitações de consulta na área da reumatologia.

Além disso, muitos países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá e Austrália, têm observado uma diminuição na oferta de especialistas em reumatologia (HAZLEWOOD et al., 2016). Em contrapartida, com o envelhecimento da população e o aumento na incidência e prevalência de doenças autoimunes/inflamatórias a necessidade de atendimentos em reumatologia tende a crescer. A expectativa é que em 2031, um em cada 5 canadenses tenha artrite (CARPENTER; KATZ, 2013).

No Canadá, as consultas em reumatologia são uma das mais solicitadas excetuando-se as especialidades cirúrgicas (WONG et al., 2019). De acordo com um estudo realizado em Ontário já citado neste trabalho há 1,5 reumatologistas para cada 100.000 habitantes (WIDDIFIELD et al., 2014). De forma semelhante, em 2018, nos Estados Unidos, havia 4946 reumatologistas para atender uma população que padece de patologias reumatológicas que se estima ser de mais de 48 milhões de pacientes (LAYTON et al., 2016).

No Brasil, segundo dados do Conselho Federal de Medicina de 2018, há 2.383 reumatologistas para uma população de 208.759.995 habitantes (em 29/08/18), o que perfaz 1,5 reumatologista para cada 131.045 habitantes, evidenciando a semelhança da situação brasileira a de outros países desenvolvidos (SCHEFFER, 2018).

Com a discrepância entre a oferta e a procura por atendimentos em reumatologia, a tendência é que essa desigualdade aumente (WIDDIFIELD et al., 2014). Uma das propostas para reduzir o risco de sequelas para os pacientes é o uso de um sistema de triagem eficiente. Sua função é dividir os pacientes em grupos conforme a urgência com que precisam ser atendidos, utilizando as informações contidas nos encaminhamentos. Esse sistema desfaz a lista de espera organizada pela ordem de entrada e estabelece prioridades para o atendimento.

Um fator limitante à funcionalidade desse sistema é a dificuldade de priorização dos pacientes decorrente da escassez de dados nos encaminhamentos

(CUMMINS; VANGAVETI; ROBERTS, 2015). Os encaminhamentos são ferramentas fundamentais de comunicação entre os médicos em um sistema de saúde e o médico que faz o encaminhamento deve assegurar que esse contemple algumas características como precisão, clareza e relevância de dados, caso contrário pode levar a gastos excessivos de tempo e recurso (BACHALI et al., 2017).

A principal função de um encaminhamento é apresentar informações adequadas ao médico especialista sobre os dados já coletados, como história clínica, resultados de exames e tratamentos prévios, a fim de otimizar o atendimento. Além disso, eles devem dar suporte para decisões quanto à necessidade de priorização de atendimento, e para isso o médico que encaminha o paciente pode descrever sua suspeita diagnóstica ou, quando ela não estiver definida, descrever o maior número de informações possíveis para que a análise do encaminhamento seja suficiente para classificar o paciente quanto ao tempo de espera recomendado para consulta (WONG et al., 2019).

Em um estudo realizado em Cambridge (Reino Unido) em 2004, com objetivo de analisar as características dos encaminhamentos para consultas reumatológicas e ortopédicas, observou-se que em 46% dos encaminhamentos não constava o tempo de duração dos sintomas e em torno de 50% dos encaminhamentos não constava a descrição de exames ou tratamentos realizados (SPEED, 2005). Um fator identificado como provável causa é a insegurança dos médicos generalistas na avaliação de queixas musculoesqueléticas, que dificulta a diferenciação das patologias que merecem encaminhamento mais rápido para consulta com especialista (CAINES et al., 2012).

Baseados nos resultados dessa pesquisa, Donadio e colaboradores realizaram em Maringá, em 2013, um projeto de capacitação dos médicos das Unidades Básicas de Saúde. Dez médicos da atenção primária foram selecionados, assistiram aulas sobre patologias reumáticas e acompanharam o ambulatório de reumatologia da Universidade Estadual de Maringá por oito semanas. Após treinamento esses médicos retornaram às suas unidades de origem e revisaram seus próprios encaminhamentos, o que fez com que a lista de espera passasse de 1223 para 275 pacientes (DONADIO et al., 2017).

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, em fevereiro de 2019 havia 6.838 pacientes aguardando consulta com um reumatologista no estado. Desses, 1.160 (16%) tinham solicitação de prioridade no encaminhamento. A

Regional de Saúde de Ponta Grossa tinha 876 encaminhamentos para atendimento reumatológico, a de Toledo 310, a de Pato Branco 126, a de Ivaiporã 120 e a de Maringá 2. Os dados completos de todas as regionais do estado podem ser consultados na Tabela 1 do Anexo deste trabalho.

O sistema público de atenção à saúde brasileiro (SUS) é dividido em regionais e os pacientes são atendidos primeiramente em sua regional de saúde. Caso o serviço necessitado não seja ofertado localmente, os pacientes são encaminhados para outras regionais. Dessa forma, esses 6.838 pacientes citados são aqueles que aguardam consulta com médico de outras regionais de saúde, ou seja, aqueles que aguardam atendimento na esfera estadual do SUS, e não municipal. Portanto, as listas de atendimento intrarregionais podem não estar inclusas nesses dados, subestimando a situação real, como foi o caso de Maringá.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, em dezembro de 2016 havia 1462 pacientes em Maringá aguardando consulta com reumatologista. Devido ao baixo número de vagas para novos atendimentos, alguns pacientes aguardavam desde 2010. A secretaria de saúde solicitou a revisão de lista de espera para as equipes da atenção primária para avaliar os pacientes que já não necessitavam de atendimento - por terem conseguido atendimento em outro sistema de saúde, por ter resolvido suas queixas espontaneamente, ou por ter evoluído a óbito. Após a revisão da lista de espera, 1.200 pacientes permaneceram na lista para consulta com um reumatologista, divididos em prioridade baixa, média ou alta de acordo com a solicitação do médico que realizou o encaminhamento.

## 2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público de atenção à saúde no Brasil. Ele é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, sendo o Brasil o único país com mais de 100 milhões de habitantes a garantir assistência integral e completamente gratuita. Seus serviços abrangem, por meio da Atenção Básica, desde o atendimento das patologias mais prevalentes e menos complexas, como resfriados e hipertensão arterial, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população brasileira (CARVALHO, 2013).

O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, a qual determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população. Seu gérmen foi plantado entre os anos 70 e 80, quando diversos grupos se engajaram no movimento sanitário com o objetivo de pensar um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento da população, defendendo o direito universal à saúde. Já em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), que detalha o funcionamento do sistema e instituiu os preceitos que permanecem até hoje. A partir desse momento, a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, sem discriminação (CARVALHO, 2013).

As diretrizes e preceitos técnico-assistenciais do SUS têm seu fundamento na Constituição Federal e na Lei 8.080. O mesmo autor afirma que elas são: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica. Eles podem ser resumidamente explicados da seguinte forma:

- Universalidade: o direito à saúde e bem-estar é válido para todos, sem distinção.
- Igualdade: não se deve discriminar a prioridade e a qualidade da atenção. Todos os cidadãos têm igualdade de acesso às ações e serviços de saúde. Sem acesso ou tratamento diferenciados para problemas iguais.
- Equidade: com a equidade, busca-se tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal).

- Integralidade: pode ser entendida como integralidade vertical, que lembra a necessidade de se ver o ser humano como um todo, e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos; ou como integralidade horizontal, a partir da qual se compreende que a ação deva abranger seus três enfoques: promoção, proteção e recuperação da saúde.
- Intersetorialidade: é necessário pensar em saúde garantida por políticas econômicas e sociais que diminuam o risco de as pessoas ficarem doentes ou piorarem. Também se deve levar em consideração a determinação econômica e social da saúde, como: alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Ou seja, é a saúde expressando a organização social e econômica do Brasil.
- Direito à informação: todas as pessoas assistidas têm direito a todas as informações sobre seu estado de saúde-doença. Todas as informações sobre os pacientes: exames, prontuários etc. são de propriedade e direito do paciente.
- Autonomia das pessoas: os cidadãos devem ter preservada sua autonomia na defesa de sua integralidade física e mental. Trata-se da preservação – dentro dos serviços de saúde – da liberdade de decisão dos pacientes.
- Resolutividade: as ações e serviços de saúde devem ter capacidade de resolução em todos os níveis de assistência, da melhor maneira possível e ao menor custo. Essa é uma questão que cada vez fica mais complexa pela incorporação tecnológica e na qual o sistema de encaminhamentos acaba por bloquear a capacidade de ser resolutivo. Cada vez mais se resolvem menos problemas e, assim, mesmo os menos complexos, são encaminhados quase que em cadeias.
- Epidemiologia como base: a epidemiologia é uma das ciências da saúde que têm como objetivo conhecer aquilo que ocorre com a população: as condições ambientais em que vive a população, as condições gerais de saúde, a oferta de ações e serviços de saúde. A epidemiologia define o perfil demográfico e o perfil de morbimortalidade em relação às doenças agudas e crônico-degenerativas; os agravos dos acidentes de trabalho, de trânsito, de tóxicos, dos homicídios; as doenças evitáveis; as doenças tratáveis precocemente etc.

Ainda segundo Carvalho (2013), a Constituição Federal e a Lei 8.080 definiram da mesma forma as diretrizes e princípios tecnogerenciais: descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade. Eles podem ser, sucintamente, definidos da seguinte forma:

- Descentralização: a descentralização no sistema de saúde brasileiro é a "redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados, com base no entendimento de que o nível central, a união, só deve executar aquilo que o nível local, municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do SUS passa a ser responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, agora entendidos como os gestores do SUS" (Carvalho, 2013). A descentralização proposta é aquela com ênfase na municipalização, colocando nas mãos do município a decisão do que e de como fazer saúde, bem como os meios, principalmente o financeiro, para tanto. Além disso, é mais fácil de o cidadão controlar o poder quando ele está perto da necessidade do povo.
- Direção única: o SUS é de responsabilidade constitucional das três esferas de governo, não podendo nenhuma delas se eximir dessa obrigação. O comando legal é de que, em cada esfera de governo, apenas um órgão possa ser gestor. No município, comanda o prefeito e o secretário municipal de Saúde. No Estado, o governador e seu secretário de Saúde; e na União, o presidente e o ministro da Saúde. A direção única em cada esfera de governo é um complemento da descentralização.
- Regionalização: as ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada. Seria impossível que os 5.600 municípios brasileiros fossem, cada um deles, suficientes e capazes de atender a toda sua demanda em todos os níveis de atenção. Os serviços de saúde devem se complementar numa associação permanente entre os mais simples e os mais complexos, se referenciando e contrarreferenciando.

- Hierarquização: começa-se pela atenção ao indivíduo, à família e à comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, do Programa de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde, com seus procedimentos de menor complexidade tecnológica (equipamentos e aparelhos) e da mais alta complexidade de saber e prática humanos. Da atenção primária, vai-se à secundária (especialistas, exames mais complexos, internações em clínicas básicas, como pediatria, clínica e cirurgia gerais, ginecologia e obstetrícia). Da secundária, vai-se à terciária, com profissionais e hospitais em áreas mais especializadas. Na quaternária, encontram-se os profissionais e hospitais superespecializados em uma única área, como os de cardiologia, neurologia, cirurgia plástica etc.
- Complementariedade do privado: o art. 199 da Constituição Federal apresenta claramente que a saúde está livre à iniciativa privada. Dessa forma, os serviços privados de saúde poderão também ser utilizados pelo SUS todas as vezes que sua capacidade de atendimento for insuficiente para dar conta da demanda. A complementariedade com o privado poderá se dar por meio de contrato de direito público ou convênio. A preferência será dada às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos nessa chamada de complementação dos serviços públicos. Todas as vezes que o próprio estatal não for suficiente para atender a demanda, é constitucional recorrer-se complementarmente ao privado.
- Suplementariedade do privado: é livre a iniciativa privada na área de saúde no Brasil, que pode ser exercida e utilizada de maneira totalmente liberal, nos consultórios e nas clínicas, mediante pagamento direto. Pode também ser organizada em forma de operadoras de planos e seguros de saúde individuais, familiares ou coletivos, conforme faculta a legislação. Entre as operadoras de saúde temos, de um lado, os seguros de saúde, que são seguradoras e não podem ter serviços de saúde; de outro, têm-se as empresas de Medicina de Grupo, o Sistema de Autogestão patrocinado por empresas ou trabalhadores e as Cooperativas Médicas e Odontológicas.

Com todas essas diretrizes assistenciais e administrativas do SUS definidas pela Constituição Federal em conjunto com a Lei 8.080, a atenção integral à saúde, modelo de atenção preconizado pelo SUS, passou a englobar a prevenção das patologias, assim como seu diagnóstico e tratamento adequados, e o acompanhamento das sequelas que possam vir a existir. Dessa forma, não somente os cuidados assistenciais passaram a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, mas também os serviços em saúde com foco na qualidade de vida, visando a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto as ações quanto os serviços de saúde. Ela engloba a atenção de básica, média e alta complexidades, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Em seus 31 anos de existência, o SUS conquistou uma série de avanços para a saúde do brasileiro. Reconhecido internacionalmente, o Programa Nacional de Imunização (PNI), responsável por 98% do mercado de vacinas do país, é um dos destaques. O Brasil garante à população acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), disponibilizando 17 vacinas para combater mais de 20 doenças, em diversas faixas etárias, na rede pública de todo o país. Há ainda outras 10 vacinas especiais para grupos em condições clínicas específicas, como portadores de HIV, pneumopatias e neoplasias, disponíveis nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Nesse sentido, este modelo de atenção à saúde, centrado em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e atenção terciária, ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica) (CARVALHO, 2013).

A atenção primária deve atuar como um filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde (por volta de 85%) dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. Esse papel essencial da atenção primária, tanto na resolução dos casos quanto no encaminhamento do usuário para outros níveis, torna-a a base estruturante do sistema e ordenadora de um sistema piramidal.

Há uma discussão a respeito da denominação da atenção à saúde: primária ou básica. Na Europa, a denominação que prevalece é atenção primária, que dá ensejo a pensar em prioritária ou essencial.

Na Constituição, tanto quanto na Lei 8.080/90, não há qualquer referência a um ou outro nome. Contudo, a EC 29/2000 dispõe que 15% dos recursos das transferências da União para os demais entes federativos deve ser para o custeio de ações e serviços básicos de saúde. Se entender serviços básicos como atenção básica, essa, então, seria a denominação a ser utilizada. Neste trabalho, os termos atenção básica e atenção primária são utilizados como sinônimos.

O importante a destacar é que a forma organizativa e o modelo de atenção à saúde não podem ser escolhas da autoridade pública de saúde. Elas estão definidas constitucionalmente no art.198 e legalmente nos artigos 8º e 7º, capítulo II, da Lei 8.080/90, que determina a integração dos serviços públicos dos entes federativos em redes de atenção à saúde. Essas redes devem ser regionalizadas, o que pressupõe um relevante papel do Estado, ente competente para definir as regiões de saúde a partir de aglomerados de municípios limítrofes com características que importem à organização de rede de atenção à saúde, conforme determina a CF.

Segundo suas premissas, esse modelo piramidal, de base alargada e densa em razão de a atenção primária ser a principal porta de entrada do sistema e responsável pela resolução da maioria da necessidade de saúde da população, deve ser estruturada qualitativamente, com fixação de metas e com a atribuição de garantir o acesso do usuário ou o seu caminhar na rede de atenção à saúde. Os serviços denominados de 'regulação' devem ser, na realidade, serviços que se integram à atenção primária, ordenadora de todo o modelo assistencial do SUS.

A região de saúde deve, por sua vez, fundar-se na sua capacidade de concentrar num aglomerado de territórios municipais contíguos, serviços de saúde capazes de resolver entre 60 a 70% das demandas dos usuários. A região de saúde deve ser dotada de características culturais, sociais, demográficas e viárias que possibilitem a organização de rede de atenção à saúde. Essa forma de organização do SUS – integração (rede) de todas as ações e serviços de saúde dos entes federativos daquela região – impõe aos municípios, articulados com o Estado e com a União, a necessidade de permanente interação com vistas a garantir uma gestão compartilhada.

É nesse cenário de intensa integração que se inserem os atendimentos em reumatologia no município de Maringá-PR. Ou seja, com a demanda solicitada pelos profissionais da atenção primária e a proposta de organização de referência e contrarreferência.

### 3 A EVOLUÇÃO DA REUMATOLOGIA E O CENÁRIO BRASILEIRO

As doenças reumáticas parecem acompanhar a humanidade desde seus primórdios, uma vez que os homens de Java/Neanderthal (QUEIROZ; SEDA, 2007), que viveram no período neolítico, apresentavam lesões de artrose coxofemoral. Da mesma forma, foram encontradas na múmia de Neférmaat, um homem que viveu em torno de 3000a.C., lesões compatíveis com espondilite anquilosante, doença que parece ter sido frequente no antigo Egito.

Entretanto, a história científica da reumatologia se inicia com Hipócrates (460-380 a.C.). Em suas observações, percebe-se a descrição de patologias como a gota, sendo bem descrito o quadro de podagra. Além disso, também se observa a descrição de uma artrite migratória curável (hoje identificado como reumatismo poliarticular agudo ou febre reumática), bem como de artrites relacionadas a quadros infecciosos agudos, artrites com derrames articulares importante e artrite seguida de anquilose.

Mas foi só com Dioscórides (40-90aC) que o termo reumatismo surge pela primeira vez. Nesse mesmo período, aparece ainda Galeno, com grandes estudos anatômicos e potencial observador significativo, tendo sido considerado o maior Doutor desde Hipócrates, que escreveu altamente sobre as patologias reumáticas.

Após esse período, desde a queda do Império Romano em 476 d.C. até o fim da Idade Média, a medicina não avançou significativamente, e em alguns casos houve até retrocesso. Mas, no século XVI, com Guilherme Baillou, que pode ser considerado o pai da reumatologia, a fragmentação do bloco dos reumatismos foi renovada e ampliada. Baillou também foi o primeiro a considerar essas patologias como entidades sistêmicas. Observando seus escritos, percebemos a distinção de quatro grandes grupos: 1) crônicos, incapacitantes, contraturantes, contínuos (atualmente, artrite reumatoide); 2) passageiros, de recaída (reumatismo poliarticular agudo ou febre reumática); 3) sobrevivendo no curso de doença crônica (reumatismos metastásicos); ou 4) com dores não articulares (reumatismos de partes moles).

Com o fim da Idade Média e do controle da Igreja sobre o saber, iniciou-se um movimento de renovação cultural do conhecimento, inclusive dentro da medicina. A anatomia, disciplina fundamental dessa área teve um grande avanço com os estudos de Leonardo da Vinci e Vesálio. Além disso, descobertas sobre vacinas, sobre os princípios da anestesia e sobre diversas doenças, tornaram o século XIX um período de mudança acelerada, o que impossibilitou que o médico abarcasse todos os

conhecimentos da Medicina, abrindo caminho para o aparecimento das especialidades.

Apesar desse início da fragmentação na medicina, apenas em 1913, no Congresso Internacional de Medicina Física, a criação de um Comitê Internacional para o Estudo das Doenças Reumáticas foi aprovada. Entretanto, a Primeira Guerra Mundial só permitiu que essa iniciativa fosse retomada em 1928, com a criação da Liga Internacional Contra o Reumatismo (ILAR). O primeiro Congresso Internacional de Reumatologia foi realizado em 1929, em Budapeste, quando também aconteceu a publicação do primeiro número da Revista Acta Reumatológica.

Da mesma forma, como a criação do ILAR impulsionou o estudo da reumatologia no mundo, a fundação da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR)<sup>1</sup>, em 1949, foi o grande fator propulsor da especialidade no Brasil. Em poucos anos, ela conseguiu prestígio internacional, tanto assim que, com apenas seis anos de existência, teve a honra de realizar o 1º Congresso Pan-Americano de Reumatologia, em 1955, no Rio de Janeiro, com inúmeros convidados internacionais renomados, como Philip Hench (Nobel de Medicina em virtude da descoberta dos corticosteroides).

Assim, a SBR se inseria no contexto internacional da reumatologia de maneira expressiva. Apesar de todo esse reconhecimento internacional, apenas em 1968 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) reconheceu a reumatologia como especialidade no Brasil.

A SBR tem por missão promover a excelência da reumatologia, fornecendo soluções acessíveis e confiáveis para congregar especialistas, desenvolver atualização científica, ensino e pesquisa, contribuindo para formulação de políticas públicas efetivas e sustentáveis, com base na ética e aperfeiçoamento das práticas clínicas. Ela é responsável pela realização de congressos nacionais anuais, além de oferecer apoio às sociedades estaduais e às jornadas locais. Desde 1957, conta com a Revista Brasileira de Reumatologia, com o objetivo de manter um órgão para divulgar a produção científica da reumatologia brasileira.

A SBR também procura incentivar o ensino da reumatologia nas universidades brasileiras e as pesquisas na especialidade por meio da concessão de prêmios e financiamento de algumas propostas em âmbito nacional. Ela ainda se organiza em

---

<sup>1</sup> <https://www.reumatologia.org.br/>

comissões para discussão de patologias específicas como AR, Osteoporose, Espondilite Anquilosante e outras, e para a construção de *guidelines* que orientam muitas condutas dos reumatologistas não só no Brasil, como foi o caso do Guia de Manejo da Febre por Chikungunya, publicado em grandes revistas internacionais na área de reumatologia e que serviu de orientação para reumatologistas em todo o mundo.

### 3.1 A REUMATOLOGIA NO PARANÁ

A história da reumatologia no estado do Paraná tem início na década de 1960 com o Dr. Acir Rachid, um dos primeiros médicos no Brasil a importar o metotrexato para o tratamento das artrites. Após algum tempo de formado e atuando preferencialmente na área da reumatologia, o Dr. Rachid passou a integrar o quadro de professores da Universidade Federal Do Paraná (UFPR), em Curitiba, onde participou da formação de inúmeros alunos que o lembram com muita admiração. Em 1966, Dr. Rachid fundou a Sociedade Paranaense de Reumatologia, que atualmente conta com 130 reumatologistas sócios dos 174 reumatologistas ativos no Paraná segundo o Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR), com sede em Curitiba, local de congregação dos médicos reumatologistas até hoje, com reuniões mensais de atualização e debate clínico (SOCIEDADE PARANAENSE DE REUMATOLOGIA, s.d.).

Ainda sob coordenação do Dr. Rachid, foi criada, em 1979, a residência em reumatologia no Hospital de Clínicas da UFPR, que propiciou a formação de grande parte dos reumatologistas atuantes no Paraná. Algum tempo depois, em 2001, foi inaugurada a residência médica em reumatologia no Hospital Evangélico, em Curitiba, o que propiciou mais oportunidades para os médicos aspirantes a reumatologistas. Essa residência formou até hoje mais de 40 especialistas e, atualmente, conta com uma vaga de residência e duas de especialização<sup>2</sup>.

Além dessas duas residências em Curitiba, o estado do Paraná ainda conta com duas residências médicas em reumatologia fora da capital, uma em Maringá e uma em Londrina. Em Londrina, ela se localiza no Hospital Universitário da UEL (Universidade Estadual de Londrina) e se iniciou em 1995, já tendo formado mais de

---

<sup>2</sup> Comunicação pessoal da Dra. Thelma Laroka Skare, chefe do serviço de reumatologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie de Curitiba-PR, recebida por e-mail no dia 07/01/2020.

30 especialistas. Até hoje, a universidade participa na formação de reumatologistas, com duas vagas anuais para residência em reumatologia<sup>3</sup>.

Em Maringá, a história da reumatologia teve início em 1979 com dois médicos reumatologistas iniciando os trabalhos quase que simultaneamente, Dr. Paulo Roberto Donadio e Dr. Marco Antônio Rocha Loures, que abriram os caminhos para os reumatologistas (atualmente, 16 profissionais) na cidade de Maringá<sup>4</sup>. Por empenho e trabalho desses dois especialistas, foi inaugurado, em 2009, o programa de residência em reumatologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), com a formação de sete especialistas em reumatologia ao longo de sua história, além de mais dois atualmente em processo de formação. Desses, apenas dois deixaram a cidade para trabalhar em outros locais: o restante permanece compondo o quadro de profissionais na cidade, realizando um trabalho fundamental no atendimento à demanda dos pacientes tanto do SUS quanto de planos suplementares de saúde.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2018 havia 2.383 médicos especialistas em reumatologia no Brasil, o que perfaz 0,6% de todos os médicos brasileiros. Desses, 774 (32%) estão alocados no estado de São Paulo, enquanto há estados com menos de 10 reumatologistas para atender toda a população, como no Acre, Amapá e Roraima (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Os dados completos de todas as regionais do estado podem ser consultados na Figura 1 do Anexo deste trabalho.

Em 2015, foram ofertadas 120 vagas para programa de residência médica em reumatologia no Brasil, das quais 72(62%) estão na região sudeste. De 2000 a 2015, 839 médicos terminaram sua formação em reumatologia (ALBUQUERQUE; SANTOS-NETO, 2017). Esses dados corroboram com a distribuição heterogênea desses especialistas pelo Brasil. Assim como em outros países com dimensão continental, como a Austrália, há uma diferença entre a oferta de serviços em áreas metropolitanas e áreas mais distantes (POULSEN et al., 2014).

---

<sup>3</sup> Comunicação pessoal da Dra. Neide Tomiura, chefe da residência do Hospital Universitário da UEL, recebida via aplicativo WhatsApp no dia 27/01/2020.

<sup>4</sup> Comunicação pessoal do Dr. Paulo Roberto Donadio, chefe de Reumatologia do Hospital Universitário da UEM, recebida por e-mail no dia 12/12/2019.

### 3.2 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇAS REUMÁTICAS NO BRASIL

As doenças reumáticas ocorrem globalmente e, como visto, podem acometer pessoas de todas as faixas etárias e ambos os sexos. Entretanto, os estudos mostram que determinadas doenças têm incidência e prevalência aumentadas em certas localidades, o que pode estar relacionado à genética populacional ou até mesmo às características do ambiente em questão. Como exemplo dessa diferença, observamos maior ocorrência de doenças como vasculite de Behçet na região da rota da seda, no Mediterrâneo (DAVATCHI et al., 2016), e vasculite de Kawasaki mais ao oriente, em países como o Japão (KIM, 2019).

Além da diferença entre a incidência das doenças em determinadas regiões, observamos características clínicas diferentes entre as populações de uma mesma localidade. Estudos realizados nos Estados Unidos evidenciaram que as pessoas negras acometidas por lúpus tinham quadro mais grave e pior prognóstico do que as brancas. Outros estudos ainda demonstraram que pacientes de diferentes raças respondiam de forma desigual à mesma terapia para nefrite lúpica. Os negros tendo melhor resposta ao uso do micofenolato de mofetila e os amarelos com intolerância medicamentosa que impedia o tratamento com as doses recomendadas.

Devido a essas diferenças surgiu a necessidade de se estudar as características da população brasileira no que diz respeito às doenças reumáticas. Até então, estudos internacionais de prevalência e incidência tinham, em geral, seus dados extrapolados para a população brasileira, mas sempre foram analisados com parcimônia, devido à dificuldade em encontrar um país com as características populacionais semelhantes à da brasileira. Isso porque a formação da população brasileira é resultado da miscigenação entre diversos povos.

A primeira interação entre povos distintos no Brasil, ocorreu por volta do ano de 1500, e foi o encontro entre os portugueses que chegaram e colonizaram o Brasil e os índios que aqui viviam (LINHARES, 2016). Após isso, ocorreu a chegada dos negros, em sua maioria trazidos da África, para uso como mão de obra escrava, mas que aqui permaneceram após a abolição da escravatura. Ao longo do tempo, já no século XIX, principalmente por influência das guerras, outros imigrantes chegaram ao Brasil na tentativa de melhores condições de vida. Eles vieram de países europeus como Itália, Espanha, Alemanha e Holanda, bem como de outros continentes, vindos dos países árabes ou Japão.

Além dessa múltipla interação entre os povos, e devido às dimensões continentais do Brasil, temos, dentro da mesma área territorial, características populacionais e migratórias diferentes. Por exemplo, na região Sul do país há muitos descendentes de europeus e poucos de negros, diferentemente das regiões Norte e Nordeste, que receberam menos imigrantes vindos da Europa. Por esse motivo, estudos realizados com nossa população sempre foram objeto de pesquisa de muitos profissionais na área da saúde.

Um dos maiores estudos epidemiológicos brasileiros foi realizado em 2004, por Senna e colaboradores. Eles avaliaram a prevalência de doenças reumáticas na cidade de Montes Claros (MG) (SENNA et. al., 2004), que encontrou 8,3% da população com alguma doença reumatológica. Dentre elas, a artrose como mais prevalente (4,1%) e a fibromialgia como segunda doença mais comum (2,5%), ambos os dados encontrados compatíveis com a literatura internacional.

Ainda sobre a prevalência da osteoartrite em 2010, Rosis e colaboradores (2010) realizaram um estudo com idosos institucionalizados em São Paulo-Brasil, a fim de avaliar a prevalência de osteoartrite nessa população. Foram incluídos no estudo 84 participantes com idade superior ou igual a 60 anos. Desses, 36,9% apresentavam osteoartrite de alguma articulação, com a maioria sendo mulheres com osteoartrite em joelhos. Esse dado segue o perfil clínico descrito internacionalmente para osteoartrite de joelho, que é tida como mais prevalente em mulheres.

Um estudo transversal realizado em Pelotas-RS em 2009 (SILVA; MENEZES; NOAL, 2009) identificou 36,5% da população com sintomas articulares crônicos. A população estudada tinha acima 20 anos e, apesar da prevalência dos sintomas aumentar com o aumento da faixa etária, em torno de 15 a 20% dos entrevistados com 20-29 anos já apresentava algum sintoma articular crônico. Esses dados confirmam a relevância epidemiológica dos sintomas articulares, que, apesar de mais prevalentes em idades avançadas, acometem também a população jovem com riscos para limitação das atividades laborais.

Um outro estudo, realizado em Natal-RN (VILAR; RODRIGUES; SATO, 2003), avaliou a incidência de lúpus eritematoso sistêmico e identificou 43 casos novos, com uma incidência calculada de 8,7 por 100.000/ano, valor acima do encontrado em outras regiões do mundo. Esse estudo sugere a influência de fatores étnicos e ambientais, como a maior exposição solar, como variáveis que pudessem explicar

essa diferença, e propõe que mais estudos dessa natureza sejam realizados no território brasileiro.

Já em 2013, Valim et. al. (2013) publicaram os resultados do estudo de prevalência de síndrome de sjogren em Vitória - ES, Brasil. No estudo, dividido em duas etapas, os entrevistados foram selecionados através de sorteio por domicílio, e responderam a perguntas sobre a presença de sintomas de síndrome seca. Os entrevistados com respostas positivas foram encaminhados para avaliação especializada a fim de preenchimento de critérios para a doença de sjogren. Ao final do estudo, a incidência encontrada foi de 0,17%, compatível com outros estudos mundiais.

Outro estudo, conduzido por Horimoto et. al. (2017), em Campo Grande - MS estimou a prevalência da esclerose sistêmica nessa cidade, no ano de 2014. Nesse período, os reumatologistas forneceram dados dos pacientes com diagnóstico de esclerose sistêmica novo ou não. Outros especialistas podiam reportar casos, mas o diagnóstico definitivo deveria ser feito por reumatologista para confirmar a classificação. Nesse período foram relatados 10 casos novos e 79 pacientes com diagnóstico prévio, perfazendo uma taxa de incidência de 11,9 por milhão/habitantes e a de prevalência de 105,6 por milhão/habitantes. Este trabalho encontrou resultados consoantes com outros estudos mundiais, em que a incidência varia de 7,2 a 32 por milhão e a prevalência se mantém entre 38 a 296 por milhão.

Da mesma forma, um estudo em Cascavel-PR (DAVID et al., 2013), avaliou o perfil clínico e laboratorial de pacientes com diagnóstico de artrite reumatoide entre 2010-2011 através de revisão dos prontuários dos pacientes que acompanhavam nos serviços com reumatologista. Foram identificados 38 casos com uma incidência de 13,42 casos por 100.000 habitantes/ano, sendo maior no gênero feminino e acima de 40 anos de idade, dados comparáveis com a literatura mundial.

De acordo com a revisão da literatura, é possível observar o pequeno número de estudos avaliando a população brasileira, ainda mais se considerado o tamanho do país e sua heterogeneidade populacional. Dessa forma, mais estudos são necessários para a caracterização do perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doenças reumáticas no Brasil.

### 3.3 SITUAÇÃO LOCAL NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

O estado do Paraná, ao qual pertence a cidade Maringá, fica na região sul do Brasil e compreende uma área de quase 200.000 km<sup>2</sup> com uma população estimada em 2018 de 11.444.526 pessoas<sup>5</sup>. Segundo dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)<sup>6</sup>, de toda essa população, 2.836.961 (24%) pessoas são beneficiários em planos de saúde. O restante, que perfaz quase 80% da população, dependem exclusivamente do sistema único de saúde. Para melhor organização dos serviços prestados, o estado do Paraná é dividido em 22 regionais de saúde, cada uma com uma cidade satélite, agrupadas em quatro macrorregionais Leste, Norte, Noroeste e Oeste.

**Figura 1 - Mapa de Regionais de Saúde do Estado do Paraná**

#### Regionais de Saúde



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (2020)

<sup>5</sup> Dados do IPARDES (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social) disponíveis em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87000&btOk=ok>>

<sup>6</sup> Dados da ANS (Agência Nacional de Saúde) disponíveis em <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>

O Município de Maringá situa-se na Região Noroeste do Estado do Paraná, com uma população de 403.063 habitantes (IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016), distribuída em 3 distritos administrativos (Maringá, Floriano e Iguatemi). É referência para os 29 municípios da 15ª Regional de Saúde e para a Macrorregião Noroeste, que abrange 5 Regionais de Saúde (11ª, 12ª, 13ª, 14ª e 15ª RS) e 115 municípios totalizando 1.857.433 habitantes (IBGE-2016).

A cidade possui uma área territorial de 487,930 km<sup>2</sup> com densidade populacional de 828,61 habitantes/km<sup>2</sup> com grau de urbanização de 98,20%. De acordo com o último censo, em 2010, a população de Maringá era de 357.077 pessoas, e a população estimada em 2018 de 417.010. Com 12,2% dos habitantes acima de 60 anos de idade, 26,4% entre 40 e 59 anos, e 24,6% entre 25 e 39 anos. Quando analisada a distribuição da população pela cor/raça, observa-se que, em Maringá, a maioria dos habitantes é branca (69%), seguida da parda (21,1%), amarela (5,2%), preta (4,7%) e indígena (0,1%) (IBGE, 2012).

A oferta de serviços de saúde na cidade se faz através de 34 unidades básicas de saúde, que oferecem atendimento médico com agendamento prévio, consulta em enfermagem, aplicação de vacinas e realização de curativos, além de coleta de sangue e assistência farmacêutica. O município ainda conta com duas policlínicas que oferecem os serviços das unidades básicas somados a consultas de especialidades (oftalmologia, reumatologia, ortopedia, neurocirurgia, entre outras) para a população de toda a cidade. Além desses serviços ambulatoriais, a cidade ainda conta com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Hospital Municipal e um Hospital Universitário (Universidade Estadual de Maringá) e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). Além dos atendimentos ambulatoriais, a cidade conta com 1462 leitos hospitalares para as especialidades clínicas, cirúrgicas, obstétricas, pediátricas, hospital/dia e outras, sendo 772 oferecidos via Sistema Único de Saúde.

Os gastos municipais com saúde, segundo dados de 2017, perfizeram 420.748.642,40 reais, resultando na área com maior montante de gastos no município. O financiamento do SUS é feito pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. A Constituição Federal de 1988 determina que os governos estaduais devem investir 12% da receita corrente bruta em saúde, e os municípios, 15%. A lei Complementar nº 141, de 2012, regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. A demonstração do cumprimento dessa obrigação é também uma exigência para o recebimento dos repasses financeiros voluntários da União (MARINGÁ, 2019).

Em relação à qualidade dos serviços de saúde do município, em 2018 a taxa de mortalidade infantil foi de 11,84/ mil nascidos vivos (as recomendações da OMS são de que a taxa seja menor que 10), a taxa de mortalidade em menores de 5 anos de 13,24/mil nascidos vivos e a mortalidade materna não teve nenhum caso neste mesmo ano. O município tem um índice de desenvolvimento humano (IDHM) de 0,808 e IDHM longevidade de 0,852, com uma expectativa de vida de 76,1 anos. Para análise de IDHM, a OMS (Organização Mundial de Saúde) considera valores bons os acima de 0,800, grupo em que se inclui a cidade de Maringá, enquanto o IDHM no Brasil é de 0,755.

Segundo dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)<sup>7</sup>, havia na cidade de Maringá, em setembro de 2017, 236.744 vínculos de beneficiários em planos de saúde. Com a ressalva de que um habitante pode ter mais de um vínculo, pode-se ter uma estimativa da proporção dos habitantes que também utilizam o serviço suplementar de saúde. Dessa forma, observa-se que toda essa estrutura e gastos com saúde no município é responsável pelo cuidado integral em saúde de aproximadamente 50% da população e ainda complementa o atendimento da parcela da população beneficiária de planos de saúde com campanhas de vacinação, fornecimento de medicamentos na rede primária e serviços de resgate de pacientes por meio do SAMU.

### 3.4 OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo principal analisar o perfil sociodemográfico dos pacientes na lista para consulta reumatológica em Maringá-PR, bem como o tempo de espera desde a solicitação do médico da atenção primária até a consulta com reumatologista. Como objetivos específicos: analisar o motivo do encaminhamento através dos dados contidos na guia, comparar com o diagnóstico feito pelo reumatologista e sua associação com a prioridade; analisar a distância percorrida pelo paciente desde sua residência até o local da consulta especializada e sugerir estratégias de encaminhamento que otimizem o processo de referência e reduzam o risco de sequelas.

---

<sup>7</sup> Dados disponíveis no site da ANS <<http://www.ans.gov.br>>.

## 4 METODOLOGIA

Foram analisados os dados de 999 pacientes que aguardavam consulta com reumatologista, de janeiro de 2010 até o primeiro dia de julho de 2018, no município de Maringá, no Paraná. A lista para consulta com reumatologista, em janeiro de 2017, era estimada em 1200 pacientes. A coleta de dados foi iniciada em agosto de 2017, quando alguns pacientes já haviam recebido atendimento especializado e, por esse motivo, não foram incluídos neste trabalho. Além disso, os pacientes menores de idade (abaixo de 18 anos) que aguardavam consulta foram excluídos da análise.

O sistema de atenção à saúde deste município utiliza prontuário eletrônico e dispõe de informações sociodemográficas e dos cuidados em saúde. Isso possibilitou que a coleta de dados fosse realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) - Policlínica Dr. Primo Monteschio - nos períodos em que não havia atendimento. Participaram da coleta a pesquisadora e três alunos de medicina da Universidade Estadual de Maringá no período de agosto de 2017 a janeiro de 2019.

A pesquisadora e os orientadores definiram as informações a serem coletadas do prontuário, com base na relevância para a pesquisa e para uso posterior na otimização do atendimento em reumatologia no município. Foram coletadas informações sociodemográficas dos pacientes, como idade, sexo, cor, situação familiar, ocupação, endereço e unidade de origem. Além dessas, informações clínicas foram coletadas, como o motivo do encaminhamento, a data da inclusão na fila de espera e a prioridade de atendimento requerida pelo profissional que solicitou o atendimento.

Os atendimentos em reumatologia neste município são realizados nas UBS, em hospitais que abrangem função de ensino, bem como em consultórios particulares de reumatologistas que têm contrato com a rede de atenção à saúde do município. Desses atendimentos, os realizados em UBS e em alguns locais com propósito de ensino utilizam o sistema de prontuário eletrônico municipal.

Durante o intervalo de 18 meses para a coleta de dados, alguns pacientes foram atendidos pelo especialista, assim foi possível adicionar à pesquisa dados como diagnóstico realizado pelo especialista e, nos casos atendidos em locais com prontuário eletrônico padrão, ainda foi possível comparar os dados do diagnóstico final com o motivo do encaminhamento. Além disso, a precisão das informações sobre data e local de atendimento possibilitou o cálculo do tempo de espera e a distância

percorrida pelo paciente até o atendimento, bem como uma estimativa do tempo gasto para a realização do percurso. Uma plataforma digital de mapas foi utilizada para o cálculo da distância e tempo gastos no trajeto, ademais os menores tempo e percurso, independente do meio de transporte, foram os selecionados. Àqueles pacientes que não foram atendidos até o final da pesquisa, o dia primeiro de agosto de 2018 foi estipulado, por meio de cálculo estimado, como fim do tempo de espera.

Os dados do motivo de encaminhamento, variáveis descritivas, foram analisados por dois especialistas em reumatologia para categorização e, quando havia discordância, outro especialista ficou responsável por um terceiro ponto de vista, assim, chegava-se a um consenso. Os encaminhamentos foram categorizados em artralgia, reumatismo de partes moles, avaliação e conduta (AC), dor, outros reumatismos, artrose, fibromialgia, artrite, artrite reumatoide, solicitação de especialista, osteoporose (OP), alteração laboratorial, dores nas colunas cervical, torácica ou lombar, gota, deformidades, espondilite anquilosante, vasculite, reumatismo, a pedido da paciente, além dos em branco e cancelamento/desistência. Na presença de mais informações, como exames diagnósticos ou tratamentos realizados, a presença de deformidades articulares ou comorbidades, esse encaminhamento era incluído no grupo de sua categoria +1 ou +2 a depender da quantidade de informações fornecidas, com intuito de avaliar a completude dos encaminhamentos. Da mesma forma, para tornar possível a análise estatística dos dados, pacientes com artralgia ou artrite, com descrição da localização como pés, mãos, membro superior, foram agrupados na categoria artralgia + localização ou artrite + localização.

Os dados do diagnóstico realizado pelo especialista não necessitaram de avaliação específica, visto que no prontuário já constava o código internacional de doenças (CID10). Entretanto, quando havia variação nos CIDs para uma mesma doença, para viabilizar a análise, esses também foram agrupados, por exemplo artrite reumatoide soro positiva, artrite reumatoide soronegativa, artrite reumatoide não especificada foram agrupadas dentro de um mesmo CID.

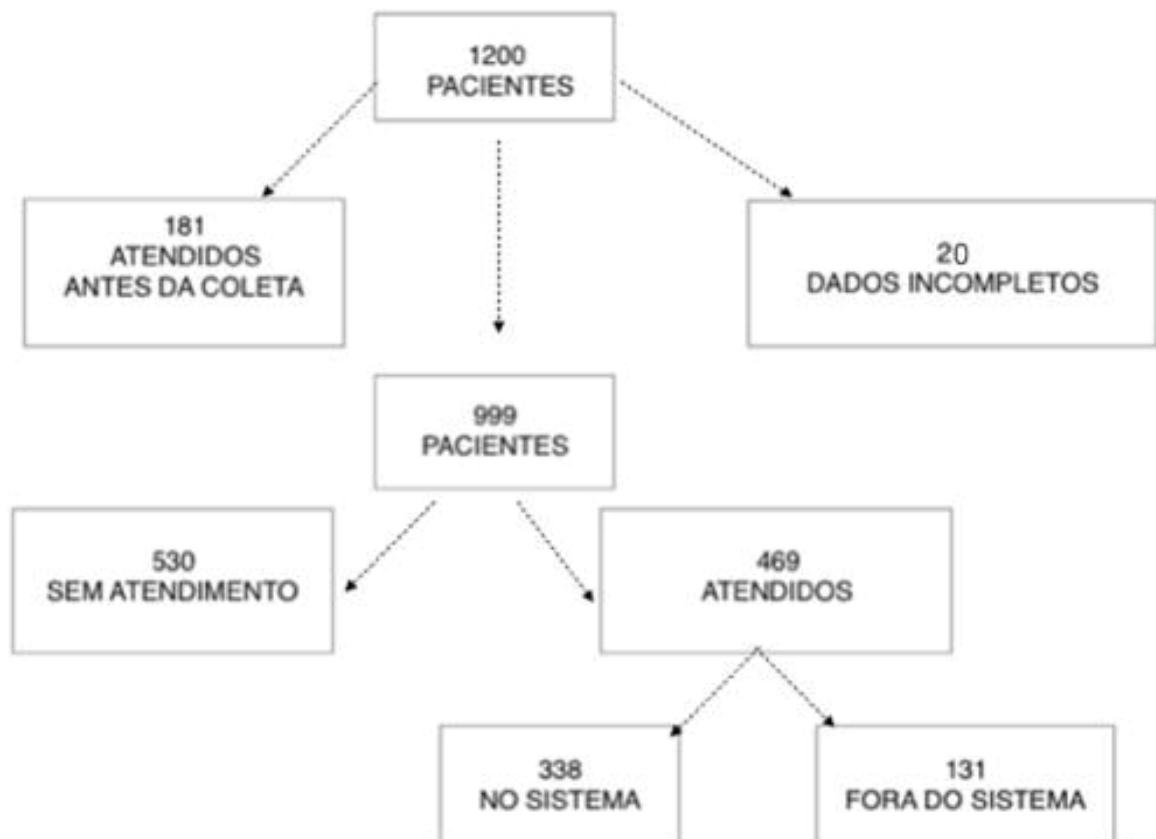
Além disso, algumas doenças autoimunes/inflamatórias tinham baixa representatividade (frequência menor que quatro) e também foram agrupadas como DAI (doenças autoimunes). Da mesma forma, alguns pacientes foram diagnosticados com patologias não reumatológicas ou tinham CID inespecífico, incapaz de predizer a patologia correta, assim, foram agrupados na categoria OUTROS.

Os dados foram apresentados como frequências, medidas de tendência central e dispersão. A associação entre os motivos de encaminhamentos , CIDs pós-atendimento, prioridades solicitadas e tempo de espera para atendimento, foi analisada pelo teste qui-quadrado (intervalo de confiança de 95% e 5% de nível de significância estatística). O ambiente estatístico Rstudio foi utilizado para as análises..

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição de origem da pesquisa, assim como pelo Comitê de Ética do município em que foi realizada. Não houve necessidade de preenchimento do Termo de Consentimento. Inscrita na Plataforma Brasil sob o número 68125717.7.0000.01.02.

## 5 ANÁLISE DE RESULTADOS

Da amostra inicial de 1200 pacientes aguardando consulta com reumatologista, no momento do início da coleta de dados, 181 pacientes já tinham sido atendidos e foram excluídos da análise. Nesse sentido, este trabalho se propôs a analisar os dados de 1019 pacientes que estavam na lista de espera para consulta na reumatologia, no município de Maringá, no Paraná, entre agosto/2017 e janeiro/2019. Entretanto, 20 pacientes estavam com dados de encaminhamentos incompletos, por falta da data da inserção na lista ou por falta do motivo do encaminhamento e, por isso, foram excluídos da análise, restando 999 pacientes com dados completos e passíveis de análise.

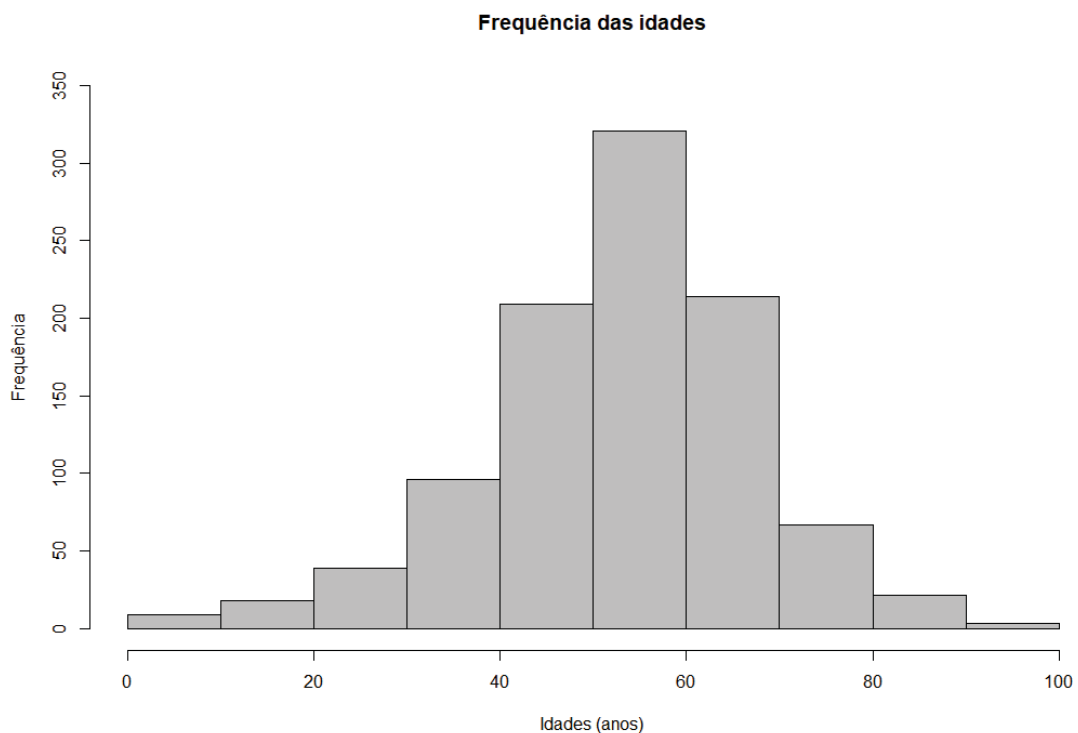


**Figura 2 - Fluxograma - Definição da Amostra de Estudo**

## 5.1 EPIDEMIOLOGIA DA AMOSTRA

Dos 999 pacientes analisados, 847 eram do sexo feminino (85%) e 152 (15%) do sexo masculino. A idade dos participantes variou de 6 a 93 anos, média (DP) de 54(14) anos. A faixa etária predominante foi entre 50 e 59 anos, com 289 (28%) participantes, seguida da faixa etária de 60 a 69 anos, com 227 (23%).

**Gráfico 1 - Distribuição da idade dos pacientes no momento do atendimento**



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Com relação à cor, 737 (74%) eram brancos, 185 (18%) pardos, 46 (5%) negros e 21 (2%) amarelos. Além disso, 10 (1%) participantes não forneceram esse dado. As principais situações familiares dos pacientes analisados foram “convive com companheiro e filhos”, em 395 (40%) dos casos, seguido de “convive com familiares sem companheiro”, em 304 (30%). O restante foi dividido entre “convive com companheiro, com filhos ou outros familiares”, em 119 (12%) casos e “convive com companheiro sem filhos” em outros 97 (10%) casos. Ademais, em 32 (3%) casos, “vive só” e em 50 (5%) casos esse dado não estava discriminado. Os dados referentes à ocupação estavam incompletos no sistema, uma vez que em 377 (38%) essa

informação estava ausente e 238 pacientes (24%) informaram não ter ocupação, o que perfaz mais de 50% da amostra estudada. Inclusive, quando realizada a análise apenas dos participantes do sexo masculino, isto é, 152 pacientes, 89 (58%) não continham informações no sistema a respeito da ocupação. Dos participantes que apresentavam esse dado, as profissões mais representadas foram: do lar 70 (7%); empregado doméstico 57 (6%); comerciante/vendedor 32 (3%); costureira 31 (3%) e cozinheiro 17 (1%). As demais profissões representadas e a frequência com que foram citadas estão descritas na Tabela 2 do Anexo deste trabalho.

Os pacientes eram quase todos moradores do município de Maringá, apenas 5 moravam em outros municípios, mas todos foram encaminhados de 34 unidades básicas de saúde. A unidade que mais encaminhou pacientes no período foi a de número 65, com 108 (11%) encaminhamentos, seguida pelas unidades 62, 48 e 11, com 64 (6%), 63 (6%) e 63 (6%) encaminhamentos, respectivamente. Já as UBS que menos encaminharam pacientes no período foram as de número 12 e 53, com 2 (0,2%) encaminhamentos cada, como também as UBS 21 e 70, com 3 (0,3%) encaminhamentos cada. Os dados completos de encaminhamentos podem ser consultados na Tabela 3 do Anexo deste trabalho.

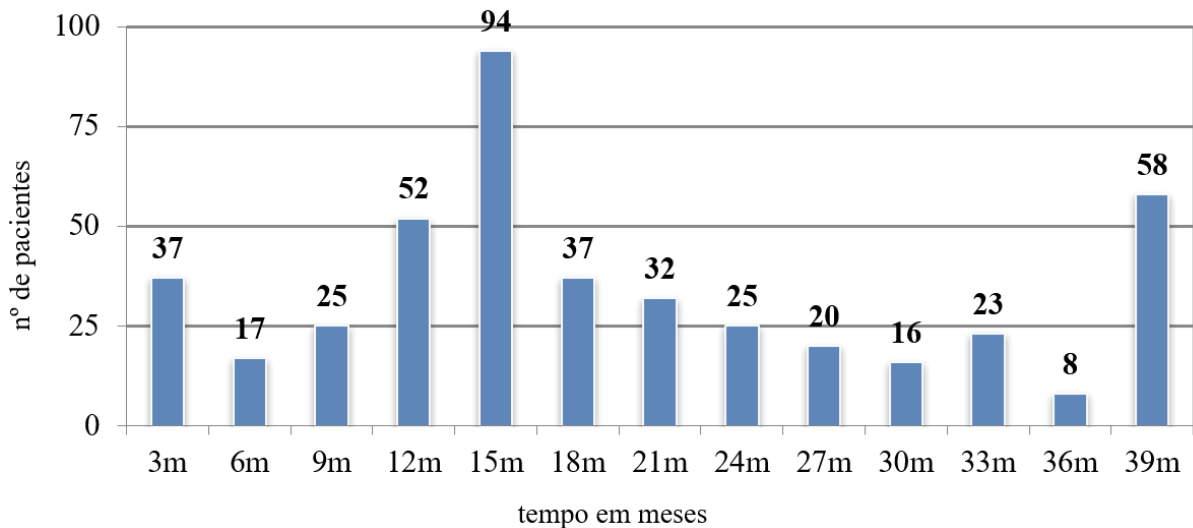
A distância percorrida desde a residência até o local de atendimento variou de menos de 0,5 km a mais de 20,7 km. Com a média (DP) de 7,6(3,6) km de distância; 25% dos pacientes percorreram menos de 1 quilômetro e 25% se deslocaram por mais de 10 km. O tempo gasto para realizar esse deslocamento variou entre 1 e 26 minutos, com mediana (IIQ) de 15(9) minutos, com 25% demorando mais de 19 minutos para realizar todo o trajeto.

## 5.2 TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA

Nos pacientes atendidos durante esse período, foi possível calcular com precisão o tempo de espera. Da mesma forma, foi possível analisar dados referentes à distância entre a residência do paciente e o local de consulta, assim como o tempo de deslocamento. Já nos pacientes não atendidos, o tempo de espera foi calculado até a data de 01/08/2018. O maior tempo de espera para consulta foi de 2.871 dias depois do encaminhamento e o menor tempo de espera foi de 5 dias, para uma paciente com artrite reumatoide. A média (DP) de tempo para atendimento foi de 605

(464) dias, mediana (IIQ) de tempo foi de 447 (422) dias. De 469 pacientes atendidos, apenas 37 esperaram menos de 3 meses para avaliação e 58 aguardaram mais de 3 anos.

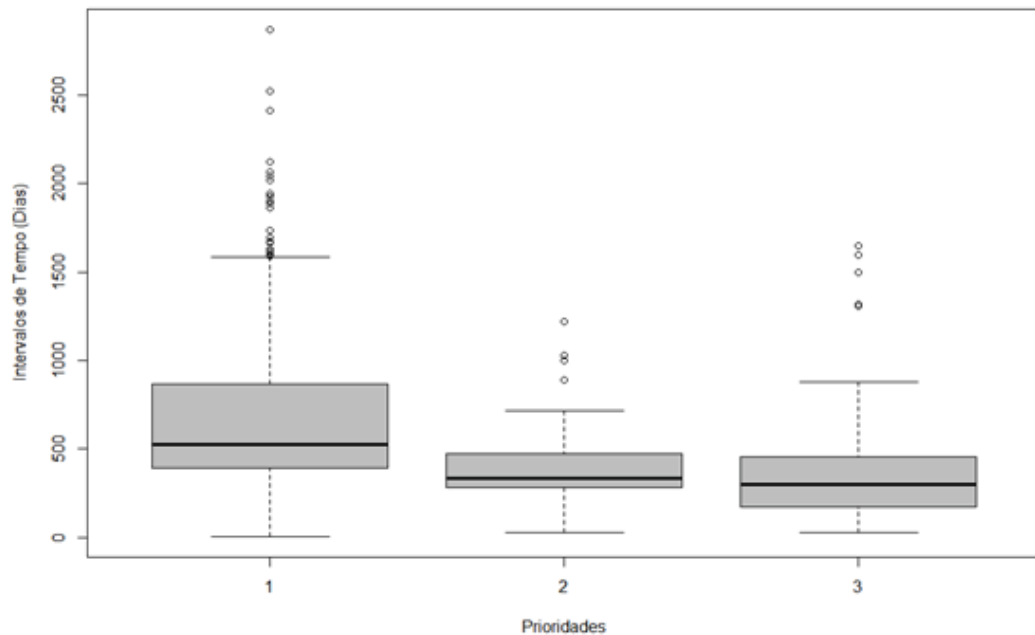
**Gráfico 2 - Número de pacientes atendidos em relação ao tempo de espera para consulta reumatológica**



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O intervalo de tempo para atendimento também variou entre os diferentes graus de prioridades com média (DP) de 384 (363) dias e mediana (IIQ) de 301 (283) dias para prioridade alta. O maior tempo de espera nessa categoria foi de 1.651 dias. Já na prioridade média, a mediana (IIQ) de tempo de espera foi de 336 (192) dias e os tempos mínimo e máximo de espera de 28 e 1219 dias, respectivamente, com média (DP) de 403(289). Para a prioridade baixa, a média (DP) foi de 677(479) e a mediana (IIQ) de 524 (479) dias e os tempos mínimo e máximo de espera de 5 e 2871 dias, respectivamente. No entanto, essa variação entre as categorias não foi estatisticamente significativa ( $P = 0.228$ ).

**Gráfico 3 - Intervalo de tempo de espera para consulta em relação às prioridades descritas nos encaminhamentos\***



**LEGENDA**

- 1: prioridade baixa
- 2: prioridade moderada
- 3: prioridade alta

\* Teste qui-quadrado: nível de significância de 5%. P= 0.2281

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Para os diferentes CIDs, a média de espera foi de 300 dias para a categoria de DAI, 536 dias para artrite reumatoide, 542 para dor articular não especificada, 548 dias para osteoartrite . Os CIDs específicos com menos tempo de espera foram artrite psoriásica, com média (DP) 252(197) dias de espera, Lúpus eritematoso sistêmico, com 462 dias e, por fim, espondilite anquilosante, com 465 dias entre o encaminhamento e o atendimento especializado. Os dados completos podem ser consultados na Tabela 4 do Anexo deste trabalho.

### 5.3 QUALIDADE DOS ENCAMINHAMENTOS

Sobre a qualidade dos 999 encaminhamentos, em 2,3% deles constavam apenas o pedido de avaliação e conduta sem nenhum dado referente à situação clínica do paciente. Da mesma forma, 14 (1,4%) foram descritos apenas como “reumatismo”, enquanto 1,8% dos encaminhamentos estavam em branco, 7 (0,7%) só informavam que o pedido havia sido feito por médico especialista, sem descrever o motivo da consulta, assim como 21 (2%) pacientes foram encaminhados apenas por alterações laboratoriais, sem descrição de sintomas e 132 (13%) informavam cancelamento ou desistência do pedido de avaliação, sendo possível, nesse caso, apenas avaliar os dados de encaminhamento, sem poder comparar com os da consulta reumatológica.

Devido à grande variedade de queixas no encaminhamento e às múltiplas formas de descrição, conforme explicitado na metodologia, essas variáveis foram categorizadas de acordo com a principal hipótese diagnóstica e a quantidade de informações contidas no encaminhamento.

Cento e sessenta e quatro encaminhamentos (16%) possuíam dados, como duração dos sintomas, exames realizados, tratamentos utilizados, ou outra informação extra, desses, 150 (15%) apresentavam 1 informação complementar e 14 (1,4%) pacientes apresentavam encaminhamentos mais completos, com 2 informações adicionais.

Do total dos encaminhamentos, em torno de 210 (20%) foram encaminhados por artralgia. Destes, 73 (35%) continham a queixa de artralgia mais uma informação pertinente, 11 (5%) descreviam 2 informações extras e 7 (3%) solicitavam avaliação para queixa de artralgia localizada. A segunda maior queixa nos encaminhamentos foi de dor, 126 (13%) pacientes. Desses, 52 (41%) foram encaminhados por dor localizada, 11 (9%) encaminhamentos com um dado complementar e 51 (40%) por dor difusa, 10 (9%) encaminhamentos com uma informação adicional e 1 (0,7%) com duas. Ainda nessa categoria, 7 (5%) foram encaminhados por dor crônica e 16 (13%) com referência apenas à dor.

Dos encaminhamentos com suspeita diagnóstica sintomática (dor, artralgia, artrite), o terceiro em prevalência foi a queixa de artrite, 78 (8%) encaminhamentos. Destes, 18 (23%) informavam a localização do sintoma, 23 (29%) faziam descrição de

uma característica adicional e 2 (2%) possuíam informações mais completas, com 2 informações além da queixa principal.

Nos encaminhamentos com suspeita diagnóstica, o mais prevalente foi de fibromialgia, com 109 (11%) pacientes. Destes, apenas 13 (12%) continham alguma informação extra a respeito de exames laboratoriais ou de imagem e tratamentos realizados. Da mesma forma, 14 (24%) encaminhamentos com suspeita diagnóstica de artrite reumatoide, que foi responsável por 58 (6,5%) dos encaminhamentos analisados, mencionavam tratamentos e exames realizados ou comorbidades com 1 solicitação de avaliação com urgência no encaminhamento.

Quando avaliadas suspeitas diagnósticas de menor prevalência, os dados são heterogêneos, com 11 (1%) encaminhamentos de espondilite anquilosante com 2 com informações adicionais, enquanto dos 15 (1,5%) encaminhamentos de lombalgia e dos 5 de cervicalgia, 8 e 2, respectivamente, continham informações adicionais, o que, apesar de em pequena escala, perfaz mais de 50% dos encaminhamentos daquele e quase metade destes. Em relação aos encaminhamentos para gota, 3 dos 23 possuíam informações extras e para OP apenas 1 dos 14 continha informação adicional.

A frequência das demais suspeitas diagnósticas foi de 13 (1,3%) por reumatismo de partes moles, 1 por vasculite (0,1%), 1 (0,1%) por artrite psoriásica, 2 (0,2%) por mialgia e 34 (3,4%) por outros reumatismos.

Daqueles 469 (47%) pacientes que foram atendidos no período da coleta de dados, 338 (72%) realizaram atendimento nos locais com prontuário eletrônico padrão e foi possível coletar os dados referentes ao diagnóstico final. Outros 106 pacientes (22%) foram atendidos em outros locais e não foi possível coletar essas informações. À semelhança da categorização realizada com o motivo do encaminhamento, os diagnósticos definitivos também necessitaram agrupamento para análise. Isso ocorreu, devido à existência de mais de um CID para a mesma doença, como artrite reumatoide (AR) que pode receber os CIDs: M058; M059; M060; M068 e M069, com discretas variações no perfil clínico de uma mesma patologia. Além disso, pacientes com os diversos CIDs de artrose, localizada ou difusa, foram agrupados em uma mesma categoria.

Da mesma forma, algumas doenças autoimunes/inflamatórias tinham baixa representatividade (frequência menor que 4) e também foram agrupadas como DAI (doenças autoimunes) que englobou crioglobulinemia (1), amiloidose (1), miopatia (2),

artrite idiopática juvenil (1), artrite não especificada (2), esclerodermia (2), síndrome de Sjogren (1), doença de Behçet (1), polimialgia reumática (2) e doença de Paget (1). Da mesma forma, alguns pacientes foram diagnosticados com patologias não reumatológicas ou tinham CID inespecífico, incapaz de predizer a patologia correta, estes foram agrupados na categoria OUTROS (17), embolia (1), derrame pericárdio (1), fenômeno de Raynaud (2), infecção de pele (1), piodermite gangrenosa (1), deformidades (1), alterações internas do joelho (2), vasculopatia (1), reumatismo (3), osteomielite (1), alterações de exame (3).

O principal diagnóstico encontrado nesses pacientes foi o de fibromialgia, 121 (35%) pacientes, desses, 29 (24%) foram encaminhados como prioridade alta, 4 (3%) como prioridade intermediária e o restante, 88 (73%), como prioridade baixa. Desses 121 pacientes, apenas 31 (25%) foram encaminhados com a suspeita de fibromialgia no encaminhamento, enquanto 7 (6%) foram encaminhados com suspeita de AR, o restante (69%) foi encaminhado por artrite, artralgia, dor difusa, mialgia e outros.

O segundo diagnóstico mais encontrado foi de OA, 61(18%) pacientes, com 16 pacientes, mais de 25%, com solicitação de prioridade moderada ou alta. De todos os encaminhamentos com diagnósticos de artrose, 7 (11%) foram encaminhados com suspeita de AR, 6 (10%) encaminhados por artrose e 22 (36%) por artralgia, os demais (43%) por suspeita de reumatismo de partes moles, dor localizada, fibromialgia, OP e outros.

A terceira patologia mais diagnosticada e a primeira entre as doenças autoimunes/autoinflamatórias foi a AR, com 34 (10%) diagnósticos. Desses, apenas 7 (20%) foram encaminhados com prioridade alta, 10 (29%) foram encaminhados por suspeita de AR, 3 (10%) por suspeita de artrite e o restante (61,7%) por suspeita de fibromialgia, reumatismo e alguns a pedido do paciente ou com encaminhamento sem descrição de histórias, solicitando apenas avaliação e conduta.

Outro diagnóstico de maior prevalência neste estudo foi a OP, com 26 (7%) pacientes. Desses, 3 (11,5%) foram encaminhados com prioridade moderada ou alta e 23% (6) continuam no encaminhamento suspeita de OP, os demais motivos de solicitação de consulta foram de artrose, artralgia, dor crônica, fibromialgia e AR.

Os demais diagnósticos de doenças autoimunes/autoinflamatórias foram em ordem decrescente: espondilite anquilosante 8 (2%); lúpus eritematoso sistêmico 3 (0,9%); artrite psoriática 3 (0,9%) e o grupo que abrangeu as doenças menos prevalentes - DAI 11 (3%). Desses 25 pacientes, 8 (32%) foram encaminhados com

prioridade moderada ou alta. Dos pacientes com artrite psoriásica, apenas 1 foi encaminhado com suspeita correspondente, enquanto dos 8 pacientes com EA, 4 (50%) foram encaminhados por essa suspeita e nenhum paciente com diagnóstico de lúpus foi encaminhado por essa suspeita.

Nas demais doenças, o cenário de concordância foi heterogêneo, com 7 dos 11 pacientes com diagnóstico de gota sendo encaminhados por suspeita de gota, enquanto nenhum dos 4 diagnósticos de neuropatia periférica foi encaminhado por essa suspeita. Já para o diagnóstico de dor articular (9), quatro (40%) foram encaminhados com essa descrição de sintomas e o restante por dor difusa (2), avaliação e conduta (2) e um encaminhamento em branco. Nos pacientes com gota (11), 7 tiveram solicitação com prioridade baixa, enquanto no CID de dor articular, apenas 2 solicitações eram de prioridade moderada e, o restante, prioridade baixa.

Ainda sobre os encaminhamentos, pode-se avaliar a prioridade solicitada a partir da hipótese diagnóstica aventada pelo médico da atenção primária ou do sintoma cardinal que o fez requerer atendimento reumatológico. Dessa forma, foi possível avaliar o entendimento no que diz respeito às patologias que necessitam de prioridade de atendimento. Os dados completos foram reunidos na Tabela 5 disponível no Anexo deste trabalho.

Por ordem de prevalência, o maior número de encaminhamentos foi por artralgia, com 210 (21%) encaminhamentos, desses, 160 (76%) tinham prioridade baixa, 25 (12%) prioridade intermediária e 24 (11%) prioridade alta. Não obstante, pouco mais de 50% dos encaminhamentos com prioridade média/alta (25 encaminhamentos) continham alguma informação adicional que justificasse a prioridade elevada, como exames, tratamentos prévios ou localização precisa da artralgia.

Na sequência, a segunda maior queixa foi de dor, com 126 (13%) encaminhamentos, tanto por dor difusa, quanto por dor localizada ou crônica, com ou sem informações adicionais. Desses casos, 107 (85%) foram encaminhados com prioridade baixa e 17(13%) com prioridade média ou alta. Nessa categoria, todavia, os encaminhamentos nos quais foi solicitada prioridade elevada todos continham informações adicionais que poderiam corroborar a priorização.

O terceiro maior motivo de encaminhamento foi a suspeita de fibromialgia, com 109 (11%) pedidos de avaliação. Destes, 91 (83%) tinham prioridade baixa e 12 (11%) tinham solicitação de prioridade alta; todos sem informações adicionais. Esses

dados sugerem uma dificuldade em entender a necessidade de priorização para atendimento baseado na suspeita diagnóstica realizada pelo médico da atenção primária, pois, a patologia não causa deformidades ou lesões de órgãos internos e, dessa forma, esses casos não deveriam ser encaminhados com prioridade alta.

Além disso, dos 47 (5% da amostra total) encaminhamentos por suspeita de AR, 42 (89%) foram encaminhados com prioridade baixa e apenas 4 com prioridade alta. O mesmo aconteceu com os encaminhamentos por suspeita de EA, em que, do total, 11,6 (54%) tiveram solicitação de prioridade baixa, 1 (9%) de prioridade intermediária e 4 (36%) de prioridade alta.

Igualmente, dos 77(8%) pacientes encaminhados por suspeita de artrite (sintoma), independente da existência de uma hipótese diagnóstica (AR, artrite psoriásica, espondiloartropatia), 68, ou seja, 88% da amostra foi encaminhada com prioridade baixa. Por outro lado, nessas categorias, 55% dos encaminhamentos com solicitação de prioridade elevada continham informações adicionais. O mesmo aconteceu com pacientes encaminhados por suspeita de outros reumatismos, em que dos 34, 27 (79%) foram encaminhados com prioridade baixa e, levando-se em consideração que essas são patologias prioritariamente inflamatórias e deveriam ser avaliadas em menor tempo, pode-se observar uma falha na priorização.

Por outro lado, naqueles encaminhamentos inespecíficos em que não foi possível realizar a triagem adequada, como avaliação e conduta, encaminhamentos em branco, a pedido do paciente ou alterações laboratoriais sem clínica descrita, 90%, 88%, 100% e 80%, respectivamente, foram encaminhados com prioridade baixa. Assim como pacientes encaminhados por reumatismo de partes moles, dos quais 84%, de uma amostra de 13 pedidos de avaliação, foram encaminhados com prioridade baixa. Ainda, de 38 pacientes encaminhados por artrose, 33 (86%) também tiveram prioridade baixa, o que denota entendimento do não preenchimento de critérios para priorização elevada para esses casos.

À semelhança desses encaminhamentos, pacientes encaminhados por doenças como OP, gota, cervicalgia e lombalgia, correspondiam a 55 pedidos de avaliação. Destes, 80% teve solicitação de prioridade baixa, ou seja, a grande maioria da amostra não interferiu no atendimento dos pacientes de alta e moderada prioridade.

Como última observação, no início dos atendimentos, os pedidos de consulta foram revisados e, do total de pacientes encaminhados, 132 (13%) tiveram seus

encaminhamentos cancelados ou houve desistência. O motivo para tais ações não estavam discriminados no sistema na maioria dos pacientes e, por esse motivo, não puderam ser avaliados. Assim, não é possível definir se esses pacientes tiveram suas queixas resolvidas espontaneamente, por outros profissionais, ou tinham evoluído para óbito. Ainda assim, foi possível acessar a prioridade solicitada nos encaminhamentos desses pacientes: dos 132, 120 (90%) eram de prioridade baixa; 4 (3%) prioridade média e 8 (6%) prioridade alta.

## 6 DISCUSSÃO

No Brasil o Sistema Público de Atendimento à Saúde (SUS) é estruturado da menor para maior complexidade. Assim como em outros países (como Austrália e Canadá), o atendimento em reumatologia é dependente da entrada do paciente na atenção primária à saúde. Os médicos da atenção primária são responsáveis por identificar os pacientes que necessitam de acompanhamento especializado e encaminhá-los. As queixas musculoesqueléticas são as mais prevalentes e geram morbidade, sendo responsáveis por 10% dos atendimentos na rede primária de atenção à saúde. Existem mais de 100 doenças reumáticas, que apresentam sintomas variados e podem acometer pessoas de diferentes faixas etárias (PORTAL SAÚDE BUSINESS, 2012). Em algumas doenças pode ocorrer lesão de órgãos internos como pulmão e rins, aumentando morbidade e diminuindo a expectativa de vida dos pacientes. Por esse motivo, as doenças com maior risco de sequelas e mortalidade necessitam de atendimento em um curto período de tempo após o início dos sintomas. Esse atendimento depende do acesso do paciente ao serviço de saúde na atenção primária, da rápida identificação da doença e definição de prioridades, do encaminhamento do médico da atenção primária à saúde ao especialista e da oferta adequada do serviço especializado à demanda populacional (RAZA et al, 2011).

Segundo o CFM há 2.383 reumatologistas atuantes no Brasil, para uma população de 208.759.995 habitantes, a maior proporção (54%) concentrados na região sudeste. O Paraná conta com 174 reumatologistas e quatro programas de residência na especialidade, que são responsáveis por atender uma demanda de 11.444.526 habitantes. Maringá, com uma população de 403.063 habitantes possui 16 reumatologistas em atuação. Comparando a situação brasileira com o Canadá e os EUA, observa-se que nesses países há 1 reumatologista para aproximadamente 66.000 habitantes. No Brasil esse número é de 1 especialista para cada 87.603 habitantes, enquanto a população paranaense conta com 1 reumatologista para cada 65mil habitantes. Em Maringá a relação é de 1 para cada 25.191 habitantes (IBGE, 2019).

Observa-se que a proporção em Maringá é mais favorável do que a de países desenvolvidos, mas mesmo assim há uma lista de espera significativa com pacientes esperando em média 605 dias para atendimento. Uma das explicações é que nem todos os reumatologistas de Maringá atendem na rede pública. Como forma de

combater essa inadequação, a OMS tem proposto estratégias de atendimento baseadas em demandas. Os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas) deveriam ser distribuídos nos locais de atendimento de acordo com a demanda populacional, e o mesmo deveria acontecer com os materiais e demais recursos financeiros, para que o processo todo fosse otimizado, oferecendo acesso à saúde de qualidade para toda a população (AHERN et al., 2019).

A prevalência das queixas reumatológicas é significativa, e com o envelhecimento da população (CARPENTER e KATZ, 2013) a tendência é que haja maior necessidade de consultas especializadas. Por outro lado, estudos sugerem a diminuição da oferta de especialistas (HAZLEWOOD et al., 2016) ao longo dos anos, o que desfavorece a relação médico/habitante, aumentando a espera para atendimento. Para evitar que o tempo até o início do tratamento provoque o desenvolvimento de sequelas, o ideal seria haver um sistema de triagem e priorização adequadas a fim de que pacientes com doenças potencialmente mais graves sejam avaliados em menor tempo. A triagem pode ser realizada por meio da análise dos encaminhamentos/pedidos de avaliação enviados pelo médico da assistência primária ao especialista. E, para isso, as informações devem ser completas, objetivas e acuradas (WONG et al., 2019).

No estado do Paraná, os dados da Secretaria Estadual de Saúde demonstraram que, em fevereiro de 2019, 6.838 pacientes aguardavam consulta em reumatologia. Só em Maringá, em 2017, esse número era de 1.200 pacientes, alguns aguardando desde 2010. Havia na cidade uma oferta de 40 vagas para pacientes novos por mês, em 5 locais de atendimento. Observa-se com isso que, apesar da quantidade de reumatologistas no Paraná e em Maringá serem adequadas ao tamanho populacional, a distribuição e acesso a esse atendimento não atende a demanda populacional.

No Brasil, faltam estudos que avaliem as necessidades estruturais do atendimento adequado em reumatologia. Devido à escassez de estudos epidemiológicos em reumatologia e a falta de dados, pouco se sabe a respeito dos pacientes que aguardam atendimento e ainda não há, em muitos locais, uma dimensão real da quantidade de pacientes que necessitam desse acompanhamento. Além disso, a comunicação entre o médico da atenção primária e o médico especialista não é efetiva, e são poucos os dados disponíveis para análise da triagem, desconhecendo-se sua qualidade e potencial para uso. A partir da análise das

características dos encaminhamentos, dos pacientes nela incluídos e do seu mecanismo de triagem, este trabalho espera identificar entraves para o atendimento em tempo adequado e formular propostas que otimizem o atendimento desses pacientes.

## 6.1 EPIDEMIOLOGIA DA AMOSTRA

Um dos objetivos deste estudo foi avaliar as características da população que aguarda atendimento reumatológico no SUS em Maringá. Dados levantados nesta pesquisa evidenciaram uma proporção maior de pacientes do sexo feminino (85%), dado semelhante ao encontrado em um estudo retrospectivo realizado em Ontário, no Canadá, em 2013, que avaliou 2.430 encaminhamentos para reumatologistas, sendo 69% do sexo feminino. Nesse mesmo estudo, a idade média (DP) era de 53(16) anos, praticamente a mesma do presente estudo (WONG et al., 2019).

Com objetivos semelhantes ao deste estudo, uma pesquisa em Kentucky (EUA) realizada em 2014, avaliou a qualidade da triagem dos encaminhamentos. Foi constatada que a média (DP) de idade dos participantes era de 46 (13) anos, sendo 81% do sexo feminino. Os principais diagnósticos realizados foram osteoartrite (34,9%), fibromialgia (24,3%), artrite reumatoide (16,5%) e Lúpus (3,8%) (LAYTON et al., 2016).

Um outro estudo realizado em 2015 na cidade de Blumenau-SC, encontrou dados epidemiológicos semelhantes aos nossos, com a prevalência de 84% de mulheres e idade média (DP) de 54(10) anos (GOMES et al., 2018). Entretanto, a amostra utilizada era diferente da nossa, pois incluiu apenas pacientes com artrite reumatoide e objetivou analisar os fatores associados à permanência ou não dos pacientes no mercado de trabalho.

Esse estudo avaliou a situação laboral desses pacientes, e 37% da amostra inicial não foi analisada pois eram desempregados, pensionistas, "do lar" ou aposentados, por motivos outros que não a patologia reumatológica. É possível observar que a proporção de economicamente inativos foi menor nesse estudo do que no nosso estudo, mas naquele as pessoas eram entrevistadas pessoalmente e foram incluídos tanto pacientes acompanhados pelo SUS quanto beneficiários de planos de saúde. Já nosso estudo avaliou apenas pacientes acompanhados pelo SUS e foram utilizados apenas dados disponíveis no prontuário eletrônico, o que pode ser

interpretado de duas formas: esses pacientes necessitavam do atendimento público por não estarem economicamente ativos ou o campo que descreve a ocupação dos pacientes não foi preenchido corretamente no sistema.

Outro estudo realizado em São Paulo em 2005 avaliou a situação trabalhista dos pacientes reumatológicos. Dados de prontuários de pacientes com AR foram analisados, e dos 1381 pacientes inclusos apenas 650 continham dados relacionados ao trabalho. Além disso, o estudo constatou que apenas 31% dos pacientes estavam trabalhando formalmente e, do restante, a maioria era do lar, dados também muito semelhantes aos nossos (LOUZADA-JUNIOR et al., 2007).

Baseada nessas informações, uma revisão sistemática realizada na Escandinávia (2008) procurou avaliar quais os fatores preditores para saída do mercado de trabalho de pacientes com doenças crônicas (AR, asma, diabetes mellitus e doença miocárdica isquêmica). Para os pacientes com AR, não houve evidência suficiente para correlacionar a atividade da doença com a incapacidade laboral, entretanto pode-se relacionar a incapacidade com as limitações de movimentação e alterações corporais (articulações edemaciadas e deformidades). Uma outra correlação positiva com a limitação laboral foi a necessidade de uso de força no trabalho e a execução de tarefas que exigem precisão minuciosa, além de fatores como a idade mais avançada e a baixa escolaridade do paciente. Deve-se ressaltar, porém, que a baixa escolaridade e idade avançada são características que tornam mais difícil a permanência no mercado de trabalho, independente da presença de comorbidades (DETAILLE et al., 2009).

Segundo essa mesma revisão sistemática, a porcentagem da população economicamente ativa com doenças crônicas ou algum tipo de incapacidade pode chegar a até 32%, incluindo dor lombar não específica e patologias psiquiátricas. Na Europa, pessoas com patologias crônicas estão fora do mercado de trabalho em uma proporção quase duas vezes maior que o restante da população. Uma das razões levantadas pelo estudo é o desencorajamento para o trabalho, uma vez que muitos acreditam que sua chance de conseguir um emprego é baixa e por esse motivo não procuram se inserir no mercado de trabalho (DETAILLE et al., 2009).

Com relação à cor autocaracterizada pelo participante, esse estudo observou que 737 pacientes (74%) eram da cor branca, 185 (18%) parda, 46 (5%) preta e 21 (2%) amarela, sendo que 10 participantes não forneceram essa informação. Esses dados se assemelham à característica populacional da cidade de Maringá, com 69%

da população branca, seguida da parda (21,1%), amarela (5,2%), preta (4,7%) e indígena (0,1%) (IBGE, 2012). Observa-se a menor representatividade da raça amarela no presente estudo e coloca-se a hipótese de que essa população: a) utilize menos o serviço público de saúde, ou; b) prefira consultar com médicos de sua própria etnia – e pagar por isso, já que não podem escolher por quem serão atendidos na rede pública. É possível observar ainda a ausência de representatividade de indígenas. Interroga-se a possibilidade de eles morarem em áreas mais afastadas ou procurarem tratar suas patologias com os próprios curandeiros do grupo. Sendo assim, novos estudos devem ser conduzidos para explorar as possíveis causas dessa baixa representatividade.

Ainda sobre as diferenças de cor ou etnia dos pacientes no que diz respeito à procura por atendimento reumatológico, um estudo realizado por Kumar et al. (2010), no sul da Ásia, avaliou o tempo de espera para procura de avaliação médica em pacientes com AR. Comparando pacientes de origem sul asiática, britânica e afro-caribenha residentes na região, o estudo observou que os pacientes de ascendência asiática demoraram em média o dobro de tempo para procurar atendimento (24 vs 12 semanas). Eles observaram que a demora na procura por atendimento tinha relação com as crenças dos pacientes. Muitos ignoraram seus sintomas no início do quadro, esperando que se resolvessem espontaneamente, ou tentaram manejar os sintomas com mudanças de hábitos como dieta, aplicação de calor, medicamentos convencionais e orações. Nenhum dos 43 pacientes de origem asiática avaliados nesse estudo acreditava que os sintomas eram indicativos de uma doença grave - a grande maioria pelo fato de não conhecer ou de saber muito pouco a respeito das patologias reumatológicas (KUMAR et al., 2010).

## 6.2 TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA REUMATOLÓGICA

Um objetivo deste trabalho foi avaliar o tempo de espera para consulta reumatológica no município de Maringá e sua adequação às recomendações das sociedades internacionais. Da mesma forma, uma pesquisa realizada pela Sociedade Britânica de Reumatologia entre 2014-2015, avaliou o tempo de espera para consulta em pacientes com AR inicial e observou que, em Londres, 55% dos pacientes era atendido por um reumatologista dentro de 3 semanas após o encaminhamento; para o restante do país essa porcentagem variou entre 28 e 39%. Nesse estudo, a média

de tempo de espera para atendimento especializado foi de 4 semanas e 75% dos pacientes foram avaliados por um reumatologista em 7 semanas (WISE, 2016).

O NICE (Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica) recomenda que os pacientes sejam encaminhados em até 3 dias a contar da primeira consulta com médico da atenção primária. Ao contrário do nosso estudo, em que mais de 50% da amostra aguardou mais de 400 dias para atendimento, o estudo britânico observou que apenas um quarto dos pacientes esperou mais de 3 meses para encaminhamento e que o tempo médio para avaliação com o especialista foi de 34 dias. Esse mesmo estudo sugere treinamento dos médicos da atenção primária, para melhorar o reconhecimento dessa patologia e otimizar as condutas iniciais.

Entretanto, a demora para consulta com reumatologista não é exclusiva do SUS brasileiro. Em uma simulação realizada em Quebec, Canadá em 2010, por Delaurier et al. (2012), dois assistentes de pesquisa telefonavam para clínicas reumatológicas (públicas ou privadas) e tentavam marcar consulta para 3 casos hipotéticos (alta probabilidade de AR, baixa probabilidade de AR e alta probabilidade para OA). Eles observaram que quase 60% dos pacientes com AR não estavam sendo avaliados dentro do tempo recomendado (3 meses). Esse estudo demonstrou que, apesar de não haver nenhum sistema específico de triagem, os pacientes com osteoartrite demoraram mais para consultar, o que sugere a existência de algum mecanismo de priorização, provavelmente realizada pela secretária que atendia os telefonemas nas respectivas clínicas.

Em pesquisa semelhante realizada em Ontário, Canadá em 2014, o tempo de espera para consulta com reumatologistas variou de acordo com a categoria do diagnóstico. Ele foi mais demorado para consultas de pacientes com artropatia por cristais, espondilite, OA e dor crônica, chegando à espera de mais de 1.000 dias. Além disso, pacientes com OA, espondilite e dor crônica demoravam mais para procurar atendimento (360 dias). Já os pacientes com doenças inflamatórias sistêmicas tiveram mediana (IIQ) de espera de 66 (18-84) dias entre o agendamento e a consulta com reumatologista, indicando priorização adequada de atendimentos especializados (WIDDIFIELD et al., 2016). O nosso estudo também analisou a média (DP) do tempo de espera por diagnósticos, e encontrou 536 (414) dias par AR e 548 (471) para osteoartrite. O CID diagnóstico com menor tempo de espera foi de ApS com 252(197), concluindo que mesmo a doença inflamatória sistêmica atendida mais precocemente não foi avaliada no tempo recomendado.

Em um outro estudo em Ontário, Canadá realizado em 2014 com 2.430 participantes, os pacientes foram divididos em 6 categorias diagnósticas: osteoartrite, doença inflamatória sistêmica, dor musculoesquelética regional, dor crônica e osteoporose/osteopenia. No total 68 (2,8%) pacientes faltaram ou desistiram da consulta inicial (WIDDIFIELD et al., 2016). Esses dados são muito discrepantes do nosso estudo, em que a desistência chegou a 13,2%. Nesse mesmo estudo o tempo de espera para pacientes com AR até a consulta, desde o início dos sintomas, teve média de 327 dias, já a duração média de espera após o encaminhamento foi de 66 dias (WIDDIFIELD et al., 2016).

Para avaliar os possíveis motivos de atraso no encaminhamento para consulta com especialista pelo médico da atenção primária, um estudo em Connecticut (EUA) realizado em 2006, analisou entrevistas de 19 médicos, de ambos os sexos, da área rural ou urbana, com ou sem acesso facilitado ao especialista. Eles observaram que as características clínicas do paciente assim como sua vontade ou percepção da doença interferiam na precocidade do encaminhamento. Dessa forma, pacientes com doenças mais leves ou sintomas flutuantes que melhoravam com uso de medicamentos sintomáticos tendiam a permanecer mais tempo com acompanhamento exclusivo com médico da atenção primária. Por esse motivo, pacientes que não entendem sua doença como grave, com redução de expectativa de vida, são relutantes ao encaminhamento para acompanhamento com especialista, e acabam influenciando a decisão do médico da atenção primária (SUTER; FRAENKEL; HOLMBOE, 2006).

No mesmo sentido, pacientes com limitações financeiras acabam sendo acompanhados mais tempo pelo médico da atenção primária. Um outro fator que determina o atendimento é a relação com o médico especialista, tanto da parte do paciente quanto da parte do médico da atenção primária. No mesmo estudo, os médicos da atenção primária relataram sua marginalização do tratamento do paciente, ou seja, após o encaminhamento eles passavam a ser meros expectantes do acompanhamento do seu paciente. Além disso, foram relatados comentários pejorativos por parte do especialista a respeito das condutas dos médicos da atenção primária no acompanhamento do paciente. Esses dois fatores influenciaram negativamente as solicitações de encaminhamento.

### 6.3 QUALIDADE DOS ENCAMINHAMENTOS

Um dos principais meios de comunicação entre médicos são os encaminhamentos. Eles têm por função informar o médico sobre os dados clínicos dos pacientes e, quando realizados adequadamente, podem servir como mecanismo de triagem acurado.

Com o objetivo de analisar a qualidade dos encaminhamentos, um estudo realizado por Wong et al. (2019), em Ontário (Canadá), com dados de 2014, avaliou que, de 2.430 solicitações de avaliação, 32% tinham diagnóstico de osteoartrite, 31% de doença reumatológica autoimune/inflamatórias e 16% de queixas musculoesqueléticas regionais. A quase totalidade dos encaminhamentos 98,9% tinham uma hipótese diagnóstica, diferente dos dados levantados pelo nosso trabalho, em que 592 pacientes (59,2%) foram encaminhados por sintomas e não hipóteses diagnósticas. Em Ontário, os médicos da atenção primária solicitaram urgência para 211 pacientes (8,7%), principalmente para pacientes com artrite reumatoide. Já o nosso trabalho observou um total de 7 (0,007%) solicitações de atendimento com urgência por diferentes razões, tais como: avaliação e conduta (1), artrite reumatoide (1), artralgia (2), gota (1), lombalgia (1), polimialgia (1).

Nesse estudo canadense de Wong et al., pouco mais da metade dos encaminhamentos (51%) continha informações de exames laboratoriais, e elas estavam presentes principalmente em pacientes com doenças inflamatórias sistêmicas e nos assintomáticos apenas com alteração laboratorial. Com relação aos exames de imagem, 33,7% dos encaminhamentos relatava resultados de exames de imagem, principalmente para pacientes com OA. Quanto aos sintomas, 51,1% apresentavam dor articular, com 64,7% indicando a localização da dor e pouco mais da metade relatando a duração dos sintomas. Entretanto, apenas 52,5% dos pacientes com artrite reumatoide apresentava a informação da duração dos sintomas no encaminhamento, e menos da metade (49,2%) fazia menção a presença de edema articular. Além disso, apenas 55,2% dos encaminhamentos apresentava o histórico médico do paciente, 55,9% a medicação utilizada, 16% a história familiar e 12,8% a história ocupacional. Nosso trabalho também identificou nos encaminhamentos analisados na região de Maringá a ausência de dados ou dados incompletos; e isso ocorreu apesar de os dados serem inseridos em um sistema de prontuário eletrônico, ferramenta capaz de facilitar a coleta e análise dos dados.

Em um trabalho realizado por Fitch-Rogalsky et al. (2014) em Alberta (Canadá), com 15.357 encaminhamentos, observou-se que a maioria dos pacientes foram encaminhados por artropatia inflamatória (24%), artralgia (27%) e doença inflamatória previamente diagnosticada (12,1%). No nosso estudo, ao contrário, a maioria dos pacientes foi encaminhada por queixa de artralgia (21%), seguido de dor (13%) e fibromialgia (11%) e que a principal patologia inflamatória encaminhada foi a AR com 5% dos casos. À semelhança do nosso estudo, o trabalho canadense evidenciou que a minoria foi encaminhada por espondiloartrite (7,3%), osteoartrite (6,7%), reumatismo de partes moles (3,1%) e vasculites (1,4%). Quando observado apenas os encaminhamentos por FAN positivo, 92% eram do sexo feminino, com média de idade de 48,7 anos. Dos encaminhamentos avaliados, 83,7% eram de médicos de atenção primária e o restante de outras especialidades (FITCH-ROGALSKY et al., 2014).

Pesquisa semelhante realizada na Tunísia com dados de 2014 analisou informações de 500 pacientes encaminhados para reumatologia. 40% deles não tinha carta ou formulário de encaminhamento. Todos os encaminhamentos realizados eram escritos a mão, e apenas 6 eram ilegíveis - no nosso estudo todos os encaminhamentos estavam em sistema eletrônico, o que exclui essa possibilidade. A história clínica dos pacientes estava presente em 57% dos encaminhamentos e era mais comum nos encaminhamentos de médicos de hospitais universitários (52%). A dor foi o principal motivo para solicitação de consulta, principalmente dor lombar e em joelhos, e o motivo do encaminhamento não estava especificado em 2 casos, mas apenas 25% continha a hipótese diagnóstica, que estava correta em 55% dos casos (BACHALI, Asma et al., 2017).

Um outro estudo realizado em Cannock Chase (Reino Unido) em 2013 avaliou 224 encaminhamentos durante um período de 6 semanas, sendo 195 realizados por médicos da atenção primária. Desses 195, 125 (64,1%) não indicava a duração dos sintomas, 51 (26,3%) não tinha dados sobre a investigação prévia, enquanto 32 (16,7%) não aventava hipótese diagnóstica. Dados que corroboram nossos achados, uma vez que só 15% da amostra possuía algum dado extra como exames ou tratamentos prévios. Em Cannock Chase, 31% dos 79 (41,1%) casos encaminhados como artrite acabaram recebendo o diagnóstico de doença inflamatória após avaliação clínica. Apenas 8 foram triados como urgentes baseados no encaminhamento. O tempo médio de espera foi de 11 semanas, enquanto pacientes

com suspeita de doença inflamatória aguardaram 10 semanas e os pacientes triados como urgentes 5 semanas (2-11 semanas) (UKACHUKWU et al., 2014).

Em um trabalho que avaliou os encaminhamentos por FAN positivo em Calgary (Canadá) em 2014, foi observado que 38,8% dos pacientes tinha um diagnóstico reumatológico não relacionado à positividade do FAN como osteoartrite, fibromialgia, artrite reumatoide e dor lombar mecânica. Adicionalmente, 26% dos pacientes não tinham evidência de nenhum tipo de patologia reumatológica. Esses dados evidenciam que os autoanticorpos têm sido utilizados como triagem, em uma população com baixa probabilidade pré teste, gerando um excesso de encaminhamentos e sobrecarga do sistema (FITCH-ROGALSKY et al., 2014). Para avaliar as possíveis consequências de exames falso-positivos, um estudo conduzido por Narain et al. (2004) em Gainesville (EUA) evidenciou que 15% dos pacientes com FAN positivo sem evidência de doença autoimune acabaram recebendo tratamento com corticosteroide com doses de até 60mg/dia.

Em uma pesquisa realizada no Canadá por RYDZ et al (2017), sobre a qualidade dos encaminhamentos para reumatologia pediátrica em Alberta, evidenciou as mesmas dificuldades. Quase todos tinham informações a respeito dos sintomas, mas menos da metade possuía dados a respeito do exame físico, exames laboratoriais e de imagem realizados e tratamentos prévios ou atuais. Dados esses que, apesar de longe do ideal, ainda são melhores do que os encontrados no nosso estudo, uma vez que apenas 16% possuíam informações além do sintoma cardinal.

Em 2002, na Irlanda, Gormley e colaboradores observaram que 50% dos encaminhamentos por artrite inflamatória precoce eram equivocados. Então desenvolveram um estudo em que os profissionais da atenção básica foram treinados por reumatologistas para realização de uma triagem adequada. Eles acompanharam os reumatologistas por 4 dias, participando de consultas e discussão de casos. Ao fim desse treinamento os criadores foram capazes de identificar os casos de artrite inflamatória precoce com uma acurácia de aproximadamente 90%, resultado melhor que o esperado pelos autores (GORMLEY et al., 2003).

Um estudo muito semelhante a este, realizado no Canadá por Widdifield et al. (2016), avaliou os encaminhamentos de pacientes de 2000-2013 para consulta em reumatologia. Os pacientes foram divididos em 5 categorias, baseados na hipótese diagnóstica presente no encaminhamento: OA, doenças inflamatórias sistêmicas, dor musculoesquelética regional, dor crônica, osteoporose/osteopenia e outras. E da

mesma forma que nosso estudo, quando mais de uma hipótese estava presente, o paciente era classificado de acordo com a patologia mais grave. Dos 2.430 encaminhamentos avaliados nesse estudo, o principal diagnóstico foi OA (32%), seguido de doença inflamatória sistêmica (31%), dor musculoesquelética regional (16%), dor crônica (14%), osteoporose (2%) e outros 5%. Do grupo das doenças inflamatórias sistêmicas, a distribuição de diagnósticos foi AR (16%), outras artrites (22%), outras doenças autoimunes (18%), artropatia por cristais (18%), espondiloartropatias (10%), artrite psoriásica (6%), polimialgia reumática (9%) e vasculares (3%). Em contrapartida, nosso estudo evidenciou 454 pacientes atendidos em que 348 tinham o diagnóstico final. Desses, 34 eram AR (9%), 3 Aps (0,8%), 3 LES (0,8%), 8 EA (2,2%), 11 (3,1%) gota e 15 outras doenças autoimune/inflamatórias (4,3%), e talvez essa diferença na proporção se deva a diferença na seleção da amostra.

Uma outra pesquisa realizada por Doddrell e Macphie (2017) analisou as características de um encaminhamento efetivo. 28% dos encaminhamentos foram solicitados como urgentes, mas quando analisados sob os critérios de NICE para urgência, 46% do total preenchiam os critérios. Desses encaminhamentos, 12 tiveram sua prioridade aumentada e 2 tiveram redução. Nesse estudo, os médicos da atenção primária falharam em descrever a dor articular, a presença de edema ou rigidez matinal em 6%, 30% e 55%, respectivamente. Aqueles pacientes com descrição de rigidez matinal, alterações de provas inflamatórias e anticorpos positivos tiveram mais chance de ser triados como urgentes (DODDRELL; MACPHIE, 2017).

Na Irlanda, um estudo realizado num hospital terciário em 2017 avaliou a qualidade dos encaminhamentos intra-hospitalares e evidenciou que o cenário não é tão diferente do extra-hospitalar. Dos 81 encaminhamentos analisados, a idade estava relatada em 99% e o sexo em 84%. Pouco mais da metade (56%) estava indicado como urgência, mas, ao contrário do presente estudo, 96% indicava o motivo da avaliação. Com relação à qualidade dos encaminhamentos, apenas 30% possuía a duração dos sintomas, 57% a suspeita diagnóstica, 33% a medicação utilizada, 42% dados do exame físico e 41% resultados de exames laboratoriais. Mesmo com encaminhamentos mais completos do que a maioria dos estudos, esse trabalho mostrou dados de qualidade insuficiente. Os autores, inclusive, propõem, aproveitando a transição para comunicação eletrônica, que as solicitações não sejam

liberadas pelo sistema a não ser que tenham informações suficientes para avaliação (MURRAY, K. et al., 2018).

Avaliando um cenário mais amplo dos encaminhamentos, um estudo em Cambridge (Reino Unido), com dados de 2002, avaliou a acurácia de 1.083 encaminhamentos por queixas musculoesqueléticas tanto para o serviço de ortopedia, quanto para o de reumatologia. Isso porque foi percebido que muitos encaminhamentos para o serviço de ortopedia não tinham necessidade de manejo cirúrgico. Sobre esses 1.083 pedidos de consulta, não constava nenhum dado a respeito da duração dos sintomas em 46,2% dos encaminhamentos. Informações sobre a investigação prévia, os tratamentos anteriores e o impacto da doença na rotina do paciente estavam ausentes em 57%, 41% e 65% dos encaminhamentos, respectivamente. Nenhuma suspeita diagnóstica esteve citada em 63,4% dos encaminhamentos e dados de exames físicos não foram relatados em 32% dos encaminhamentos. Os médicos pareciam mais confiantes no diagnóstico de osteoartrite, lesão meniscal, instabilidade recorrente do ombro e dor lombar mecânica (SPEED, 2005).

Um outro estudo realizado em Montreal, Canadá, com dados de 2010, avaliou a qualidade dos encaminhamentos e observou que de 100 pedidos de consulta, apenas 14% mencionavam o padrão articular de acometimento da doença, 17% o tempo de duração dos sintomas, e apenas 2% o ritmo circadiano dos sintomas. Apesar disso, a maioria (62%) informavam apenas artralgia, mesma tendência de resultados encontrados no nosso estudo. Sobre informações de exames laboratoriais, elas estavam presentes em 16% dos encaminhamentos, enquanto 94% não mencionaram o status funcional do paciente. Apesar da baixa suspeita no pedido de avaliação, 1 a cada 3 consultas realizadas por reumatologistas foi por doenças inflamatórias (JACK; HAZEL; BERNATSKY, 2011).

No condado de Lacanshire, Inglaterra, essa dificuldade com a insuficiência de dados nos encaminhamentos parece ser inexistente. É o que mostra esse estudo realizado por Sathi para avaliar a acurácia do alojamento dos pacientes nos grupos de prioridade A, B e C, sendo A o mais urgente. Um reumatologista avaliou todas as cartas de encaminhamento e categorizou os pacientes nos respectivos grupos, e esse dado foi depois comparado com a mesma categorização do médico especialista que atendeu o paciente. Cento e dois pacientes participaram do estudo e houve concordância em 84 categorizações. Dos 18 em que houve discordância, 6 deles o

reumatologista que consultou o paciente entendeu que a prioridade deveria ser maior e que, nos outros 12, não havia necessidade de priorização. No geral, o k score foi de 0,71, o que representa uma boa concordância - que certamente só foi alcançada pois os encaminhamentos continham dados suficientes e relevantes para triagem.

O nosso estudo encontrou resultados muitas vezes semelhantes aos internacionais, e tem como pontos favoráveis o pioneirismo no Brasil e a quantidade de encaminhamentos/pacientes avaliados. Ele levanta obstáculos para um atendimento eficiente em reumatologia e propõe estratégias de enfrentamento baseadas na experiência mundial. Por outro lado, como limitação podemos apontar que usamos dados de prontuários e sistema eletrônico de atendimento, meios em que a falta ou imprecisão dos dados não podem ser corrigidas. Além disso, a diversidade das variáveis necessitou do agrupamento e pode ter incorrido em erros de análise.

## 7 SOLUÇÕES PROPOSTAS

Pelos estudos prévios, pode-se perceber a existência de vários entraves: encaminhamentos com prioridade equivocada, encaminhamentos incompletos, dificuldade de acesso para o atendimento das patologias reumatológicas com qualidade e em tempo adequado, e que essas limitações necessitam de soluções de forma rápida a fim de se evitar o crescimento da morbimortalidade desses pacientes.

No que diz respeito à demora da população em procurar atendimento médico para queixas reumatológicas, várias estratégias já foram buscadas, como campanhas televisivas, orientações e questionários via internet e campanhas de orientação em saúde inseridas na comunidade. Entretanto, até o momento, nenhuma delas se mostrou superior a ponto de ser recomendada em larga escala (VILLENEUVE et al., 2012). Talvez essa falta de suporte para recomendação do uso dessas estratégias seja apenas resultado da dificuldade em se medir o grau de impacto que elas apresentam.

Por outro lado, estudos têm sido realizados para se avaliar qual a melhor forma de se atingir os objetivos com campanhas veiculadas através da mídia. Nesse sentido, os especialistas em comunicação orientam (RANDOLPH; VISWANATH, 2004) que primeiro se deve definir o objetivo da campanha: aumentar a quantidade de informação disponível sobre determinado assunto ou promover mudanças de atitude. Além disso, a população-alvo deve ser bem estudada. O desenvolvedor da campanha deve saber *a priori* qual vocabulário utilizar e o melhor horário do dia para veicular a campanha, além de precisar fornecer informações acuradas de maneira simples e atreladas a possíveis soluções.

Além disso, vale lembrar que há um grande investimento publicitário em produtos não saudáveis, como bebidas alcoólicas, doces, alimentos ricos em gorduras, entre outros. É por isso que é tão importante que a informação esteja atrelada a soluções. Na reumatologia, por exemplo, campanhas de informação à população terão pouco impacto na prevenção de sequelas e melhora na qualidade de vida, caso esses pacientes não tenham acesso ao atendimento com a qualidade necessária e em tempo adequado. (RANDOLPH; VISWANATH, 2004)

Uma metanálise (STACK et al., 2011) realizada em Birmingham, Reino Unido, observou que, antes de procurar atendimento médico, os pacientes conversavam com familiares, amigos, procuravam sobre o tema na internet, inclusive trocando

experiências on-line com portadores da doença. Alguns pacientes relataram dificuldades em encontrar informações adequadas na internet, e é possível que essa seja uma estratégia interessante para melhorar o conhecimento da população sobre as doenças reumatológicas.

Já avaliando os encaminhamentos para avaliação reumatológica, nos anos de 1999 e 2000, um grupo de pesquisadores na Alemanha (SCHULPEN, 2003), preocupado com a lista de espera e os encaminhamentos para reumatologia, realizou um estudo com treinamento de 17 médicos generalistas por seis semanas (um encontro por semana). Ao final do estudo, observaram uma redução de 62% nos encaminhamentos quando comparado a outros 17 médicos que não participaram do treinamento. Houve uma redução inclusive no número de encaminhamentos por fibromialgia, patologia que pode ser diagnosticada e acompanhada por médicos da atenção primária. Igual redução não foi observada nos encaminhamentos para outras especialidades, reforçando o papel do treinamento na área específica da reumatologia.

Outra tentativa para reduzir o tempo de espera entre o início dos sintomas e a consulta com reumatologista foi realizada nos Estados Unidos (DEANE et al., 2009), utilizando-se de campanhas de promoção de saúde para identificação de pacientes com artrite inflamatória inicial. Os participantes preenchiem um questionário – o “*Connective Tissue Disease Screening Questionnaire*” (CSQ) –, tinham suas mãos, punhos e cotovelos examinados por reumatologista e coletavam fator reumatoide, anti-CCP e proteína C reativa. Os resultados eram passados por telefone após oito semanas. O objetivo era alertar aos pacientes sobre seus sintomas, e estimulá-los a procurar o atendimento, ao mesmo tempo que testes clínicos e laboratoriais eram utilizados em combinação para a realização do diagnóstico precoce. Segundo os autores, apesar da alta taxa de identificação, essa abordagem não foi tão custo-efetiva quanto se pensava e mais estudos são necessários para analisar a melhor combinação de informações necessárias para o diagnóstico.

Em 2009, em Alberta (EUA), um grupo de pesquisadores iniciou um sistema de triagem realizado por reumatologista (CARPENTER; KATZ, 2013). A cada mês, um reumatologista analisava todos os pedidos de encaminhamento e classificava-os, de acordo com os dados disponíveis, como consulta urgente, rápida ou de rotina. Ao final do estudo, eles observaram uma redução de 50% no tempo de espera para consultas rápidas (pacientes com suspeita de doença articular inflamatória). Além

disso, observaram uma precisão de 90% na identificação desses pacientes, o que parece uma estratégia com boa resposta na redução do tempo de espera e adequada distribuição dos pacientes nos grupos de prioridade.

Ainda outra estratégia para redução da lista de espera para consulta reumatológica é o uso de telemedicina. Definida como o uso de vários meios de telecomunicação (telefone, e-mail e videoconferência) para o diagnóstico e tratamento de diversas patologias. Com o avanço tecnológico nessa área (qualidade instrumentos e principalmente de internet), a comunicação à distância tem se mostrado cada vez mais acessível e de ótima qualidade. Assim, a telemedicina tem sido usada em países com grandes dimensões geográficas, em localidades remotas e de difícil acesso. (REZAIAN et al., 2019).

O uso da telemedicina em reumatologia não é novidade. Em 1990, o Dr. James Brick foi o pioneiro na West Virginia University e desde então mais de 23 estudos já foram publicados sobre o uso da telemedicina na reumatologia. Um estudo realizado no Iran (REZAIAN et al., 2019), incluiu mais de 4800 pacientes acompanhados ao longo de 5 anos por telemedicina. As consultas eram realizadas em um hospital com acesso à internet, e os pacientes eram acompanhados por um médico generalista e uma enfermeira previamente treinados na realização do exame físico reumatológico e na punção/infiltração intra-articular. A equipe remota era formada por um reumatologista e mais três especialistas que podiam ser consultados se necessário (ortopedista, radiologista ortopédico e dermatologista). Segundo os pesquisadores, os resultados do estudo foram animadores, pois uma grande quantidade de pacientes que não teriam condições de passar por um reumatologista, puderam ser diagnosticados, tratados e acompanhados por um especialista à distância. Entretanto, o estudo não avaliou a resposta ao tratamento, a diminuição da dor ou a prevenção de sequelas nos pacientes acompanhados.

Na Austrália, esse tipo de intervenção tem se mostrado útil e, em 2014, Poulsen et al. (2014) elaboraram um estudo para avaliar a satisfação dos pacientes atendidos pela telemedicina em comparação com um grupo de pacientes que necessitava viajar mais de três horas para serem atendidos pessoalmente, e com outro grupo que recebia o médico em sua localidade a cada três meses para consulta. Os resultados mostraram satisfação no acompanhamento por telemedicina de 90% dos pacientes, e menos de 30% disseram preferir consultar o médico pessoalmente.

Por outro lado, os médicos participantes da telemedicina se disseram desconfortáveis em realizar a primeira consulta não pessoalmente. Devido à economia de tempo e custos na telemedicina, mais estudos são necessários a fim de se garantir o modelo ideal de satisfação para médicos e pacientes.

Além disso, são necessárias melhores definições das estratégias de referenciamento dos pacientes. Muitos estudos (SEPRIANO et al., 2019) estão sendo realizados na tentativa de se encontrar as características clínicas e laboratoriais que devem estar presentes em um paciente no momento do encaminhamento para que a maior parte dos pacientes com doença sejam encaminhados assertivamente e para que pacientes saudáveis do ponto de vista reumatológico não sejam encaminhados, a fim de se evitar a inflação das listas e consequente atraso no atendimento.

Essa interface entre o médico da atenção primária e o especialista é de extrema importância para a funcionalidade do sistema sem a geração de custos excessivos. Há de se ter um encaminhamento apropriado e sem demoras, para evitar lesões articulares definitivas. Entretanto, um excesso de encaminhamentos para patologias que tem menor probabilidade de sequelas a curto prazo (fibromialgia, osteoartrite) pode sobrecarregar o sistema e reduzir a disponibilidade de tratamento para o primeiro grupo.

Pensando nisso, um grupo de reumatologistas de Curitiba e Maringá iniciaram um projeto de treinamento de um ano dos médicos da atenção primária (14 médicos) ao modelo do Projeto ECHO (*Extension for Community Healthcare Outcomes*), com reuniões semanais para discussões de temas em reumatologia e casos clínicos trazidos pelos médicos da atenção primária. Esse estudo ainda está em andamento, e aguardamos dados para nortear as próximas estratégias de ação.

Um estudo (CAINES, 2012) analisou a utilização de diagramas corporais de dor como mecanismo de triagem para potenciais patologias musculoesqueléticas. Antes da primeira consulta com médico reumatologista, já na sala de espera, os participantes eram solicitados a pintar no diagrama os locais de dor no último mês. Dois reumatologistas realizaram a categorização desses pacientes em 5 grupos (dor regional, dor difusa, dor articular simétrica, dor articular assimétrica e dor axial) e esses dados foram comparados com o diagnóstico após consulta. O padrão poliarticular evidenciou moderada sensibilidade para artropatias inflamatórias, mas não foi possível para a diferenciação entre AR, artrite psoriásica, lúpus e artrites por cristais. O padrão de dor difusa, além de não ser relacionado com artropatias

inflamatórias, esteve bastante associado ao diagnóstico de fibromialgia, o que levantou a possibilidade de utilizar esse método para diferenciação desse grupo em especial, sem levar em consideração que pacientes com dor difusa podem ter doenças inflamatórias concomitantes.

Após a análise dessas propostas de soluções para minimizar o atraso no atendimento do paciente reumatológico, percebe-se a necessidade da mobilização da comunidade médica, das sociedades de reumatologia, juntamente com órgãos governamentais, gestores de saúde, pacientes e cuidadores, com intuito de divulgar informações adequadas e acessíveis à população sobre as doenças reumatológicas e seu impacto. Estratégias para incrementar o acesso dos pacientes ao atendimento e iniciar o tratamento em tempo oportuno devem ser amplamente analisadas e implementadas.

Além disso, faz-se necessário melhorar a formação e treinamento dos médicos nas universidades, proporcionando segurança para o manejo das queixas musculoesqueléticas e discernimento para encaminhar os pacientes quando necessário.

Finalmente, faz-se necessária a definição de um modelo de encaminhamento que contemple as informações necessárias para a triagem adequada dos pacientes nos grupos de prioridade de atendimentos. Analisar e propor quais informações clínicas, laboratoriais e de imagem devem estar descritas a fim de que a distribuição dos pacientes seja correta e, ao mesmo tempo, não seja necessário um tempo em demasiado nem para a redação desse encaminhamento nem para a avaliação do mesmo.

Uma proposta da Associação Canadense de Reumatologia (CANADIAN RHEUMATOLOGY ASSOCIATION, 2017) orienta da seguinte forma os encaminhamentos: algumas condições como monoartrite aguda, complicações de vasculites e doenças do tecido conjuntivo devem procurar atendimento na emergência, uma vez que a demora no manejo pode levar a lesão articular permanente, lesão em órgãos e até mesmo morte. Pacientes com suspeita de doença articular inflamatória inicial devem ser referenciados de imediato, em até quatro meses do início dos sintomas, para diagnóstico e tratamento adequados, visando prevenção de sequelas. Já aquelas condições mais crônicas como osteoartrite e fibromialgia não são tão afetadas por esperas maiores.

Segundo o Dr. Ross Langley nesta mesma recomendação (CANADIAN RHEUMATOLOGY ASSOCIATION, 2017), os médicos encaminham os pacientes pelas mais variadas razões, incluindo solicitação do paciente e alívio para o próprio médico. Por esse motivo, o encaminhamento deve conter claramente o propósito da consulta. Ele deve conter dados a respeito da suspeita diagnóstica, uma breve história do quadro clínico e achados relevantes do exame físico, além da cópia dos exames utilizados na investigação. Além disso, deve estar relatada a presença de sintomas sistêmicos (rigidez matinal, febre, perda de peso), a duração dos sintomas e a distribuição das articulações acometidas. Todo esse esforço se faz necessário, uma vez que o diagnóstico precoce e o tratamento adequados são capazes de prevenir lesões incapacitantes. Nessa mesma recomendação, os autores deixam um modelo de encaminhamento sucinto e completo para modelo dos médicos da atenção primária (ver Figura 4 no Anexo deste trabalho).

## 8 CONCLUSÃO

A análise das características da lista de espera de 999 pacientes, indicou uma maior prevalência de pacientes do sexo feminino (85%), média (DP) de 54(14) anos de idade, brancos, e convivendo com filhos e companheiro.

A média (DP) de dias de espera para atendimento foi de 605(464), com mediana (IIQ) de 447(422). Entre as diferentes prioridades, o tempo de espera variou com mediana (IIQ) de 301 (283) dias para prioridade alta, 336(192) dias para moderada e de 524(479) dias para baixa, não significativa estatisticamente (Teste Qui-Quadrado, IC: 95% e 5% de nível de significância estatística).

O menor tempo de espera entres os CID foi para pacientes com artrite psoriática, com média (DP) de 252(197) dias.

A distância média (DP) percorrida para atendimento foi de 7,6 (3,6)km. O tempo, mediana (IIQ), gasto para realização do trajeto foi de 15 (9) minutos.

Quinze por cento dos encaminhamentos continham informações extras como duração dos sintomas, exames complementares ou tratamentos prévios. Em 210 pacientes (21%) o motivo foi artralgia e em 126 (13%) foi dor - em ambos casos não havia suspeita diagnóstica, apenas a descrição dos sintomas. A fibromialgia foi a principal hipótese diagnóstica apresentada(11%). A doença inflamatória/autoimune mais encaminhada foi artrite reumatoide (7%).

Dos 338 pacientes atendidos pelo especialista, 121(35%) receberam diagnóstico de fibromialgia e desses, 24% tinham solicitação de prioridade alta. Dos 61 pacientes com osteoartrite, 16 (26%) tinham solicitação de priorização. 80% dos pacientes com diagnóstico de artrite reumatoide não tinham solicitação de prioridade.

Há, portanto, necessidade de se implementar estratégias capazes de reduzir o tempo entre o início dos sintomas e o atendimento especializado. Devem melhorar todo o processo de encaminhamento, a partir de informação dos pacientes e comunidade sobre as doenças reumatológicas, treinamento dos médicos da atenção primária à saúde para reconhecimento das doenças e melhoria na qualidade nos encaminhamentos.

Sistemas de triagem eficientes e adequados à realidade de cada região, deveriam ser implementados, levando-se em consideração a oferta de especialistas e a demanda populacional. Novas opções de atendimento, como a telemedicina, deveriam ser analisadas e, quando provada sua eficiência, consideradas como

estratégias de atendimento e redução do tempo de espera para consulta especializada. Com isso, espera-se um atendimento de qualidade e em tempo adequado para os pacientes reumatológicos, reduzindo suas limitações e melhorando significativamente sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Sala de Situação:** Setor Assistência Médica. 2020. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

AHERN, Susan et al. Needs-based planning for the oral health workforce - development and application of a simulation model. **Human Resources For Health**, [s.l.], v. 17, n. 1, on-line, 15 jul. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-019-0394-0>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31307491>>. Acesso em: 15 set. 2019.

ALBUQUERQUE, Cleandro Pires; SANTOS-NETO, Leopoldo Luiz. Evolução da formação de reumatologistas no Brasil: a opção pela residência médica. **Revista Brasileira de Reumatologia**, S.l., v. 57, n. 06, p.507-513, jan. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n6/pt\\_0482-5004-rbr-57-06-0507.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n6/pt_0482-5004-rbr-57-06-0507.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2019.

BACHALI, Asma et al. Analysis of referral letters to rheumatology consultation in Tunisia. **The Egyptian Rheumatologist**, [s.l.], v. 39, n. 3, p.179-182, jul. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejr.2017.01.002>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110116417300029>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BADLEY, e M; A TENNANT. Impact of disablement due to rheumatic disorders in a British population: estimates of severity and prevalence from the Calderdale Rheumatic Disablement Survey. *Annals Of The Rheumatic Diseases*, [s.l.], v. 52, n. 1, p.6-13, 1 jan. 1993. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.52.1.6>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8427516>>. Acesso em: 15 set. 2019.

CAINES, A. et al. The sensitivity and specificity of pain diagrams in rheumatic disease referrals. **Rheumatology**, [s.l.], v. 51, n. 6, p.1093-1098, 8 fev. 2012. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ker422>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22319078>>. Acesso em: 13 nov. 2019.

CANADIAN RHEUMATOLOGY ASSOCIATION. **Referral Letter**. 2017. Disponível em: <[https://rheum.ca/wp-content/uploads/2017/11/Referral\\_Letter.pdf](https://rheum.ca/wp-content/uploads/2017/11/Referral_Letter.pdf)>. Acesso em: 03 jan. 2019.

CARPENTER, Thirza; KATZ, Steven J. Review of a rheumatology triage system: simple, accurate, and effective. **Clinical Rheumatology**, [s.l.], v. 33, n. 2, p.247-252, 1 nov. 2013. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-013-2413-1>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24173719>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, [s.l.], v. 27, n. 78, p.7-26, 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142013000200002>  
Carvalho (2013) (CARVALHO, 2013)

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevalence of self-reported arthritis or chronic joint symptoms among adults: United States, 2001. **Morbidity And Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, Georgia, v. 42, n. 51, p.948-950, 25 out. 2002. Semanal. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12437034>>. Acesso em: 12 set. 2019.

CUMMINS, Lisa L.; VANGAVETI, Venkat; ROBERTS, Lynden J.. Rheumatoid Arthritis Referrals and Rheumatologist Scarcity: A Prioritization Tool. **Arthritis Care & Research**, [s.l.], v. 67, n. 3, p.326-331, 24 fev. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/acr.22449>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25156328>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

DAVID, Juliano Maximiano et al. Estudo clínico e laboratorial de pacientes com artrite reumatoide diagnosticados em serviços de reumatologia em Cascavel, PR, Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 53, n. 1, p.61-65, jan. 2013. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042013000100006>.

DAVATCHI, Fereydoun et al. Behcet's disease: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. **Expert Review Of Clinical Immunology**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.57-65, 11 jul. 2016. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/1744666x.2016.1205486>.

DEANE, Kevin D. et al. Identification of undiagnosed inflammatory arthritis in a community health fair screen. **Arthritis & Rheumatism**, [s.l.], v. 61, n. 12, p.1642-1649, 15 dez. 2009. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/art.24834>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2913880/>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

DELAURIER, Ashley et al. Wait Times for Rheumatology Consultation. *Journal Of Clinical Rheumatology*, [s.l.], v. 18, n. 7, p.341-344, out. 2012. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/rhu.0b013e31826d6408>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23013849>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

DETAILLE, Sarah I et al. Common prognostic factors of work disability among employees with a chronic somatic disease: a systematic review of cohort studies. **Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health**, [s.l.], v. 35, n. 4, p.261-281, jul. 2009. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.1337>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19562236>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

DODDRELL, Charlotte; MACPHIE, Elizabeth. What makes a good quality referral for patients with suspected inflammatory arthritis? **Rheumatology**, [s.l.], v. 56, n. 2, on-line, abr. 2017. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/kex062.183>. Disponível em: <[https://academic.oup.com/rheumatology/article/56/suppl\\_2/kex062.183/4106686](https://academic.oup.com/rheumatology/article/56/suppl_2/kex062.183/4106686)>. Acesso em: 20 out. 2019.

DONADIO, Paulo Roberto et al. Listas de Espera para Consultas de Reumatologia no SUS: Estratégias. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE REUMATOLOGIA, 34.,

2017, Florianópolis. **Pôster**. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2017.

FELDMAN, D E. et al. Rapidity of rheumatology consultation for people in an early inflammatory arthritis cohort. **Annals Of The Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 68, n. 11, p.1790-1791, 12 out. 2009. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2008.106005>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19822715>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

FITCH-ROGALSKY, Christie et al. Clinical and Serological Features of Patients Referred through a Rheumatology Triage System because of Positive Antinuclear Antibodies. **Plos One**, [s.l.], v. 9, n. 4, on-line, 4 abr. 2014. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0093812>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24705829>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

GOMES, Rafael Kmiliauskis Santos et al. Staying in the labor force among patients with rheumatoid arthritis and associated factors in Southern Brazil. **Advances In Rheumatology**, [s.l.], v. 58, n. 1, 11 jul. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s42358-018-0009-9>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30657075>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

GORMLEY, G. J. Can diagnostic triage by general practitioners or rheumatology nurses improve the positive predictive value of referrals to early arthritis clinics? **Rheumatology**, [s.l.], v. 42, n. 6, p.763-768, 31 mar. 2003. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keg213>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12730536>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

HARRISON, Andrew A. et al. Comparison of rates of referral and diagnosis of axial spondyloarthritis before and after an ankylosing spondylitis public awareness campaign. **Clinical Rheumatology**, [s.l.], v. 33, n. 7, p.963-968, 11 mar. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-014-2551-0>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24609715>>. Acesso em: 15 maio 2019.

HAZLEWOOD, Glen S. et al. Improving Appropriate Access to Care With Central Referral and Triage in Rheumatology. **Arthritis Care & Research**, [s.l.], v. 68, n. 10, p.1547-1553, 19 ago. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/acr.22845>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26815410>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

HORIMOTO, Alex Magno Coelho et al. Incidência e prevalência de esclerose sistêmica em Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 57, n. 2, p.107-114, mar. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2016.05.008>.

IBGE. **Panorama da cidade de Maringá - PR**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maringa/panorama>>. Acesso em: 19 ago. 2019.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>>. Acesso em jan. 2019.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico**: Município de Maringá. 2020. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87000&btOk=ok>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

IRVINE, S; MUNRO, R; PORTER, D. Early referral, diagnosis, and treatment of rheumatoid arthritis: evidence for changing medical practice. **Annals Of The Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 58, n. 8, p.510-513, 1 ago. 1999. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.58.8.510>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1752925/>>. Acesso em: 31 out. 2019.

JACK, C.; HAZEL, E.; BERNATSKY, S. Something's missing here: a look at the quality of rheumatology referral letters. **Rheumatology International**, [s.l.], v. 32, n. 4, p.1083-1085, 22 fev. 2011. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-011-1832-z>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21340567>>. Acesso em: 30 maio 2019.

KIM, Gi Beom. Reality of Kawasaki disease epidemiology. **Korean Journal Of Pediatrics**, [s.l.], v. 62, n. 8, p.292-296, 15 ago. 2019. Korean Pediatric Society. <http://dx.doi.org/10.3345/kjp.2019.00157>.

KUMAR, K et al. Delay in presentation to primary care physicians is the main reason why patients with rheumatoid arthritis are seen late by rheumatologists. **Rheumatology**, [s.l.], v. 46, n. 9, p.1438-1440, 27 jun. 2007. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/kem130>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17578850>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

KUMAR, K. et al. The influence of ethnicity on the extent of, and reasons underlying, delay in general practitioner consultation in patients with RA. **Rheumatology**, [s.l.], v. 49, n. 5, p.1005-1012, 26 fev. 2010. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keq011>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189950>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

LAYTON, Katharine et al. Evaluation of a rheumatology patient prioritization triage system. **Journal Of The American Association Of Nurse Practitioners**, [s.l.], v. 28, n. 10, p.541-545, out. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1002/2327-6924.12367>. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/crossref?an=01741002-201610000-00007>>. Acesso em: 20 set. 2019.

LAYTON, Katharine et al. Evaluation of a rheumatology patient prioritization triage system. **Journal Of The American Association Of Nurse Practitioners**, [s.l.], v. 28, n. 10, p.541-545, out. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1002/2327-6924.12367>.

LINHARES, Maria Yedda (org.). **História Geral do Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

LOUZADA-JUNIOR, Paulo et al. Análise Descritiva das Características Demográficas e Clínicas de Pacientes com Artrite Reumatóide no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 2, n. 47, p. 84-90, mar./abr. 2007. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v47n2/02.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

MACHOLD, K. P et al. The public neglect of rheumatic diseases: insights from analyses of attendees in a musculoskeletal disease awareness activity. **Annals Of The Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 66, n. 5, p.697-699, 1 maio 2007. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2006.062422>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1954619/>>. Acesso em: 30 out. 2019.

MÖTTÖNEN, Timo et al. Delay to institution of therapy and induction of remission using single-drug or combination-disease-modifying antirheumatic drug therapy in early rheumatoid arthritis. **Arthritis & Rheumatism**, [s.l.], v. 46, n. 4, p.894-898, abr. 2002. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/art.10135>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11953964>>. Acesso em: 13 set. 2019.

MURRAY, K. et al. AB1251 Quality of inpatient referrals to rheumatology in an irish tertiary referral hospital. **Public Health, Health Services Research And Health Economics**, [s.l.], on-line, jun. 2018. BMJ Publishing Group Ltd and European League Against Rheumatism. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-eular.2234>. Disponível em: <[https://ard.bmj.com/content/77/Suppl\\_2/1721.3](https://ard.bmj.com/content/77/Suppl_2/1721.3)>. Acesso em: 19 jun. 2019.

NARAIN, Sonali et al. Diagnostic Accuracy for Lupus and Other Systemic Autoimmune Diseases in the Community Setting. **Archives Of Internal Medicine**, [s.l.], v. 164, n. 22, on-line, 13 dez. 2004. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.164.22.2435>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15596633>>. Acesso em: 02 out. 2019.

PORTAL SAÚDE BUSINESS. **Reumatismo atinge cerca de 12 milhões de pessoas no Brasil**. 2012. Disponível em: <<https://saudebusiness.com/voce-informa/reumatismo-atinge-cerca-de-12-milhoes-de-pessoas-no-brasil/>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

POULSEN, Katherine A. et al. Satisfaction with rural rheumatology telemedicine service. **International Journal Of Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.304-314, 20 dez. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/1756-185x.12491>.

QUEIROZ, Mário Viana de; SEDA, Hilton. **História da Reumatologia**. Porto Alegre: Editora Kalligráphos, 2007.

RANDOLPH, Whitney; VISWANATH, K. Lessons Learned from Public Health Mass Media Campaigns: Marketing Health in a Crowded Media World. **Annual Review Of Public Health**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.419-437, abr. 2004. Annual Reviews. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123046>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15015928>>. Acesso em: 14 nov. 2019.

RAZA, Karim et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. **Annals Of The Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 70, n. 10, p.1822-1825, 7 ago. 2011. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2011.151902>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21821867>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

REZAIAN, Michael M. et al. Rheumatology Care Using Telemedicine. **Telemedicine And E-health**, [s.l.], on-line, 14 maio 2019. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2018.0256>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31084537>>. Acesso em: 14 set. 2019.

ROSIS, Roberta Garcia de; MASSABKI, Paulo Sérgio; KAIRALLA, Maisa. Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 2, n. 8, p.101-108, jan. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a003.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

RYDZ, Alexandra et al. Quality of Referral Letters to Pediatric Rheumatology and Its Impact on Access to Care. In: 2017 PEDIATRIC RHEUMATOLOGY SYMPOSIUM, 9., 2017, Houston, Texas. **Meeting Abstract n. 158**. Houston, Texas: American College Of Rheumatology, 2017. on-line. Disponível em: <<https://acrabstracts.org/abstract/quality-of-referral-letters-to-pediatric-rheumatology-and-its-impact-on-access-to-care/>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

SATHI, N.. Can a rheumatologist accurately prioritize patients on the basis of information in the general practitioner referral letter? **Rheumatology**, [s.l.], v. 42, n. 10, p.1270-1271, 1 out. 2003. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keg336>. Disponível em: <<https://academic.oup.com/rheumatology/article/42/10/1270/1784782>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SCHULPEN, G J C. Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: does it matter? **Annals Of The Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 62, n. 2, p.159-161, 1 fev. 2003. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.62.2.159>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1754440/>>. Acesso em: 15 out. 2019.

Secretaria de Saúde do Município de Maringá - PR. **Plano Municipal de Saúde de Maringá - PR: 2018-2021**. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/02eda74d2112.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

SENNA, Érika Rodrigues et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil:: A study using the COPCORD approach. **The Journal Of Rheumatology**, S.l., v. 3, n. 31, p.594-597, jan. 2004. Disponível em: <<http://copcord.org/Publications/Brazil%20copcord.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

SEPRIANO, Alexandre Rocha et al. Performance of referral strategies for spondyloarthritis: a population-based nationwide study. **Rheumatology**, [s.l.], v. 58,

n. 6, p.1086-1094, 14 jan. 2019. Oxford University Press (OUP).  
<http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/key436>. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30649551>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4. Disponível em:  
<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278>>. Acesso em: 14 nov. 2019.

SILVA, Vera Regina Lopes da; MENEZES, Ana Maria Baptista; NOAL, Ricardo Bica. Sintomas articulares crônicos em adultos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: prevalência e determinantes. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 12, p.2571-2581, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009001200005>.

SOCIEDADE PARANAENSE DE REUMATOLOGIA. **A história**. [s.d.]. Disponível em: <http://reumatologiapr.com.br/conheca-a-spr/a-historia/>>. Acesso em: 9 mar. 2019.

SPEED, C. A. Referrals to hospital-based rheumatology and orthopaedic services: seeking direction. **Rheumatology**, [s.l.], v. 44, n. 4, p.469-471, 3 fev. 2005. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keh504>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15716322>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

STACK, Rebecca J et al. Delays in help seeking at the onset of the symptoms of rheumatoid arthritis: a systematic synthesis of qualitative literature. **Annals Of The Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 71, n. 4, p.493-497, 25 nov. 2011. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2011.155416>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22121128>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

SUTER, Lisa G.; FRAENKEL, Liana; HOLMBOE, Eric S. What factors account for referral delays for patients with suspected rheumatoid arthritis? **Arthritis & Rheumatism**, [s.l.], v. 55, n. 2, p.300-305, 2006. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/art.21855>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.21855>>. Acesso em: 23 set. 2019.

UKACHUKWU, Vincent et al. How Adequate are Rheumatology Referral Letters? A Prospective Review of Referrals to A Secondary Care Rheumatology Service. **Rheumatology**, [s.l.], v. 53, n. 1, p.81-82, abr. 2014. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keu099.010>. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/261950451\\_How\\_adequate\\_are\\_rheumatology\\_referral\\_letters\\_A\\_prospective\\_review\\_of\\_referrals\\_to\\_a\\_secondary\\_care\\_rheumatology\\_service](https://www.researchgate.net/publication/261950451_How_adequate_are_rheumatology_referral_letters_A_prospective_review_of_referrals_to_a_secondary_care_rheumatology_service)>. Acesso em: 14 out. 2019.

VALIM, Valéria et al. Prevalência da síndrome de Sjögren primária em importante área metropolitana no Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 53, n. 1, p.29-34, jan. 2013. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042013000100003>.

VILAR, Maria José Pereira; RODRIGUES, Juliana Martins; SATO, Emilia Inoue. Incidência de lúpus eritematoso sistêmico em Natal, RN - Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 43, n. 6, p.343-346, dez. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042003000600005>.

VILLENEUVE, Edith et al. A systematic literature review of strategies promoting early referral and reducing delays in the diagnosis and management of inflammatory arthritis. **Annals Of The Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 72, n. 1, p.13-22, 24 abr. 2012. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2011-201063>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22532640>>. Acesso em: 29 jul. 2019.

WIDDIFIELD, J. et al. Wait times to rheumatology care for patients with rheumatic diseases: a data linkage study of primary care electronic medical records and administrative data. **CMAJ Open**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. E205-E212, 13 mai. 2016. Joule Inc.. <http://dx.doi.org/10.9778/cmajo.20150116>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4933643/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

WARDT, Elly M van Der; TAAL, Erik; RASKER, Johannes Jacobus. The general public's knowledge and perceptions about rheumatic diseases. **Annals Of The Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 59, n. 1, p.32-38, 1 jan. 2000. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.59.1.32>. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/12687760\\_The\\_general\\_public's\\_knowledge\\_and\\_perceptions\\_about\\_rheumatic\\_diseases](https://www.researchgate.net/publication/12687760_The_general_public's_knowledge_and_perceptions_about_rheumatic_diseases)>. Acesso em: 02 jul. 2019.

WAIT TIME ALLIANCE (Ed.). Time to Close the Gap: A Report Card on Wait Times in Canada 2014. 2014. Material elaborado em parceria com a Associação Canadense de Reumatologia. Disponível em: <<http://www.waittimealliance.ca/wp-content/uploads/2014/06/FINAL-EN-WTA-Report-Card.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

WIDDIFIELD, Jessica et al. Access to rheumatologists among patients with newly diagnosed rheumatoid arthritis in a Canadian universal public healthcare system. **BMJ Open**, [s.l.], v. 4, n. 1, 31 jan. 2014. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003888>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24486677>>. Acesso em: 21 out. 2019.

WIDDIFIELD, Jessica et al. Patterns of Care Among Patients Referred to Rheumatologists in Ontario, Canada. **Arthritis Care & Research**, [s.l.], v. 69, n. 1, p.104-114, 16 nov. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/acr.22910>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27110847>>. Acesso em: 03 maio 2019.

WISE, Jacqui. Two thirds of rheumatology patients wait too long for assessment, audit finds. **Bmj**, [s.l.], 24 jan. 2016. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i452>. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/352/bmj.i452>>. Acesso em: 24 nov. 2019.

WONG, Jenna et al. Quality and continuity of information between primary care physicians and rheumatologists. **Bmc Rheumatology**, [s.l.], v. 3, n. 1, 24 maio 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s41927-019-0067-6>. Disponível em: <https://bmcrheumatol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41927-019-0067-6>. Acesso em: 15 fev. 2019.

ZAFAR, Sara et al. Efforts to Increase Public Awareness May Result in More Timely Diagnosis of Rheumatoid Arthritis. **Journal Of Clinical Rheumatology**, [s.l.], v. 18, n. 6, p.279-282, set. 2012. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/rhu.0b013e3182676975>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22955475>. Acesso em: 31 jul. 2019.

## ANEXOS

**Tabela 1 - Número de pacientes em lista de espera para consulta em reumatologia – PR**

<b>Regional</b>	<b>Número de Pacientes</b>
3º REGIONAL PONTA GROSSA	876
4º REGIONAL IRATI	49
5º REGIONAL GUARPUAVA	60
7º REGIONAL PATO BRANCO	126
8º REGIONAL FRANCISCO BELTRÃO	2
9º REGIONAL FOZ DO IGUAÇU	1
10º REGIONAL CASCAVEL	2
11º REGIONAL CAMPO MOURÃO	2
12º REGIONAL UMUARAMA	5
14º REGIONAL PARANAVAI	6
15º REGIONAL MARINGA	2
16º REGIONAL APUCARANA	4
17º REGIONAL LONDRINA	1
18º REGIONAL CORNÉLIO PROCÓPIO	41
20º REGIONAL TOLEDO	310
21º REGIONAL TELEMACO BORBA	1
22º REGIONAL IVAIPORÃ	120
<b>TOTAL NA FILA</b>	<b>6.838</b>

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, fevereiro de 2019.

Figura 3 - Dados da Sociedade Brasileira de Reumatologia

UF	DADOS SBR							DADOS DEMOGRAFIA MÉDICA
	EFETIVO	ASPIRANTE	RESIDENTE	SÊNIOR	INATIVO	ATIVO	TOTAL	
AC	2	3	0	0	1	5	6	5
AL	14	2	1	3	8	20	28	31
AM	12	3	1	0	8	16	24	17
AP	4	0	0	0	0	4	4	6
BA	26	23	0	3	22	52	74	63
CE	47	8	0	3	7	58	65	77
DF	45	18	1	4	20	68	88	109
ES	39	12	0	1	10	52	62	60
GO	34	10	0	1	11	45	56	57
MA	8	8	0	1	8	17	25	20
MG	134	53	0	13	48	200	248	231
MS	18	5	0	3	12	26	38	44
MT	15	3	0	0	0	18	18	21
PA	21	3	0	3	13	27	40	44
PB	18	7	0	3	11	28	39	40
PE	29	18	0	5	24	52	76	64
PI	8	2	0	1	5	11	16	23
PR	92	24	8	5	39	129	168	161
RJ	112	46	0	15	211	173	384	242
RN	22	7	0	1	10	30	40	34
RO	4	4	0	1	1	9	10	10
RR	1	1	0	0	0	2	2	3
RS	74	7	0	7	45	88	133	146
SC	40	15	0	2	16	57	73	75
SP	411	77	16	31	259	535	794	774
SE	7	0	0	0	5	7	12	15
TO	3	7	1	1	1	12	13	11
<b>TOTAL</b>	<b>1.240</b>	<b>366</b>	<b>28</b>	<b>107</b>	<b>795</b>	<b>1.741</b>	<b>2.536</b>	<b>2.383</b>

Fonte: Imagem retirada de slides da Assembleia Geral da Sociedade Brasileira de Reumatologia no Congresso Brasileiro de Reumatologia de 2019.

**Tabela 2 - Profissões dos Pacientes da Amostra**

<b>Profissão</b>	<b>Freq.</b>	<b>Profissão</b>	<b>Freq.</b>	<b>Profissão</b>	<b>Freq.</b>
Abatedor	1	Demonstrador de mercadorias	1	Nutricionista	1
Advogado	2	Diretor de empresa	1	Operador de caixa	4
Agricultor	4	Do lar	70	Operador de exaustor	1
Alfaiate	6	Economista	1	Operador de máquina	1
Almoxarifado	2	Eletricista	2	Organizador de eventos	1
Artes gráficas	1	Eletricista de instalações	1	Oxicortador a mão e a máquina	1
Artesão	1	Empregado doméstico	57	Parteira leiga	2
Assistente administrativo	8	Empresário	1	Pedagogo	1
Assistente de vendas	1	Encanador	1	Pedreiro	8
Atendente	4	Enfermeiro	1	Pintor de obras	2
Aux. administrativo	1	Estampador de tecido	1	Porteiro	1
Aux. alimentação	1	Esteticista	1	Produtor agrícola	3
Aux. contabilidade	2	Estofador de moveis	4	Professor	6
Aux. de enfermagem	2	Faxineira	1	Psicólogo	1
Aux. de escritório	7	Fonoaudiólogo	1	Recepcionista	2
Aux. de produção	2	Fotografo	1	Representante comercial	1
Baba	1	Fundidor de metais	1	Segurança	2
Bancário	1	Garçom	1	Serviços de limpeza	2
Bordador	3	Gerente administrativo	1	Serviços gerais	10
Cabeleireira	13	Gerente de restaurante	1	Soldador	1
Carpinteiro	1	Limpeza	1	Supervisão telemarketing	1
Ceramista	1	Manicure	3	Téc. de enfermagem	3
Comerciante varejista	13	Massagista	1	Téc. elétrica/eletrônica	1

**Tabela 2 – Profissões dos Pacientes da Amostra (conclusão)**

<b>Profissão</b>	<b>Freq.</b>	<b>Profissão</b>	<b>Freq.</b>	<b>Profissão</b>	<b>Freq.</b>
Comprador	1	Massoterapeuta	1	Tecelão	1
Confeiteiro	1	Mecânico	3	Técnico agrícola	1
Construção civil	2	Mestre (indústria)	1	Tingidor	3
Contador	1	Metalúrgico	1	Trabalhador de serviços de limpeza	2
Corretor de imóveis	1	Ministro de culto religioso	1	Vendedor	21
Costureira	31	Modelista de roupas	1	Zelador	3
Cozinheira geral	17	Mordomo de residência	1		
Cuidador	2	Motorista	9		

Fonte: Dados obtidos pela autora (2019).

**Tabela 3 - Encaminhamentos por UBS**

<b>Código</b>	<b>UBS</b>	<b>Encaminhamentos</b>
69	Aclimação	15 (2%)
41	Alvorada I	11 (1%)
65	Alvorada III	108 (10%)
15	Ceu Azul	16 (2%)
38	Cidade Alta	21 (2%)
31	Floriano	6 (0,6%)
50	Grevíleas	30 (3%)
28	UASF Licce	0
62	Guaiapó/ Requião	64 (7%)
26	UASF Paulista	0
35	Iguaçu	26 (3%)
40	Iguatemi	9 (1%)
43	Industrial	13 (1%)
34	Internorte	14 (1%)
19	Império do Sol	8 (0,8%)
46	Mandacaru	35 (4%)
47	Maringá Velho	57 (6%)
52	Morangueira	18 (2%)
48	Ney Braga	63 (6%)
70	Olímpico	3 (0,3%)
27	UASF Thais	0
49	Parigot de Souza	42 (4%)
18	Paris	4 (0,4%)
20	Paraíso	16 (2%)
11	Piatã	63 (6%)
36	Pinheiros	45 (4%)
17	Portal	47 (5%)
39	Quebec	14 (1%)
44	São Silvestre	7 (0,7%)
37	Tuiuti	21 (2%)

<b>Código</b>	<b>UBS</b>	<b>Encaminhamentos</b>
<b>45</b>	Universo	27 (3%)
<b>51</b>	Vila Esperança	9 (0,9%)
<b>53</b>	Vila Operária	2 (0,2%)
<b>16</b>	Vardelina	36 (4%)
<b>12</b>	Zona 06	2 (0,2%)
<b>98</b>	Zona Sul	48 (5%)
<b>21</b>	Zona 07	3 (0,3%)
<b>44</b>	Ambulatório	7 (0,7%)
<b>42</b>	Zona Norte	0

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

**Tabela 4 - Tempo Médio de Espera de Atendimento por CID**

<b>CID</b>	<b>TEMPO MÉDIO</b>
DAI - Doenças Autoimunes	300
DOR	668,44
G628 – Polineuropatia	793,50
M069 - Artrite Reumatoide	536,00
M073 - Artrite Psoriásica	252,00
PM - Reumatismo de Partes Moles	676,00
M100 – Gota	589,81
M150 – Osteoartrite	548,93
M255 - Dor Articular	542,44
M321 – Lúpus	461,66
M45 - Espondilite Anquilosante	465,00
M545 – Lomablgia	534,36
M797 - Fibromialgia	643,55
M810 – Osteoporose	676,30
NI	654,09
Outros	514,85

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Tabela 5 - Categoria x Prioridade (n, %)

CATEGORIA	PRIORIDADE BAIXA	PRIORIDADE MÉDIA	PRIORIDADE ALTA	TOTAL
ARTRALGIA	160 (76%)	26 (13%)	24 (12%)	210
REUMATISMO PM	11 (73%)	2 (13%)	2 (13%)	15
AC	20 (90%)	1 (5%)	1 (5%)	22
DOR	107 (86%)	6 (4%)	11 (8%)	124
OUTROS REUMATISMOS	27 (79%)	4 (10%)	3 (9%)	34
ARTROSE	33 (86%)	1 (3%)	4 (12%)	38
CANCELADO/DESISTÊNCIA	120 (90%)	4 (3%)	8 (6%)	132
FIBROMIALGIA	91 (83%)	6 (5%)	12 (12%)	109
ARTRITE	68 (88%)	2 (3%)	7 (7%)	77
AR	42 (87%)	2 (4%)	4 (8%)	48
PEDIDO DE ESPECIALISTA	6 (85%)	1 (15%)	0	7
OSTEOPOROSE	12 (85%)	0	2 (15%)	14
ALT LABORATORIAL	17 (80%)	1 (15%)	3 (15%)	21
DOR EM COLUNAS	16 (88%)	0	2 (12%)	18
GOTA	16 (69%)	2 (8%)	5 (21%)	23
MISCELANIA	26 (78%)	1 (3%)	6 (18%)	33
DEFORMIDADES	7 (70%)	0	3 (30%)	10
EA	6 (59%)	1 (10%)	4(40%)	11
BRANCO	16 (88%)	0	2(12%)	18
A PEDIDO	2 (100%)	0	0	2
VASCULITE	0	1 (100%)	0	1

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

## Figura 4 - Modelo de Carta de Encaminhamento

### Sample Letter

Please assess this 34-year-old woman with suspected inflammatory joint disease. Three months ago she developed swelling and pain in both wrists, her second and third MCP joints and her feet. She is stiff for two to three hours in the morning and complains of fatigue. She is otherwise well. She is unable to continue work as a nursing assistant. Her relevant blood work: rheumatoid factor (RF) = negative; antinuclear antibodies (ANA) = negative; erythrocyte sedimentation rate (ESR) = 45 and C-reactive protein (CRP) = 38.



N.B. Copies of the lab work and X-rays should be attached to this referral letter.



Canadian Rheumatology Association  
Société Canadienne de Rhumatologie



*Developed by the Canadian Rheumatology Association  
through an unrestricted grant from Merck Frosst Canada Ltd.*



Fonte: Canadian Rheumatology Association (2017).

## Documento 1 – Ofício CECAPS nº 1028/2017

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**Assessoria de Formação e Capacitação**  
**dos Trabalhadores da Saúde**  
**CECAPS**

OFICIO Nº 1028/2017/SAÚDE

Maringá, 02 de maio de 2017

Prezada Senhora

Informamos que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde; a pesquisa “**Análise do sistema de triagem para reumatologia na atenção básica à saúde**”, ser realizada no Central de agendamento, UBS, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - COPEP, o aluno pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada nas UBS.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente



Lourdes Thomé  
Coordenadora CECAPS

Ilm. Sr.  
Profº. Sergio Candido Kowalski  
DD. Coordenador do Projeto  
Hospital de Clínicas UFPR

**Documento 2 – Parecer Consubstanciado do CEP – Projeto “Análise do sistema de triagem para reumatologia na atenção básica à saúde” 1/4**

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise do sistema de triagem para reumatologia na atenção básica à saúde

**Pesquisador:** Sergio Candido Kowalski

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 68125717.7.0000.0102

**Instituição Proponente:** Departamento de Clínica Médica

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.200.375

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de resposta as pendencias do protocolo de pesquisa Análise do sistema de triagem para reumatologia na atenção básica a saúde encaminhado pelo Departamento de Clínica Médica, sob a coordenação do professor Sergio Candido Kowalski e colaboração Fernanda Maria Borghi

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o processo de referência e contra-referência dos pacientes que aguardam atendimento em serviço de reumatologia em uma cidade do Paraná. Identificar componentes do processo passíveis de otimização que resultem em incremento da eficiência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

segundos os pesquisadores :

Os riscos serão mínimos pois todos os procedimentos quanto ao sigilo e ao uso dos dados e confidencialidade destes serão cumpridos e não serão necessárias novas consultas ou exames.

Os benefícios serão diversos, uma vez que identificando-se os fatores para demora no atendimento em reumatologia, poderão ser instituídas medidas que reduzam esse tempo. Para os participantes da pesquisa os benefícios serão indiretos, uma vez que já estiveram na lista de espera e foram atendidos, mas os resultados do estudo poderão ser extrapolados para outras especialidades, diminuindo o tempo de espera para consulta com especialistas que os mesmos estejam necessitando.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**Documento 2 – Parecer Consubstanciado do CEP – Projeto “Análise do sistema de triagem para reumatologia na atenção básica à saúde” 2/4**

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.200.375

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

todas as pendências foram atendidas

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

não há

**Recomendações:**

não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio)

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_890565.pdf	12/07/2017 18:03:39		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	pendencias_corrigidas_2.docx	12/07/2017 18:03:13	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_corrigido_3.docx	12/07/2017 18:02:06	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	pendencias_corrigidas.docx	29/06/2017 12:24:24	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	extratodaata_novo.pdf	29/06/2017 12:22:44	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensaTCLEcorrigida.pdf	29/06/2017 12:22:04	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Projeto Detalhado	projeto_corrigido.docx	29/06/2017	FERNANDA MARIA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

Documento 2 – Parecer Consubstanciado do CEP – Projeto “Análise do sistema de triagem para reumatologia na atenção básica à saúde” 3/4

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.200.375

/ Brochura Investigador	projeto_corrigido.docx	12:19:41	BORGHI	Aceito
Outros	extratodaata.pdf	09/05/2017 17:29:06	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	concordanciadainstituicaoocoparticipante.pdf	12/04/2017 17:41:56	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	concordanciadosservicosenvolvidos.pdf	12/04/2017 17:40:48	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	12/04/2017 17:39:49	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatermodeconsentimento.pdf	11/04/2017 14:14:00	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	analisedemerito.pdf	11/04/2017 14:03:16	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	checklist2.pdf	10/04/2017 17:25:21	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	checklist.pdf	10/04/2017 17:24:54	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.doc	10/04/2017 16:56:17	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	declaracaoderesponsabilidadedenoprojeto.pdf	10/04/2017 16:43:30	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	utilizacaodedadosdearquivo.pdf	10/04/2017 16:42:23	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	compromissoiniciodapesquisa.pdf	10/04/2017 16:41:36	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	declaracaousodedados.pdf	10/04/2017 16:40:47	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	declaracaodetornarpublico.pdf	10/04/2017 16:39:01	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	10/04/2017 16:36:18	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficiodopesquisador.pdf	10/04/2017 16:25:47	FERNANDA MARIA BORGHI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo  
Bairro: Alto da Glória  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-7299

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**Documento 2 – Parecer Consubstanciado do CEP – Projeto “Análise do sistema de triagem para reumatologia na atenção básica à saúde” 4/4**

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.200.375

CURITIBA, 03 de Agosto de 2017

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

## Documento 3 - Ata de sessão pública de defesa de mestrado para a obtenção do grau de mestre em Medicina Interna e Ciências da Saúde



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MEDICINA INTERNA E  
CIÊNCIAS DA SAÚDE - 40001016012P1

ATA Nº05

### ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE Mestrado PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM MEDICINA INTERNA E CIÊNCIAS DA SAÚDE

No dia vinte e nove de junho de dois mil e vinte às 09:00 horas, na sala <https://teams.microsoft.com/jchannel/19%3a17235@acfc0748438b3f34258e78d19c%40thread.tacv2/Geral?groupId=a1a1fc9f-259e-4b86-8deb-40f0792c0e5f&tenantId=c37b37a3-e9e2-42f9-bc67-4b9b738e1df0>, MICROSOFT TEAMS, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestranda **FERNANDA MARIA BORGHI**, intitulada: **DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM EM REUMATOLOGIA NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ - PR**, sob orientação do Prof. Dr. **SERGIO CANDIDO KOWALSKI**. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICINA INTERNA E CIÊNCIAS DA SAÚDE da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: **SERGIO CANDIDO KOWALSKI** (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), **MARCOS BOSI FERRAZ** (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), **ROBERTO ZONATO ESTEVES** (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela **APROVAÇÃO**. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, **SERGIO CANDIDO KOWALSKI**, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 29 de Junho de 2020.

Assinatura Eletrônica

06/07/2020 17:08:50.0

SERGIO CANDIDO KOWALSKI

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

13/07/2020 15:17:06.0

MARCOS BOSI FERRAZ

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

Assinatura Eletrônica

29/06/2020 16:38:31.0

ROBERTO ZONATO ESTEVES

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

Rua General Carneiro, 181 - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80080-900 - Tel: (41) 3360-1073 - E-mail: [ppgmedicina@ufpr.br](mailto:ppgmedicina@ufpr.br)

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 44266

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.pppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 44266