

## TEMPO DE ESPERA POR CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DE MINAS GERAIS, BRASIL

THE WAITING TIME FOR SPECIALIZED MEDICAL CONSULTATIONS IN A SMALL MUNICIPALITY OF MINAS GERAIS, BRAZIL

TIEMPO DE ESPERA PARA LA CITA CON UN ESPECIALISTA EN UN PEQUEÑO MUNICIPIO DEL ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

Ed Wilson Rodrigues Vieira<sup>1</sup>  
Thais Moreira Nascimento Lima<sup>2</sup>  
Andréa Gazzinelli<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora. Membro do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Doenças Tropicais – INCT-DT. Professora Titular da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Ed Wilson Rodrigues Vieira. E-mail: edwilsonvieira@gmail.com  
Submetido em: 20/05/2014      Aprovado em: 16/12/2014

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar o tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte, distante de grandes centros urbanos e localizado em região economicamente pouco desenvolvida em Minas Gerais, Brasil. **Método:** estudo de caso com abordagem descritiva que acompanhou e analisou todos os 152 encaminhamentos de pacientes para consultas médicas especializadas não ofertadas em seu município de residência durante seis meses (julho de 2011 a janeiro de 2012). Os encaminhamentos foram analisados quanto ao encaminhamento e agendamento da consulta, utilizando um instrumento estruturado para a coleta de dados. Realizou-se análise descritiva e o número médio de dias de espera foi comparado entre variáveis de interesse. **Resultados:** a maioria dos encaminhamentos (74,3%) foi referenciada a especialistas pelos médicos da atenção primária. As solicitações para primeira consulta representaram 88,8% dos encaminhamentos e a principal demanda destas foi para otorrinolaringologia (36,3%). O tempo médio de espera pela primeira consulta, independentemente da especialidade, foi de 244 dias (desvio-padrão = 193, mediana = 198), variando de seis a 559 dias. Apenas 3,7% dos pacientes encaminhados esperaram três meses ou menos pela consulta e outros 5,2% esperaram três a seis meses. Ao final dos seis meses de estudo, 91,1% dos pacientes acompanhados ainda aguardavam a consulta especializada. Todas as consultas efetivadas foram para serviços localizados na capital do estado, distante 700 km. **Conclusão:** a garantia de acesso a consulta especializada apresentou-se fragilizada, com elevado tempo de espera, afetando diretamente a integralidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Tempo para o Tratamento; Medicina; Especialização; Listas de Espera; Acesso aos Serviços de Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the waiting time for specialized medical consultations in a small municipality, far from large urban centers, and located in an economically undeveloped region in Minas Gerais State, Brazil. **Method:** this was a case study with a descriptive approach that followed and analyzed in a six months period (July 2011 to January 2012), 152 referrals of patients to specialized medical consultations not offered in the municipality. The referrals were analyzed with regard to referencing and consultation scheduling using a structured instrument for data collection. A descriptive analysis was performed and the average number of waiting days was compared between variables of interest. **Results:** the majority of referrals (74.3%) were to specialists forwarded by primary care physicians. Requests for the first consultation represented 88.8% of referrals, and their main demand went to otorhinolaryngology (36.3%). The average waiting time for the first consultation, regardless of the specialty, was 244 days (standard deviation = 193, median = 198), ranging from six to 559 days. Only 3.7% of patients waited three months or less, and another 5.2% waited three to six months. At the end of the six months of the study period, 91.1% of the followed patients were still waiting for the specialized consultation. All the fulfilled consultations were in services located in the State capital, 700 km away. **Conclusion:** the access to specialized consultation is fragile, with long waiting time, directly affecting the integrality of care.

**Keywords:** Time-to-Treatment; Medicine; Especialization; Waiting Lists; Health Services Accessibility.

### RESUMEN

El objeto del presente estudio ha sido evaluar el tiempo de espera para la cita con un médico especialista en un pequeño municipio lejos de los grandes centros urbanos de una región poco desarrollada del Estado de Minas Gerais, Brasil. Se trata de un estudio de caso con enfoque descriptivo. Durante seis meses se siguieron y analizaron los 152 casos de pacientes remitidos a médicos especialistas no disponibles en el municipio (julio 2011 - enero 2012). La remisión del paciente fue analizada según su referencia y día y hora de la cita programada por medio de una herramienta estructurada para la recogida de datos. Fue realizado el análisis descriptivo y el tiempo medio de espera fue comparado con las variables independientes de interés. En la mayoría de los casos (74,3%), quienes remitían los pacientes a los especialistas eran los médicos de la atención primaria. Los pedidos de primera cita médica representaron el 88,8% de los casos y la especialidad más solicitada fue otorrinolaringología (36,3%). El tiempo medio de espera fue de 244 días (Desviación Estándar = 193; Mediana = 198). Apenas un 3,7% de los pacientes esperó tres meses o menos; un 5,2% esperó entre tres y seis meses. Al final

*del período de estudio 91,1% de los pacientes todavía seguían esperando la cita. Todas las citas para médicos especialistas fueron para centros ubicados en la capital del Estado, a 700 kilómetros de distancia. Como conclusión se puede afirmar que hay poca garantía de acceso a las citas para especialistas, con altos tiempos de espera, lo cual afecta directamente la atención integral.*

**Palabras clave:** Tiempo de Tratamiento, Medicina; Especialización; Listas de Espera, Accesibilidad a los Servicios de Salud.

## INTRODUÇÃO

Longos tempos de espera têm se constituído em um problema comum em diferentes sistemas públicos de saúde. Além de um importante determinante da satisfação dos profissionais e usuários, o tempo de espera é um indicador da qualidade dos serviços, por estar relacionado à capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população.<sup>1,2,3</sup>

Como nem sempre é compatível com a gravidade da condição de saúde, a longa espera pode propiciar o sofrimento do paciente, reduzir as possibilidades de cura, permitir o agravamento das enfermidades ou a extensão das sequelas e até determinar risco de morte.<sup>2,4,5</sup> Do ponto de vista socioeconômico, o tempo de espera prolongado provoca impacto no trabalho, por diminuir a produtividade, e no rendimento escolar.<sup>6,7</sup> Pode, ainda, elevar os gastos dos sistemas de saúde e os gastos individuais, pela necessidade de compra de serviços privados.<sup>2,8,9</sup>

No Brasil, o longo tempo de espera para consultas especializadas está entre as principais barreiras ao acesso a cuidados integrais à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>2,10,11</sup> De modo geral, o aumento da demanda, sobretudo decorrente da ampliação da cobertura da atenção básica, do aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas, somado à insuficiência de recursos e de serviços, tem dificultado o acesso à atenção especializada.<sup>7,12,13,14</sup>

Se esse problema ocorre em grandes municípios,<sup>11,14</sup> nos pequenos, distantes de grandes centros urbanos e, por vezes, localizados em verdadeiros vazios assistenciais, a situação pode ser mais grave.<sup>7,15</sup> Ainda, se esses municípios estiverem localizados em regiões pouco desenvolvidas economicamente, o acesso a consultas com médicos especialistas chega a ser considerado um verdadeiro desafio.<sup>8</sup>

Ocorre que municípios pequenos, que representam a maioria dos municípios brasileiros, em geral possuem poucos ou nenhum serviço de saúde especializado em seus territórios. Permanecem com a gestão da atenção primária à saúde (APS), mas afastados do gerenciamento dos demais níveis de atenção do SUS.<sup>12</sup> Nesse cenário, com o intuito de facilitar a continuidade do cuidado, o Ministério da Saúde instituiu, em 1999, o programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), para garantir tratamento a pacientes portadores de doenças não tratáveis no seu município de residência, respeitando os princípios constitucionais da universalidade e da integralidade.<sup>16</sup> Assim, muitos municípios encaminham seus pacientes para centros urba-

nos maiores, obedecendo à Programação Pactuada e Integrada (PPI). Mas, apesar dos avanços do programa, permanecem obstáculos e limitações ao acesso.<sup>17,18</sup>

O acesso à atenção médica especializada em tempo hábil é de grande importância, sobretudo frente à possibilidade de garantia da atenção necessária, uma vez que os serviços são interdependentes.<sup>5</sup> Mas, apesar da relevância do assunto, os estudos que tratam do tempo de espera para consultas com médicos especialistas no Brasil são escassos. Os que tratam da temática costumam abordar a espera por cirurgias, transplantes e procedimentos diagnósticos. Dos que mensuram o tempo de espera por consultas especializadas, a abordagem geralmente é dada sobre algumas especialidades e os dados são coletados já nos serviços de referência.<sup>2,5,9,13,15</sup> Há, também, as estimativas indiretas do tempo de espera pelos profissionais de saúde.<sup>11</sup> E outros discutem o assunto de modo indireto sem um levantamento específico do tempo.<sup>3,4</sup> Também, não é conhecido o número de inscritos nas listas de espera por consultas especializadas, pois faltam dados oficiais.

Dessa forma, considerando os impactos adversos do tempo de espera e a carência de estudos na área, este tem o objetivo de avaliar o tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte, distante de grandes centros urbanos e localizado em região economicamente pouco desenvolvida. O propósito é contribuir para a reflexão e o debate sobre o assunto e para a melhoria do acesso à atenção especializada em municípios de pequeno porte.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso com abordagem descritiva, que analisou o tempo de espera de pacientes encaminhados para consultas médicas especializadas não ofertadas em seu município de residência. O referencial analítico baseou-se na perspectiva da organização de redes integradas de atenção à saúde. A esse respeito, considerou-se que o desempenho de redes integradas deve ser avaliado, entre outras, pela dimensão dos resultados intermediários, que apresenta o acesso como uma de suas variáveis.<sup>19</sup> Para tanto, o acesso foi entendido como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para a obtenção do melhor resultado possível.<sup>20</sup>

O estudo foi realizado no município de Jequitinhonha, que possui aproximadamente 24.000 habitantes<sup>21</sup> e está localizado no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Fica a 225 km da cidade

de Teófilo Otoni, referência regional, e a 700 km de Belo Horizonte, capital do estado. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,615, considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.<sup>22</sup> Sua rede básica de serviços de saúde está estruturada na Estratégia de Saúde Família, onde atuam oito equipes. Possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, para a atenção hospitalar, o município dispõe de um hospital filantrópico com regime de gestão privada. No que se refere ao acesso aos serviços especializados, o município está inserido em uma configuração de Rede de Serviços de Saúde regionalizada determinada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais, pertencendo à microrregião de saúde de Almenara e à macrorregião nordeste (Teófilo Otoni).<sup>23</sup>

No município há uma unidade do Centro Viva Vida, referência para a atenção ambulatorial do Programa Estadual de Redução da Mortalidade Infantil e Materna, que oferece atendimentos com médicos especialistas a partir de demandas materna e infantil de toda a microrregião de saúde. Nos últimos anos, para melhorar o acesso à atenção especializada, o próprio município investiu na contratação de alguns médicos especialistas (cardiologista, ginecologista, neurologista, oftalmologista, ortopedista, pediatra e urologista) para atendimentos quinzenais ou mensais. Para os pacientes que necessitam de consultas médicas de especialidades não ofertadas no município, o acesso se dá pelo programa de Tratamento Fora do Domicílio. Para tal, o fluxo inicia-se com o preenchimento de encaminhamento em impresso específico pelo médico solicitante. O paciente recebe o encaminhamento e o entrega na Central Municipal de Marcação de Consultas, onde um profissional se responsabiliza pelo agendamento da consulta por meio de contatos com as Centrais de Regulação Macro e Microrregional, por telefone.

Como fonte de dados deste estudo, foram considerados todos os 154 encaminhamentos para consultas médicas especializadas fora do município que aguardavam agendamentos em julho de 2011. Foram excluídos dois encaminhamentos com informações ilegíveis, sendo avaliados, então, 152 encaminhamentos.

Inicialmente, cada encaminhamento foi identificado com um código numérico, único e sequencial. Para a coleta dos dados foi elaborado um instrumento que levou em consideração: a) o serviço de saúde solicitante; b) o preenchimento da justificativa do encaminhamento; c) tipo de especialidade médica solicitada; d) data do encaminhamento. A partir de então, os encaminhamentos foram acompanhados durante seis meses (até janeiro de 2012) com o objetivo de identificar a data e o local da consulta. A coleta foi feita pelo pesquisador principal e alunos de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) previamente capacitados, utilizando equipamentos eletrônicos (*Personal Digital Assistant* – PDA). Foram utilizados três PDAs, que são dispositivos eletrônicos portáteis de dimensões reduzidas (*palmtops*) com tela sensível ao toque

(*touch screen*) para a entrada de dados, nos quais foi instalado o instrumento de coleta dos dados. Os dados foram transferidos dos PDAs para um computador ao final de cada dia de trabalho de campo a fim de verificar e corrigir dados faltantes ou incorretos. Posteriormente, realizou-se uma nova verificação dupla dos dados, para garantir a qualidade das informações.

Para a análise foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 15.0, e o tempo de espera foi definido como o período de tempo compreendido entre a data da solicitação e a data da consulta. Na análise do tempo de espera consideraram-se somente encaminhamentos para primeiras consultas, uma vez que consultas de retorno costumam obedecer a um calendário determinado pelo médico especialista ou pelo serviço de referência. Primeiramente, constatou-se que não houve diferença estatística nas variáveis de interesse segundo os indivíduos que realizaram a coleta. Os resultados foram expressos por suas frequências, médias, medianas e desvios-padrão. Foram realizadas comparações entre o tempo médio de espera e o serviço de saúde responsável pelo encaminhamento e o preenchimento da justificativa clínica no impresso de encaminhamento.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o parecer nº ETIC 0174.0.203.000-10, atendendo à Resolução nº 196/96. Antes do início da coleta dos dados, o estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

## RESULTADOS

A maioria dos encaminhamentos, 74,3% (113/152), foi referenciada a especialistas pelos médicos da atenção primária à saúde (Estratégia Saúde da Família). Os demais foram encaminhados pelos serviços de atenção secundária ou hospitalar localizados tanto no próprio município (12,4%) quanto em outros (13,3%).

As solicitações para primeira consulta com médico especialista representaram 88,8% dos encaminhamentos (135/152), sendo o restante para consultas de retorno. Quanto às primeiras consultas, a principal demanda foi para otorrinolaringologia, que respondeu por 36,3% dos encaminhamentos. Somados, os encaminhamentos para as especialidades otorrinolaringologia, dermatologia, angiologia e ortopedia representaram quase três quartos das solicitações (Tabela 1).

O tempo médio de espera pela primeira consulta com médico especialista, independentemente da especialidade, foi de 244 dias (desvio-padrão = 193, mediana = 198), variando de seis a 559 dias. Pacientes referenciados pelos serviços de atenção primária apresentaram tempo de espera semelhante aos referenciados por serviços de atenção secundária ou hospitalar (246 e 250 dias, em média, respectivamente). As especialidades hematologia, alergologia, endocrinologia e reumatologia tiveram tempo de espera que ultrapassou um ano (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição das especialidades médicas solicitadas nos encaminhamentos para consultas com médicos especialistas em município de pequeno porte – Jequitinhonha, 2011

	Frequência	%
Otorrinolaringologia	49	36,30
Dermatologia	24	17,78
Angiologia	14	10,37
Ortopedia	14	10,37
Reumatologia	8	5,93
Endocrinologia	6	4,44
Pneumologia	3	2,22
Alergologia	2	1,48
Cirurgia geral	2	1,48
Gastroenterologia	2	1,48
Hematologia	2	1,48
Outras	9	6,67
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100,00</b>

Tabela 2 - Tempo médio de espera pela primeira consulta com médico especialista por especialidades – Jequitinhonha, 2011

	Média	N	Desvio Padrão	Tempo máximo
Hematologia	434,00	1	-	434
Alergologia	420,00	2	182,43	549
Endocrinologia	381,00	2	178,00	507
Reumatologia	370,00	2	111,71	449
Otorrinolaringologia	339,25	4	216,64	550
Pneumologia	331,50	2	321,73	559
Angiologia	174,00	1	-	174
Dermatologia	136,76	3	108,61	229
Cirurgia geral	120,00	1	-	120
Ortopedia	68,00	5	81,38	170
Cardiologia	14,00	1	-	14
<b>Total</b>	<b>243,92</b>	<b>24</b>	<b>192,63</b>	

Apenas 3,7% dos pacientes encaminhados para primeira consulta (5/135) esperaram três meses ou menos pela consulta, e outros 5,2% (7/135) esperaram três a seis meses (90 a 180 dias). Ao final do período de estudo, seis meses, a maioria dos encaminhamentos acompanhados (123/135) ainda aguardava o agendamento da consulta especializada.

Pacientes cujos formulários de encaminhamentos estavam com os campos destinados à justificativa clínica totalmente preenchidos apresentaram menos tempo de espera pela consulta (190 dias), quando comparados com aqueles cujos formulários estavam com a justificativa apenas parcialmente preenchida (319 dias). Mas essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Todas as consultas agendadas foram para serviços na capital do estado, evidenciando fragilidades para atender à demanda na microrregional de saúde e na macrorregião nordeste.

## DISCUSSÃO

Resolver o problema do tempo de espera pela atenção ambulatorial tem merecido a atenção de expressivo número de estudos e de políticas governamentais, que o consideram, de modo geral, um balanço entre a demanda por cuidados e a disponibilidade de serviços para atendê-la.<sup>24,25</sup> Apesar de ser um problema complexo, numa análise geral a formação de longas filas surge da incapacidade do sistema de saúde em garantir, aos cidadãos, os adequados cuidados de saúde em um tempo minimamente aceitável.<sup>7,26</sup>

Uma vez que é a partir dos serviços de APS que, em geral, se estrutura o atendimento e o acesso aos serviços especializados nos pequenos municípios, estes foram os responsáveis pela maioria dos encaminhamentos para consultas com médicos especialistas. Este é um resultado coerente com os de outros estudos que identificaram bom desempenho da APS no seu atributo de porta de entrada<sup>11,12</sup> e pode ser reflexo do aumento da cobertura dos serviços desse nível de atenção em todo o Brasil. Por outro lado, implica que o médico generalista da atenção primária é o principal responsável pelo adequado encaminhamento ao especialista.<sup>12</sup>

As consultas iniciais responderam pela maior demanda por médicos especialistas. Quando em grande número, as consultas de retorno para revisões continuadas dos pacientes nos serviços especializados poderiam alimentar a superlotação e passariam a ser fator preponderante na dificuldade dos demais pacientes em obter acesso ao atendimento especializado.<sup>5,27</sup>

A maior demanda para otorrinolaringologia corrobora a estimativa de que as doenças dos ouvidos, nariz e garganta estão entre os principais motivos de procura por atendimento na APS, o que reflete diretamente na demanda por serviços especializados.<sup>5</sup> Diante disso, é fato que a demanda por consulta médica especializada é o reflexo da capacidade resolutiva nos serviços de APS. Outro ponto é que poucas especialidades responderam pela maioria da demanda. Com isso, há que se concordar que não há como buscar soluções realistas e de impacto para a questão da fila de espera sem antes conhecê-la adequadamente.<sup>27</sup> Para tal, é preciso ter informações exatas da quantidade de pessoas aguardando determinada especialidade. Mas, saber o tempo médio e máximo de espera na fila é mais importante do que conhecer o número total de pacientes aguardando.<sup>28</sup> Para obter essa informação basta que os municípios considerem a data do encaminhamento e a data da consulta. A informação apresentada de forma precisa pode garantir mais legitimidade às reivindicações e aumentar as chances em tê-las atendidas.

O tempo médio de espera para primeira consulta com um especialista, independentemente da especialidade, foi elevado, chegando a 244 dias. Isso significa que, se todos os pacientes fossem obrigados a permanecer pelo mesmo período de tempo na fila de espera, todos levariam mais de oito meses para serem atendidos. É bastante óbvio que a maioria dos pacientes não pode esperar por tanto tempo e, mesmo em casos de menos urgência, essa demora já seria um problema.<sup>15</sup> Infelizmente, a ausência de dados oficiais sobre o tempo de espera no Brasil e o fato de que nos estudos nacionais encontrados sobre o tema a abordagem foi dada sobre uma única especialidade<sup>2,5,15</sup> dificultam a comparação deste resultado. Sua comparação com cenários internacionais, que, por vezes, apresentam tempos de espera bem menores<sup>13,29</sup> requer cautela, pois há diferenças nos determinantes sociais e nos sistemas de saúde.

Algumas especialidades se destacaram por apresentarem tempos de espera mais longos. Sabidamente são situações em que as demandas por essas especialidades na atenção secundária têm sido maiores do que o número de consultas oferecidas. Tal situação relaciona-se às dificuldades que o sistema público de saúde tem enfrentado para resolver o problema das especialidades na atenção secundária.<sup>5</sup>

A variação no tempo de espera relacionada ao porte do município fica evidente ao comparar o tempo de espera para consulta com otorrinolaringologista em uma capital, que foi de 3,8 meses,<sup>5</sup> com a espera para a mesma especialidade no município estudado, que foi, em média, de 11,3 meses (339 dias). Esta análise corrobora outro estudo que concluiu que pacientes não residentes em uma capital apresentaram mais tempo de espera por consulta especializada.<sup>15</sup> Reduzida governabilidade de municípios de pequeno porte sobre os serviços especializados fora de seu território pode, em parte, estar relacionada a essa diferença no acesso entre pequenos e grandes municípios. Ainda, não há garantia de que as cotas programadas pela PPI sejam de fato distribuídas entre as unidades de saúde municipais.<sup>11</sup>

Outra questão é que maior ou menor fila de espera para a atenção especializada apresenta nuances regionais.<sup>30</sup> No sul do país a espera para consulta com reumatologista foi de 7,8 meses, em média,<sup>15</sup> e no município estudado foi maior ainda (superior a 12 meses). Em tese, a localização do município em uma região pouco desenvolvida economicamente pode ter influenciado para o maior tempo de espera.

Acredita-se que um tempo de espera aceitável para a primeira consulta ao especialista não deve ultrapassar três meses.<sup>6</sup> Mas apenas 3,7% dos pacientes acompanhados foram atendidos em menos de três meses. Como a insuficiência de serviços é considerada um dos principais determinantes para explicar o longo tempo de espera,<sup>3</sup> este resultado reflete uma carência importante na oferta de consultas especializadas no estado de Minas Gerais, sobretudo na região estudada.<sup>31</sup> Como em ou-

tros municípios brasileiros, o problema da fila de espera é antigo, persistindo apesar da troca de equipes de gestão da saúde.<sup>15</sup>

Cabe ressaltar que, sem os esforços do município para manter alguns médicos especialistas em sua rede própria de serviços de saúde, a fila de espera por consultas especializadas e, conseqüentemente, o tempo de espera seria ainda maior. Isso porque quando há especialistas trabalhando junto ao nível primário de atenção, parcela importante dos pacientes poderá ser manejada adequadamente no nível local.<sup>15</sup> Entretanto, apesar de ser uma proposta racional, há dificuldades práticas para sua operacionalização,<sup>32</sup> pois não são facilmente encontrados médicos especialistas para atuarem em municípios pequenos e distantes dos grandes centros. O funcionamento do Centro Viva Vida também contribuiu para que a fila de espera não fosse maior, pois boa parte da demanda materna e infantil consegue atenção médica especializada no próprio município.

Pacientes encaminhados pelos serviços de atenção primária aguardaram a consulta especializada por tempo semelhante ao tempo de espera daqueles encaminhados por serviços de outros níveis de atenção. Resultado diferente foi encontrado em outro estudo<sup>29</sup> no qual, comparado com pacientes referenciados por seu médico de família, aqueles referenciados por outro médico especialista ou outro serviço tiveram mais chances de verem um especialista em menos tempo.

O preenchimento adequado do encaminhamento possibilitou menos tempo de espera, mas sem significância estatística. Mas é importante analisar essa situação, uma vez que as falhas no preenchimento do encaminhamento denotam desorganização do sistema. Há, assim, necessidade de melhor orientar o profissional de saúde quanto ao preenchimento das guias, devido à sua importância, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto de referência e contrarreferência.<sup>5</sup>

O fato de todas as consultas referenciadas terem sido agendadas para serviços na distante capital do estado confirma o grande desafio que é a regionalização da assistência à saúde em Minas Gerais. Outros municípios do estado também estão inseridos em regiões de saúde altamente dependentes dos serviços especializados localizados na capital<sup>31</sup> e provavelmente apresentam problemas semelhantes com o tempo de espera. Como análise dessa situação, entende-se que a perspectiva de um sistema de saúde em rede somente propiciar diminuição nas listas de espera se a territorialização dos serviços estiver isenta de vazios assistenciais. Em outra perspectiva, quando um acompanhamento especializado prolongado for indicado, as longas distâncias a serem percorridas podem causar transtornos e mais sofrimento.<sup>27</sup>

Cada paciente que necessita de atenção especializada pode passar, na verdade, por várias filas de espera consecutivas.<sup>2,6,27</sup> A fila para a consulta inicial com um médico especialista é só a primeira e, por vezes, o ponto de maior afunilamento.<sup>27</sup> O tempo real de es-

pera compreende vários outros períodos, desde o surgimento dos sintomas da doença até a obtenção do tratamento especializado; cada um deles pautado por dificuldades e atrasos próprios.<sup>27</sup> Mas todas as etapas prévias ao efetivo atendimento especializado merecem atenção e uma abordagem que identifique os obstáculos e as soluções para otimizar o fluxo de pacientes.

Algumas possíveis soluções para o problema da fila de espera merecem discussão. Medidas que aumentem a oferta de serviços especializados estão, frequentemente, entre as principais estratégias para a redução do tempo de espera.<sup>3,9,24,25</sup> Mas entende-se que simplesmente aumentar a oferta de consultas, visando reduzir a lista de espera, apenas encorajaria o número de encaminhamentos.<sup>33</sup> A solução passa também, provavelmente, por melhor comunicação entre o médico clínico geral, ou médico de comunidades, e o especialista.<sup>15</sup> Para isso, é necessária estruturação adequada e consistente dos serviços de atenção primária, com melhorias nos sistemas de agendamento e de encaminhamento.<sup>2,4,11,15,25</sup> O que pode ser feito ainda é buscar mais eficiência no uso da capacidade instalada na rede pública, tanto na atenção primária quanto na secundária, melhorar a resolutividade da APS e evitar as referências inapropriadas e as remarcações desnecessárias com baixa contrarreferência.<sup>2,3,5,14</sup> Investimentos em telemedicina também têm proporcionado importantes avanços na redução da espera.<sup>34</sup> No contexto brasileiro, destaca-se o Programa Nacional de Telessaúde, que tem permitido que profissionais fora dos grandes centros urbanos tenham acesso à capacitação por meio de videoconferência e a discussão de casos clínicos com especialistas de várias áreas.<sup>35</sup>

Uma possível limitação deste estudo é que o tempo de espera foi estimado em apenas um município. No entanto, acredita-se na sua importância, por ser um trabalho pioneiro na literatura nacional sobre o tempo de espera por consulta especializada em pequenos municípios. Mesmo que realizado em um único município, os resultados, se analisados sob a perspectiva da organização de redes integradas de atenção à saúde, no que compete ao acesso, o elevado tempo de espera encontrado reflete a frágil integração entre os serviços de atenção primária e os de cuidados especializados. Mais estudos com o propósito de conhecer os fatores intervenientes na determinação do tempo de espera por consultas com especialistas no cenário nacional poderão retratar de modo mais completo a situação, contribuindo para o planejamento e gestão do sistema de saúde. Além disso, pesquisas em municípios com melhor desenvolvimento econômico e IDH trarão contribuições importantes, por possibilitarem comparações.

## CONCLUSÕES

O tempo de espera para o acesso a consultas médicas especializadas em um município pequeno, distante de grande

centro urbano e localizado em região economicamente pouco desenvolvida revelou-se prolongado. A garantia de acesso a consultas especializadas está fragilizada, afetando diretamente a integralidade do cuidado. Intervenções a curto e longo prazo serão necessárias para resolver as causas do excessivo tempo de espera e o município precisa avançar na regulação das referências e monitoramento da fila de espera, com a implantação e uso de ferramentas informatizadas de regulação.

Avaliar os tempos de espera em diferentes regiões e especialidades médicas possibilitará a obtenção de informações essenciais à tomada de decisões estratégicas pelos gestores e, também, uma imagem mais completa da situação real, contribuindo para o planejamento e gestão do sistema de saúde.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos gestores e profissionais de saúde do município pela contribuição.

## FINANCIAMENTO

FAPEMIG e CNPq.

## REFERÊNCIAS

1. Aeenparast A, Farzadi F, Maftoon F. Waiting time for specialist consultation in tehran. Arch Iran Med. 2012 Dec; 15(12):756-8.
2. Padovani CSS, Schor N, Laranja SMR. Avaliação do perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes para o atendimento de primeira consulta no ambulatório de triagem da nefrologia da UNIFESP. J Bras Nefrol. 2012; 34(4):317-22.
3. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Ciênc saúde coletiva. 2011; 16(6):2783-94.
4. Hadorn DC. Setting priorities for waiting lists: defining ours terms. Can Med Assoc J. 2000 Oct; 163(7):857-60.
5. Guerra AFM, Gonçalves DU, Côrtes MCJW, Alves CRL, Lima TMA. Otorrinolaringologia pediátrica no sistema de saúde de Belo Horizonte. Rev saúde pública. 2007; 41(5):719-25.
6. Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, Veldhuyzen van Zanten SJ, Daniels S. Wait times for gastroenterology consultation in Canada: The patients' perspective. Can J Gastroenterol. 2006 Jun; 24(1):411-23.
7. Vieira J. Listas de espera para cuidados de saúde: onde fica a ética? Nursing (Edição Portuguesa). 2007; 17(217):30-5.
8. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España. Gac Sanitaria. 2006; 20(5):352-9.
9. Lima DMG, Ventura LO, Brandt CT. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. Arq Bras Oftalmol. 2005; 68(3):357-62.
10. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. Cad. Saúde Pública. 2005; 21 Suppl:S109-18.
11. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MSilva, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da Família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2009; 14(3):783-94.

12. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Rev Espaço para a Saúde*. 2010 Jun; 11(2):56-65.
13. Cano JD, Medina E, Custardoy J, Orozco D, Quince F. Identificación de las variables de influencia en los tiempos de espera en atención especializada. *Gac Sanitaria*. 2003; 17(5):368-74.
14. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2010; 20(3):953-72.
15. Simon JC, Maltchik M, Silva EE, Lima VRB, Bredemeier M. Avaliação do tempo de espera para consultas de reumatologia em um centro de atendimento terciário de Porto Alegre - RS. *Rev AMRIGS*. 2008 out./dez; 52(4):303-8.
16. BRASIL. Portaria no 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do tratamento fora de domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. 1999. [Citado em 2014 abr. 14]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-055.html>.
17. Gaiva MAM, Neves ÁQ, Siqueira FMG. O cuidado da criança com espinha bífida pela família no domicílio. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 Oct-Dec; 13(4):717-25.
18. Rodrigues ILA, Monteiro LL, Pacheco RHB, Silva SED. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):383-7.
19. Vázquez ML, Vargas I, Unger J, Mogollón A, Silva MRF, Paepé P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2009; 26(4):360-7.
20. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(Sup 2):S190-8.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Cidades@. Minas Gerais. Jequitinhonha. [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; [atualizado em 2014 abr. 14; citado em 2014 abr. 14]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313580>
22. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Perfil Municipal. Jequitinhonha, MG [Internet]. Programa das Nações Humanas para o Desenvolvimento. Fundação João Pinheiro. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; [atualizado em 2014 Apr 14; citado em 2014 Apr 14]. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/jequitinhonha\\_mg#idh](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/jequitinhonha_mg#idh)
23. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2010. [Citado em 2014 abr. 14]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/401-regionalizacao-assistencial-sesmg>.
24. Leddin D, Bridges RJ, Morgan DG, Fallone C, Render C, Plourde V, Gray J, Switzer C, McHattie J, Singh H, Walli E, Murray I, Nestel A, Sinclair P, Chen Y, Jan Irvine E. Survey of Access to Gastroenterology in Canada: The SAGE wait times program. *Can J Gastroenterol*. 2010 Jan; 24(1):20-5.
25. Kreindler SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *Br Med Bull*. 2010 May; 95:7-32.
26. Proença G, Ferreira D, Freitas A, Madeira F, Soares AO, Ferreira R. Programa especial de combate à lista de espera para consulta de cardiologia: relato de uma experiência inovadora. *Rev Port Cardiol*. 2003; 22(11):1335-42.
27. Sarmento Junior KMA, Tomita S, Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev Bras de Otorrinolaringologia*. 2005; 71(3):256-62.
28. Ezekowitz JA, Armstrong PW. The waiting game: facing the consequences. *CAMJ*. 2002; 167(11):1247-8.
29. Carrière G, Sanmartin C. Waiting time for medical specialist consultations in Canada. *Statistics Canada, Catalogue nº 82-00 - Health Reports*. 2010 Jun; 21(2).
30. Giovannella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde Debate*. 2012; 26(60):37-61.
31. Malachias I, Marra A, Castro GB, Pinto MAS, Siqueira M, Azevedo J. A resolubilidade e os vazios da Assistência hospitalar Micro e macrorregional do SUS/MG em 2010 e a evolução – 2003/2010. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2011.
32. Campos WSC, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública*. 1997 jan/mar; 13(1):141-4.
33. Kirwan J. Rheumatology out-patient workload increase inexorably. *British J Rheumatol*. 1997; 36:481-6.
34. Hofstetter PJ, Kokesh J, Ferguson AS, Hood LD. The impact of telehealth on wait time for ENT specialty care. *Telemed J E Health*. 2010 Jun; 16(5):551-6.
35. Telessaúde Brasil Redes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [atualizado em 2013 fev. 22; citado em 2014 mar 20]. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/>.