

# Por que os pacientes são encaminhados ao urologista? Análise crítica dos encaminhamentos no município de São Bernardo do Campo

Why are patients referred to urological consultation?  
Critical analysis of referrals in São Bernardo do Campo

Fernando Korkes<sup>1</sup>, Felipe Ambrosio Chicoli<sup>1</sup>, Paula Cacciatore Bes<sup>1</sup>, Antonio Carlos Lima Pompeo<sup>1</sup>

## Resumo

**Introdução:** A elevada demanda por atendimento urológico em São Bernardo do Campo gera uma espera para que pacientes sejam atendidos pelo urologista, após terem sido encaminhados pelo clínico. **Objetivos:** Avaliar condições associadas a encaminhamentos aos ambulatórios de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC, no município. **Métodos:** Foram avaliados 106 relatórios de encaminhamento de pacientes para consulta urológica em São Bernardo do Campo, entre dezembro de 2009 e março de 2010, e sua correlação com os dados obtidos em consulta urológica. **Resultados:** Os principais motivos para encaminhamento urológico foram o exame da próstata (29,2%) e a urolitíase (22,6%). Houve concordância entre o motivo referido e o diagnóstico após consulta urológica em 55,7% dos casos, discordância em 20,8% e ausência de menção do motivo da consulta em 23,6%. Observou-se que 56,6% dos pacientes não levaram os exames mínimos necessários à consulta com o especialista. Dos encaminhamentos por disfunções sexuais, 17% referiam o real motivo para consulta. Houve concordância em 100% dos encaminhamentos de pacientes oncológicos. Médicos formados há mais de 30 anos encaminharam pacientes mais precisamente. **Conclusão:** A imprecisão no encaminhamento aos ambulatórios de Urologia e a inexistência de protocolos para tal contribuem para a morosidade do sistema. Propõe-se o uso de protocolos para solicitar exames, previamente ao encaminhamento ao urologista, e o reforço quanto à importância da precisão do encaminhamento junto aos médicos responsáveis pela atenção primária.

**Palavras-chave:** Referência e consulta; atenção primária à saúde; doenças urológicas; unidade hospitalar de urologia.

## Abstract

**Introduction:** High demand to urological care in São Bernardo do Campo leads to a delay from the primary care physician referral until urologist's consultation. **Objectives:** To evaluate conditions associated with referrals to the Urology outpatient clinic from Faculdade de Medicina do ABC in this municipality. **Methods:** We analyzed 106 urological referral reports of patients in São Bernardo do Campo, from December 2009 to March 2010, and compared to data obtained after urologic consultation. **Results:** The main reasons for urological referral were prostatic check-up (29.2%) and urolithiasis (22.6%). There was similarity between referral report and diagnoses after urological consultation in 55.7% of the cases, discordance in 20.8%, while no reason was informed in 23.6% of referral reports; 56.6% of the patients did not bring their exams to specialist's consultation. Referrals for sexual dysfunction held the real reason for consultation in 17% of the cases, while concordance was found in every referral for oncologic disease. Moreover, doctors graduated for more than 30 years usually referred patients more precisely. **Conclusion:** The lack of accuracy in patient's referral to urological clinics and the absence of referral protocols contribute to the delay in the health care system. We recommend the adoption of guidelines to aid requesting subsidiary exams before referring patients to the urologist as well as the reinforcement towards the need of a proper referral by primary care physicians.

**Keywords:** Referral and consultation; primary health care; urologic diseases; urology department, hospital.

**Recebido:** 7/10/2010

**Revisado:** 16/2/2011

**Aprovado:** 22/3/2011

Trabalho realizado pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André (SP), Brasil

<sup>1</sup> Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André (SP), Brasil

Endereço para correspondência: Fernando Korkes – Rua Pirapora, 167 – CEP: 04008-060 – São Paulo (SP) – E-mail: fkorkes@terra.com.br

## Introdução

O Serviço de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) atende em São Bernardo do Campo, no Hospital Anchieta, cerca de 10.400 pacientes anualmente. Quase a totalidade dos doentes atendidos pertence à população do Grande ABC e tem acesso ao atendimento junto à Urologia por meio de encaminhamentos realizados por clínicos de outros serviços, como Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde.

Há, atualmente, elevada demanda por atendimento urológico no município, o que acaba levando a períodos de espera, os quais podem chegar a seis meses, para que um paciente possa ser atendido por um urologista. Sabe-se que a decisão de encaminhar o paciente para um especialista é dependente de fatores individuais por parte dos médicos generalistas, o que pode influenciar fortemente o curso do tratamento, especialmente quanto à escolha de uma abordagem clínica ou cirúrgica para a afecção e aos exames subsidiários e procedimentos aos quais o paciente será submetido<sup>1</sup>. Por estes motivos, torna-se imperioso que os encaminhamentos sejam feitos de forma precisa. O ideal seria que os pacientes com afecções de resolução simples pudessem ser tratados em Unidades Básicas de Saúde e, quando houvesse necessidade de avaliação e tratamento urológico, que os encaminhamentos fossem feitos adequadamente. Adicionalmente, seria desejável que, ao chegar ao urologista, os exames mínimos para avaliar a afecção em questão já tivessem sido realizados.

Com o objetivo de avaliar as condições associadas aos encaminhamentos dos pacientes aos ambulatórios de Urologia da FMABC, realizou-se o presente estudo. A partir das informações obtidas, objetiva-se também a idealização de projetos para otimizar o atendimento médico especializado no município.

## Casuística e métodos

Foram analisados prospectivamente os relatórios de encaminhamento de 106 pacientes adultos encaminhados para consulta urológica no município de São Bernardo do Campo, no período de dezembro de 2009 a março de 2010. Eles foram avaliados quanto à idade e gênero, ao número de registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRM-SP) e gênero dos médicos que realizaram o encaminhamento, ao motivo referido no relatório para o encaminhamento e diagnóstico principal após a consulta urológica. Posteriormente, avaliou-se também o subgrupo de especialidade urológica relacionado ao diagnóstico principal. Foi analisado, então, se houve concordância entre o motivo referido para o encaminhamento e o diagnóstico urológico principal. A análise estatística foi realizada pelo teste de ANOVA para parâmetros lineares e pelo teste do  $\chi^2$  para parâmetros não-lineares, sendo considerado significativo  $p < 0,05$ .

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMABC, protocolo nº 131/2010.

## Resultados

Foram avaliados 106 pacientes, sendo 82 homens (77,4%) e 24 mulheres (22,6%), com média  $\pm$  desvio padrão de idade de  $55,2 \pm 15,5$  anos, variando de 19 a 86 anos. Os médicos responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes foram em sua maioria homens (65,1%). Em 1,9% dos casos, o pedido não estava carimbado. O número de registro no CRM-SP desses profissionais foi de 4.767 a 135.270.

Os principais motivos de encaminhamento, de acordo com o diagnóstico urológico principal, foram exame prostático (29,2%) e urolitíase (22,6%) (Tabela 1). Houve concordância entre o motivo referido na guia de encaminhamento médico e o diagnóstico urológico principal após consulta com o urologista em 55,7% dos casos, enquanto que, em 20,8%, notou-se discordância entre motivo do encaminhamento e diagnóstico final. Em 23,6% ( $n = 25$ ) das guias analisadas, não estava mencionado o motivo do encaminhamento.

Quando se avaliam os encaminhamentos de acordo com os motivos, os pacientes encaminhados por disfunções sexuais, o real motivo está mencionado em apenas 17% dos casos. Em 50% deles, o motivo descrito é outro e, em 33%, a guia refere apenas a motivos vagos, como “encaminhamento ao urologista” ou “avaliação”.

Por outro lado, em pacientes oncológicos, a concordância foi observada em 100% dos casos. Nos pacientes encaminhados por litíase, por afecções prostáticas ou para exame prostático, há concordância na maior parcela dos encaminhamentos.

Notou-se ainda que 56,6% dos pacientes ( $n = 60$ ) não levaram os exames mínimos necessários à consulta com o especialista.

## Discussão

O papel do clínico geral no modelo de atenção à saúde adotado no Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para que ocorra um atendimento médico adequado e eficaz. Espera-se que o atendimento primário à saúde possibilite a resolução da grande maioria dos problemas, além de permitir a promoção de saúde, a prevenção primária e a secundária em diversos aspectos da saúde. O clínico deve ser um médico de boa formação e de reconhecido valor. Idealmente, na grande maioria dos casos, o

**Tabela 1 - Motivo do encaminhamento ao urologista de acordo com a subespecialidade após o diagnóstico urológico principal ( $n = 106$ )**

Subespecialidade urológica	%	n
Rastreamento prostático	29,2	31
Litíase urinária	22,6	24
Afecções prostáticas	17,0	18
Urologia geral	15,1	16
Andrologia	5,7	6
Uroginecologia	4,7	5
Uroncologia (exceto próstata)	4,7	5
Neurourologia	0,9	1
Total	100	106

diagnóstico das enfermidades deve ser feito por esses profissionais. Após um diagnóstico que necessite de avaliação especializada, ou quando há dificuldade em se estabelecer um, esses profissionais de atendimento primário devem encaminhar seus pacientes a um especialista.

O presente estudo expõe informações importantes que devem ser consideradas: inicialmente, observou-se um baixo índice de concordância entre o motivo do encaminhamento e o diagnóstico após consulta especializada. Em quase metade dos encaminhamentos houve divergência ou falta de zelo no preenchimento da guia de encaminhamento. Este dado toma maior relevância se levado em consideração o grau de instrução sociocultural da população em questão. São frequentes os casos de pacientes que chegam a uma consulta com o especialista, muitas vezes após meses de espera, sem saber ao certo qual o motivo de seu encaminhamento, sem trazer os exames já realizados ou mesmo sem saber de quais afecções trata o especialista ao qual foram encaminhados. A urologia é uma especialidade que abrange grande quantidade de afecções. Está entre as sete especialidades que mais recebem encaminhamentos<sup>1</sup>, muitas vezes torna-se difícil chegar a abordagem do paciente.

Chama a atenção o fato de que médicos formados há menos tempo preencham as guias de encaminhamento com menos esmero. Médicos formados há mais de 30 anos se mostraram mais preocupados em encaminhar os pacientes com maior precisão. Tal constatação chama a atenção por poder revelar alguns dados preocupantes quanto ao atendimento médico, notadamente: condições de trabalho ruins para os médicos responsáveis pela atenção primária; desvalorização da relação médico-paciente; desvalorização da relação médico-médico; super especialização, sendo mais fácil e rápido encaminhar um paciente a um especialista, mesmo que o clínico tenha condições de diagnosticá-lo e tratá-lo; e medo de processos médicos, realizando-se uma medicina prioritariamente defensiva, com o caráter assistencial deixado em segundo plano. Torna-se imperiosa uma reavaliação e recuperação desses valores essenciais para a boa prática médica.

Embora a literatura mostre que médicas tenham maior tendência a encaminhar pacientes com hiperplasia benigna prostática (HBP)

para o urologista, quando comparadas a colegas do gênero masculino, enquanto estes mais comumente solicitam teste de *Prostate Specific Antigen* (PSA) aos seus pacientes<sup>2</sup>, o estudo em relevo não revelou correlação estatística entre o gênero do profissional e a acuidade do encaminhamento às subespecialidades ( $p = 0,269$ ) (Tabela 2), tampouco em relação ao gênero ( $p = 0,789$ ) ou à idade do paciente ( $p = 0,455$ ). Contudo, notou-se significância entre o número de registro no CRM-SP do médico e a concordância do diagnóstico ( $p = 0,029$ ) (Tabela 3). Profissionais com número de registro no CRM-SP entre 30.000 e 90.000, inscritos no Conselho entre 1978 e 1997, apresentaram maiores índices de divergência entre o motivo de encaminhamento mencionado nas guias e o diagnóstico principal após consulta com o especialista. Observou-se uma tendência entre os médicos de formação mais recente a mencionar menos o diagnóstico, ao encaminhar o paciente. Os médicos formados há mais de 30 anos, em geral, apresentaram maior precisão no motivo do encaminhamento referido.

Fica nítido também o preconceito em relação a alguns temas. Ao passo que não há dificuldades ao se preencher uma guia com um diagnóstico oncológico, torna-se nítido o preconceito, receio ou descaso relacionado às disfunções de ordem sexual. Além de serem frequentemente subvalorizadas durante a anamnese médica, quando o paciente queixa-se ativamente, há despreparo da maioria dos médicos em estabelecer um diagnóstico, ou mesmo inibição/constrangimentos para o paciente, ao mencionar-se o motivo de encaminhar a um especialista. Esse é um fato notório e que deve ser trabalhado com os médicos do atendimento primário, principalmente ao se levar em consideração o envelhecimento progressivo da população e a consequente ocorrência mais frequente destas afecções.

Ademais, deve-se ressaltar que na maioria dos casos em que o motivo do encaminhamento estava correto, os exames mínimos necessários não foram levados à consulta com o especialista. É inaceitável que um paciente chegue a uma consulta com um urologista, após encaminhamento para avaliação de um quadro de dor lombar e suspeita de urolitíase, sem ao menos ter um exame de imagem. Tal situação ocorreu

**Tabela 2 - Adequação do encaminhamento à consulta urológica de acordo com o gênero do médico responsável pelo encaminhamento**

Motivo do encaminhamento	Concorde	Não concorde	Não mencionado
Gênero	n (%)	n (%)	n (%)
Feminino (n = 35)	16 (45,7)	8 (22,9)	11 (31,4)
Masculino (n = 69)	42 (60,9)	14 (20,3)	13 (18,8)

$$\chi^2 = 2,62, p = 0,2698$$

**Tabela 3 - Adequação do encaminhamento à consulta urológica de acordo com o número de registro profissional no Conselho Regional de Medicina (CRM-SP) do médico responsável pelo encaminhamento**

Motivo do encaminhamento	Concorde	Não concorde	Não mencionado
CRM	n (%)	n (%)	n (%)
< 30000	9 (60,0)	2 (13,3)	4 (26,7)
30000 ≥ CRM ≥ 90000	30 (54,5)	15 (27,3)	10 (18,2)
> 90000	20 (55,6)	5 (13,9)	11 (30,6)

$$\chi^2 = 3,89, p = 0,421$$

em cerca de 56% dos casos avaliados. Observou-se, ainda, que pacientes encaminhados para rastreamento de neoplasia prostática chegaram à consulta sem se ter um exame de PSA. Levando-se em conta a excessiva demora para que um paciente chegue a uma consulta com o especialista, isto também se torna inaceitável. Tendo-se em vista que metade das consultas urológicas iniciais incluía estes dois motivos (rastreamento de neoplasia prostática e urolitíase), poder-ser-ia reduzir em cerca de 25% o número total de consultas, incluindo-se retornos, caso protocolos simples fossem seguidos. Idealmente, todo paciente encaminhado para rastreamento de neoplasia prostática deveria trazer no mínimo um exame de PSA, e todo paciente encaminhado por urolitíase deveria trazer um exame de imagem comprovando ou sugerindo o diagnóstico. Protocolos de encaminhamento para cirurgias eletivas já se mostraram eficazes em melhorar a investigação diagnóstica no nível da atenção primária<sup>3</sup>, bem como para quadros de suspeita de neoplasia urológica<sup>4</sup>. Da mesma forma, o fornecimento de guias de protocolos bem estruturadas associado a intervenções educacionais ativas de profissionais da atenção secundária têm impacto significativo na redução da quantidade de encaminhamentos a especialistas<sup>5</sup>. Identificar meios de aumentar a eficiência no atendimento em nível secundário pode ajudar também na contenção de gastos e na redução do tempo de espera para consulta com o especialista<sup>6</sup>.

Segundo alguns autores, estima-se que a adoção de protocolos comuns a urologistas e generalistas no manejo de sintomas do trato urinário baixo resulte em uma economia de 13,8% nos gastos com investigação diagnóstica<sup>7</sup>. Outra experiência relatada com a adoção de protocolos culminou com a redução significativa do tempo de espera entre o encaminhamento do generalista até a consulta urológica para pacientes com sintomas do trato urinário baixo, além de um aumento no número de pacientes que receberam condutas resolutivas na consulta inicial<sup>8</sup>. Contudo, há evidências de que, mesmo na vigência de protocolos em Urologia, a adesão dos encaminhamentos por parte de médicos generalistas é trabalhosa<sup>9</sup>.

Não se encontram na literatura brasileira experiências semelhantes em Urologia. Um estudo visando à identificação de estratégias facilitadoras da implantação de diretrizes clínicas para hipertensão arterial em uma Unidade de Atenção Básica no Rio de Janeiro mostrou que, mesmo que fortemente de consenso, tal implementação incorre em baixíssima adesão dos profissionais de saúde se não estiver associada a um conjunto de estratégias mais sistêmicas, voltadas para garantir recursos, motivação dos profissionais, monitoração de processos e resultados obtidos e efetivamente empreender mudanças na cultura dos serviços de saúde<sup>10</sup>.

Avançando além da simples implementação de protocolos, um estudo prévio sugere que o uso de códigos para cada afecção ou grupo de afecções urológicas, a partir da sintomatologia apresentada pelo paciente, consiste em um método praticável e barato para se coletar dados das fichas de encaminhamento para serviços urológicos, o que ajudaria na melhor estruturação e administração do serviço em questão<sup>11</sup>. Já no âmbito da reestruturação de espaços físicos de atendimento à saúde, há indícios de que um modelo que contemple atenção primária e especializada em um mesmo ambiente permita maior intercâmbio de conhecimentos entre generalista e urologista, ajudando a evitar discrepâncias nas práticas diagnósticas e terapêuticas e tornando os encaminhamentos mais criteriosos<sup>12</sup>.

O presente estudo explicita certas limitações. Foi avaliado um número restrito de pacientes, e somente encaminhamentos ao ambulatório de Urologia, mas não a outras especialidades, o que limita o poder de conclusão. Além disso, a dificuldade de comunicação com os pacientes atendidos faz com que, em muitas situações, os pacientes não tragam às consultas os exames previamente realizados. Embora se tenha responsabilizado os médicos das Unidades Básicas de Saúde por essas falhas, há que se reconhecer que em algumas situações elas devam ser creditadas exclusivamente aos pacientes. Ainda assim, este estudo traz dados importantes. Acreditamos que medidas simples e de baixo custo financeiro, já adotadas em outros serviços, poderiam resolver muitos dos problemas mencionados.

Em conclusão, encontrou-se uma série de falhas no encaminhamento de pacientes ao atendimento urológico no SUS, no município de São Bernardo do Campo. Dentre elas, consideramos que a falta de precisão dos médicos ao encaminhar os pacientes, bem como a inexistência de protocolos de encaminhamento, contribuem em grande parte para a morosidade do sistema. Medidas simples e de baixo custo poderiam auxiliar muito na otimização do atendimento médico especializado dos municípios usuários do SUS.

Propomos a utilização de protocolos, cujo emprego adequado deve ser orientado a médicos generalistas desde a graduação, a fim de se aprimorar a solicitação de exames no rastreamento e diagnóstico de afecções prostáticas e de litíase previamente ao encaminhamento para o especialista, o que otimizaria a maioria dos atendimentos urológicos no município. Orientamos também o uso do Código Internacional de Doenças (CID), caso o paciente permitir, na descrição das afecções urológicas, evitando-se assim constrangimentos ao paciente.

## Referências

1. Starfield B, Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S. Variability in physician referral decisions. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15(6): 473-80.
2. Boulis AK, Long JA. Gender differences in the practice of adult primary care physicians. *J Womens Health (Larchmt).* 2004;13(6):703-12.
3. Clarke A, Blundell N, Forde I, Musila N, Spitzer D, Naqvi S et al. Can guidelines improve referral to elective surgical specialties for adults? A systematic review. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(3):187-94.
4. Mathew A, Desai KM. An audit of urology two-week wait referrals in a large teaching hospital in England. *Ann R Coll Surg Engl.* 2009;91(4):310-2.

5. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(4).
6. O'Brien TS, Perkins JM, Cranston D. Efficiency in the outpatient department: the lessons from urology. *Ann R Coll Surg Engl.* 1995;77(4): 287-9.
7. Spatafora S, Canepa G, Migliari R, Rotondo S, Mandressi A, Puppo P. Effects of a shared protocol between urologists and general practitioners on referral patterns and initial diagnostic management of men with lower urinary tract symptoms in Italy: the Prostate Destination study. *BJU Int.* 2005;95(4):563-70.
8. Thomas RE, Grimshaw JM, Mollison J, McClinton S, McIntosh E, Deans H et al. Cluster randomized trial of a guideline-based open access urological investigation service. *Fam Pract.* 2003;20:646-54.
9. Páez Borda A, Redondo Gonzalez E, Rios Gonzalez E, Linares Quevedo A, Saenz Medina J, Castillon Vela I. [Adequacy of referral from primary care to a Department of Urology]. *Actas Urol Esp.* 2007;31(10):1166-71.
10. Lima SML, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Brito C et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(9):2001-11.
11. Payne SR, Napier-Hemy RD, Ganesan T, Turner WH. Presumptive coding: a preliminary study of the aggregation of input diagnoses to determine their relevance to clinical governance and urological resourcing. *BJU Int.* 2004;93(4):553-7.
12. Queipo Zaragoza JA, Moral Baltuille A, Beltran Meseguer JF, Marco Aznar A, Borrell Palanca A, Chicote Perez F et al. Urological attendance in the Integral Health Center "Alto Palancia": model of primary-specialized integration and unique consultation. *Actas Urol Esp.* 2005;29(3):305-10.