

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO

CAROLINA TALINI

**AVALIAÇÃO DO FLUXO DA ATENÇÃO ÀS CIRURGIAS PEDIÁTRICAS NO OESTE
DO PARANÁ**

CASCADEL-PR
FEVEREIRO/2023

CAROLINA TALINI

**AVALIAÇÃO DO FLUXO DA ATENÇÃO ÀS CIRURGIAS PEDIÁTRICAS NO OESTE
DO PARANÁ**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde

ORIENTADOR: Prof. Dra. Claudia Silveira Viera
CO-ORIENTADORA: Prof. Dra. Ariana
Rodrigues da Silva Carvalho

CASCAVEL-PR
FEVEREIRO/2023

FICHA CATALOGRAFICA

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Talini, Carolina
AVALIAÇÃO DO FLUXO DA ATENÇÃO ÀS CIRURGIAS PEDIÁTRICAS NO
OESTE DO PARANÁ / Carolina Talini; orientadora Cláudia
Silveira Viera; coorientadora Ariana Rodrigues da Silva
Carvalho. -- Cascavel, 2023.
107 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) --
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em BioCiências
e Saúde, 2023.

1. cirurgia pediátrica. 2. acesso aos serviços de saúde.
3. procedimentos cirúrgicos eletivos. 4. necessidades e
demandas de serviços de saúde. I. Silveira Viera, Cláudia,
orient. II. Rodrigues da Silva Carvalho, Ariana, coorient.
III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAROLINA TALINI

AVALIAÇÃO DO FLUXO DA ATENÇÃO ÀS CIRURGIAS PEDIÁTRICAS NO OESTE DO PARANÁ

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador: Prof. Dr. (a) Cláudia Silveira Viera
UNIOESTE

Prof. Dr. (a) Dra Maria Lúcia Bonfleur
UNIOESTE

Prof. Dr. (a) Izabel Cristina Meister Martins Coelho
FPP

CASCADEL-PR
FEVEREIRO/2023

RESUMO

TALINI, C. Avaliação do fluxo da atenção às cirurgias pediátricas no oeste do Paraná (português). 107. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2023.

A cirurgia pediátrica representa especialidade com demanda significativa de encaminhamentos dos serviços de atenção primária para avaliação da necessidade de intervenção cirúrgica. Este estudo objetivou caracterizar o perfil dos pacientes pediátricos operados eletivamente na região Oeste do Paraná, no recorte temporal de 2018 a 2020. Estudo quali e quantitativo, descritivo, transversal e retrospectivo, constituído por duas etapas: a primeira, *quantitativa*, traçou o perfil das crianças encaminhadas para cirurgia e identificou aquelas encaminhadas em atraso mediante revisão de prontuários eletrônicos. Na segunda etapa, *qualitativa*, entrevistaram-se os responsáveis pelos pacientes identificados como operados em atraso. As variáveis avaliadas foram: dados epidemiológicos; informações das doenças de base; dados do encaminhamento, da avaliação do especialista e do procedimento cirúrgico, analisados por meio da estatística descritiva. Na entrevista, questionou-se o trajeto percorrido pelos pais desde o diagnóstico até a resolução do problema e os motivos que levaram ao atraso neste percurso, sendo os dados analisados pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. A amostra, composta por 289 pacientes, era predominantemente do sexo masculino (72,3%), com idade média de 57,9 meses na avaliação pelo cirurgião e de 59 meses na data da cirurgia. A procedência dos pacientes foi, em sua maioria, da atenção básica (75%), e a patologia mais incidente foi a hérnia inguinal (39,1%). O intervalo de tempo médio entre o encaminhamento pela atenção primária até a realização da cirurgia foi de 4,98 meses, e aquele entre a avaliação pelo cirurgião e a cirurgia foi de 1,21 meses. Do total, 77 (26,6%) pacientes foram identificados como encaminhados em atraso. Nas entrevistas, identificaram-se distintas visões sobre a percepção do tempo transcorrido no percurso entre o diagnóstico e a cirurgia. Emergiram três categorias temáticas de análise: dificuldades encontradas; atendimento na atenção primária e na descoberta do problema à realização da cirurgia. No que diz respeito à espera para a consulta com o especialista, observa-se excesso de demanda em relação à menor oferta de consultas. Um aspecto positivo foi a qualidade do atendimento recebido na atenção básica. A escassez de especialistas e a falta de coordenação na rede de atenção primária podem ser levantados como fatores contribuintes para as dificuldades encontradas neste processo entre o encaminhamento e a realização da cirurgia. Os familiares entrevistados reconheceram a espera como satisfatória e dentro do esperado. Apesar de dificuldades iniciais, todos tiveram as cirurgias realizadas e consideraram o atendimento recebido como de qualidade.

Palavras-Chaves: Acesso aos Serviços de Saúde, Patologia Cirúrgica, Criança, Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, Encaminhamento e consulta, Percepção do tempo, Necessidades e demandas de serviços de saúde.

ABSTRACT

TALINI, C. Assessment of the flux of attention to pediatric surgeries in western Paraná (inglês). 107. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2023.

Pediatric surgery receives great demand for referrals from primary care services, in order, to evaluate the need for surgical intervention. However, access to this specialized evaluation and intervention does not always occur at the appropriate time. This study aims to characterize the profile of pediatric patients electively operated in western Paraná state region, between 2018 and 2020. This is a qualitative and quantitative, descriptive, cross-sectional and retrospective study, consisting of two stages: the first, quantitative, sought to outline the profile of children referred for surgery and identify those late referred by reviewing electronic medical records of three different SUS outpatient clinics that belong to the 10th Parana State health region. The second stage, qualitative, interviews were carried out by telephone calls, from March to May 2022, with the responsible for patients who were identified as being late under surgery. Evaluated data were epidemiologic data, information on underlying diseases, referral data, specialist assessment and surgical procedure. In the interview, the reasons that led to the delay in the diagnosis, referral and performance of the patient's surgical procedure were specifically questioned, the path taken by the parents from the diagnosis to the resolution of the problem. During this period, 410 patients underwent an elective surgical procedure, of which 289 were included in the research. The sample was predominantly male (72.3%), originated from Cascavel (52,6%), with a mean age of 57.9 months at the surgeon's assessment and 59 months at the date of surgery. Most of the patients came from primary care (75%) and the most common pathology was inguinal hernia (39.1%). The mean time interval between referral through primary care and surgery was 4.98 months, and between the surgeon's assessment and surgery was 1.21 months. Of the total sample, 77 (26.6%) patients were identified as being referred late for the surgical procedure. Regarding the qualitative approach, parents demonstrated varied perspectives related to the time perception between the diagnose, referral, surgical evaluation, and the surgical procedure. Three categories emerged: difficulties encountered; care in primary care and from discovering the problem to performing surgery. Regarding the wait for the expert assessment, there is an excess of demand against a lower availability of appointments. A positive aspect was the quality of care received in primary care. Scarcity of specialists and lack of coordination in primary care network can be raised as contributing factors to the difficulties encountered in this process between referral and surgery. Family members interviewed recognized the wait as satisfactory and as expected. Despite initial difficulties, all had their surgeries performed and considered the care received as quality.

Key words: Health services accessibility, surgical pathology, child, elective surgical procedures, time perception, health services needs and demand

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Principais patologias cirúrgicas e suas particularidades	24
Figura 1 – Municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Secretaria da Saúde, Cascavel, Paraná, 2022.	28

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1 Atenção primária a saúde e a cirurgia infantil	15
3.2 Contexto da cirurgia pediátrica.....	19
3.3 Em busca de acesso à atenção especializada.....	23
4. METODOLOGIA.....	26
4.1 Tipo de estudo	26
4.2 Coleta de dados.....	26
4.3 Análise dos dados	29
4.4 Preceitos éticos	30
5. ARTIGOS CIENTÍFICOS	31
5.1 Artigo 1.....	32
5.2 Artigo 2.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE	71
Apêndice A - Questionário para coleta de dados do prontuário eletrônico	71
Apêndice B - Entrevista com as mães dos pacientes que foram submetidos à encaminhamento e cirurgia tardiamente.....	74
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	76
Apêndice D – Mapa de Análise da Etapa Qualitativa	77
ANEXO	94
Anexo A – Aprovação pelo Comitê de Ética da UNIOESTE	94
Anexo B – Normas da Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (Artigo 1)	96
Anexo C – Normas da Revista Saúde em Debate (Artigo 2)	105
Anexo D – Comprovação de Submissão à Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (Artigo1).....	106

1. INTRODUÇÃO

A cirurgia pediátrica representa uma das especialidades que recebe demanda significativa de encaminhamentos dos serviços de atenção primária para avaliação da necessidade de intervenção cirúrgica. Existem várias afecções que podem ter sua correção cirúrgica realizadas ambulatorialmente, no regime de hospital-dia, como fimose, hérnia inguinal, hérnia umbilical, hidrocele e criptorquidia. De acordo com De Jesus *et al.* (2009), a demanda calculada de atendimento cirúrgico na população pediátrica brasileira abrange aproximadamente 10% das crianças.

No entanto, observa-se que, dentre a distribuição das especialidades médicas no país, a especialidade da cirurgia pediátrica em todas as regiões apresenta baixo número de médicos por 100 mil habitantes, não chegando a um médico. Observa-se que a maior parte da força de trabalho está concentrada nas regiões Sudeste e Sul do país, especialmente nas grandes cidades (De JESUS *et al.*, 2009). Desse modo, são identificadas limitações no atendimento à população das demais regiões e em cidades do interior, o que é mais evidente ainda quando são consideradas as grandes distâncias envolvidas para o acesso aos serviços de saúde, os problemas sociais e trabalhistas das famílias menos favorecidas economicamente, a precariedade dos sistemas de transporte em várias regiões, as restrições de assistência social e as dificuldades práticas na interação entre serviços (KRISHNASWAMI *et al.*, 2016).

Esta distribuição heterogênea de profissionais é determinada por: disponibilidade de mercado, nível de remuneração, estruturação de serviços de apoio e qualidade de vida oferecidos aos profissionais (TOOBAIE *et al.*, 2017; PETROZE *et al.*, 2014). A escassez de profissionais associada à distribuição desigual no país faz com que ocorra dificuldade na avaliação com o especialista e, muitas vezes, a indicação e a correção cirúrgica acontecem tardiamente (DE JESUS *et al.*, 2009). Ademais há o desconhecimento da idade adequada para as intervenções cirúrgicas, pois muitas crianças só são avaliadas pelo especialista em um período tardio (PILKINGTON *et al.*, 2018).

Associadas ao reduzido número de especialistas em cirurgia pediátrica, tem-se também as questões próprias do modelo de atenção à saúde e da organização

das ações e serviços de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sistema, as ações devem garantir a integralidade da atenção, obedecendo aos princípios da regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990). Os níveis de atenção que compõem a rede de serviços de saúde devem atuar de forma articulada, provendo o desenvolvimento de ações com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado. A Atenção Primária à Saúde (APS) é destacada como a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, possuindo também a função de coordenação do cuidado (MELO *et al.*, 2021). Os problemas de saúde da população que não forem solucionados na atenção primária deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares (SOLLA; CHIORO, 2012).

A atenção especializada como parte do sistema de cuidados integrais tem o objetivo de garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se em um vínculo principal com a rede básica, que deve ser preservado. O acesso à assistência especializada é feito a partir do encaminhamento das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para as unidades gerenciais, municipais ou estaduais, que assumem o compromisso do agendamento dos serviços para a atenção secundária (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o acesso à atenção especializada se configura como uma das maiores dificuldades do SUS, tanto pela oferta insuficiente de ações diagnósticas e terapêuticas quanto pelos modos de organização e funcionamento da atenção especializada, a exemplo da qualidade e da quantidade de encaminhamentos e solicitações, o que gera uma importante sobrecarga neste ponto de atenção. Considerando esta questão, princípios e diretrizes como equidade, transparência, utilização adequada e tempo oportuno de acesso aos serviços, com base na necessidade de cada usuário, visando à integralidade do cuidado, devem ser considerados (MELO *et al.*, 2021).

De acordo com o Pacto da Saúde, de 2006, a regulação é uma das diretrizes do SUS, e suas ações são responsáveis por intermediar a demanda dos usuários e o seu acesso aos serviços de saúde. Por definição, a ação regulatória é caracterizada pela avaliação da solicitação de encaminhamentos realizada por um profissional da saúde, levando em consideração o risco e o cumprimento dos protocolos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada para o usuário. Como parte do arranjo de regulação, destacam-se as centrais de regulação

e os complexos reguladores, configurando-se como um espaço de observação e organização da gestão de ofertas do conjunto do sistema, com uma visão mais abrangente, se comparada àquela individualizada em cada serviço de saúde. Com o objetivo de garantir esta organização das redes e fluxos assistenciais, foi publicada, em 2008, a Política Nacional de Regulações (MELO *et al.*, 2021).

Um dos grandes desafios da atenção primária é decidir quando encaminhar o paciente para ser avaliado por especialista na atenção secundária ou terciária (TESSER; NETO, 2017). A ação regulatória deve estar fundamentada em protocolos de encaminhamento, instrumentos ordenadores dos diversos níveis de complexidade da atenção e em protocolos clínicos, que tratam da forma de intervenção por patologias, subsidiando as decisões terapêuticas (MELO *et al.*, 2021). No contexto da atenção e da integralidade da assistência à saúde da criança, o modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) também está presente. Assim, ordinariamente o acesso da criança ocorre por meio dos serviços de atenção primária, de onde pode ser encaminhada para atendimento em outros níveis de atenção por diversas especialidades clínicas ou cirúrgicas.

No que se refere à cirurgia pediátrica, os problemas sociais e familiares causados pela longa espera por procedimentos cirúrgicos eletivos são evidentes e são tema de grande relevância para a especialidade. Portanto, faz-se premente identificar quem são as crianças encaminhadas para a especialidade da cirurgia pediátrica na região oeste do Paraná e quais os possíveis motivos do atraso do encaminhamento quando esse for detectado.

Traçar o perfil das crianças submetidas a cirurgia pediátrica, bem como conhecer o caminho percorrido pelas famílias em busca da solução do problema de saúde do filho, contribuirá para a proposição de medidas que visem à redução do atraso nos encaminhamentos de pacientes potencialmente cirúrgicos para avaliação com o especialista. Além disso, ressalta-se que realizar as cirurgias na faixa etária prevista proporcionará resultados positivos a longo prazo, tanto na redução das complicações decorrentes do atraso na realização da correção cirúrgica necessária como para a redução do estresse familiar.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil dos pacientes pediátricos operados eletivamente na região Oeste do Paraná, no recorte temporal de 2018 a 2020.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar os pacientes que foram encaminhados para avaliação com o especialista em atraso;

Descrever a trajetória do paciente desde a indicação da cirurgia até sua realização;

Apreender, a partir da compreensão dos pais, os fatores que levaram ao atraso no atendimento e realização das cirurgias eletivas nesta população, bem como a impressão dos mesmos sobre o atendimento recebido e as etapas da trajetória até a cirurgia.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A realização deste estudo está pautada em três principais eixos: o contexto da atenção primária à saúde e às especialidades; o contexto da cirurgia pediátrica e a identificação do itinerário terapêutico dos pacientes, desde o diagnóstico da patologia cirúrgica até a realização do tratamento cirúrgico; bem como as repercussões para a saúde da criança em decorrência do atraso nos encaminhamentos.

3.1 Atenção primária a saúde e a cirurgia pediátrica

O diagnóstico de uma patologia cirúrgica por si consiste em fator de estresse para o paciente pediátrico, bem como para seus familiares, e a longa espera para o tratamento e a resolução do quadro tende a ser um aspecto agravante para esse cenário. Além do efeito negativo psicológico e social ocasionado em virtude dessa espera, existe também o efeito negativo econômico oriundo da necessidade de intervenções e internamentos adicionais por conta da patologia de base. Ademais, as consequências da demora na realização da cirurgia e o resultado obtido com o tratamento podem ser prejudicados por conta do atraso no procedimento (ARULANANDAM *et al.*, 2021). Cerca de 5 bilhões de pessoas em todo o mundo, incluindo crianças e adultos, não possuem garantia de acesso seguro a procedimentos cirúrgicos e anestésicos quando estes são necessários (BUTLER *et al.*, 2016).

De acordo com o modelo dos três atrasos, inicialmente descrito na literatura para avaliação da mortalidade materna e globalmente adotado também na área de cirurgia, três diferentes tipos de atrasos podem ser identificados: tipo 1 - atraso na decisão de procurar pelo atendimento; tipo 2 - atraso para chegar ao serviço de saúde; tipo 3 - atraso na realização dos cuidados de saúde. Aplicando-se este modelo, a contribuição de cada um dos tipos de atraso pode ser avaliada (PILKINGTON *et al.*, 2018). Muitos fatores são sabidamente associados ao atendimento precário das crianças, especialmente nos países subdesenvolvidos, por exemplo: más condições de transporte, distâncias entre os grandes centros e as

pequenas cidades do interior, pobreza, desconhecimento dos responsáveis pelas crianças, crenças culturais, impossibilidade de custeamento dos procedimentos de saúde pelas famílias, limitação na quantidade e localização dos centros de atendimento especializado, limitação na disponibilidade de especialistas, dificuldades na realização de exames complementares e baixa disponibilidade de anestesia pediátrica segura (BUTLER, 2016). Mesmo em países desenvolvidos, como o Canadá, recentemente tem sido demonstrado que as taxas de conformidade em relação à espera pelos procedimentos cirúrgicos em pediatria estão longe do ideal e que esforços adicionais são necessários para melhorar a proporção de pacientes atendidos dentro das metas de referência (ARULANANDAM *et al.*, 2021).

A espera para encaminhamento à especialidade no tipo 1, como indicado no modelo dos três atrasos, refere-se à questão da procura da família pelo atendimento inicial, já nos tipos 2 e 3, estão envolvidos os aspectos relativos ao sistema de saúde de cada país. Assim, faz-se necessário compreender como este sistema está organizado no Brasil.

Desde sua criação pela Lei 8080/1990, o SUS passou por diversas reestruturações e enfrenta muitos desafios na busca por garantir aos usuários o cumprimento de seus princípios. Segundo a Constituição de 1988, as ações e os serviços de saúde fazem parte de uma rede regionalizada e integrada, formando um único sistema em todo o território nacional, sendo a regionalização e organização das redes de atenção elementos essenciais na garantia da universalidade, equidade e integralidade. A partir da constatação, no início dos anos 2000, de que a maioria dos municípios isoladamente não possui condições de garantir a integralidade aos seus cidadãos, recebeu ênfase o processo de descentralização, definindo o espaço regional como essencial na construção do SUS (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Neste contexto, foi estruturada a APS, que visa a oferecer um cuidado profissional generalista, abrangente – com acesso universal facilitado, acompanhando o paciente ao longo do tempo, filtrando suas necessidades e acionando os serviços especializados prestados por outros serviços do sistema de saúde quando necessário (TESSER; POLI, 2017). As redes de atenção representam uma estratégia de organização da saúde que visa a promover a integração do cuidado para garantia de sua longitudinalidade. Uma vez instituída, ela se apresenta como um conjunto articulado e interdependente de unidades de saúde, com objetivo de proporcionar atenção integral e contínuo, de acordo com a necessidade individual

de cada cidadão. Compreender o conceito de integração de cuidados é fundamental na definição das redes de atenção à saúde (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

A coordenação do cuidado na APS brasileira enfrenta muitas dificuldades, especialmente no que se refere à interação e à continuidade do cuidado entre os diferentes serviços das RAS, como ocorre entre a APS e a atenção especializada, quando o paciente requer encaminhamento. No que diz respeito à regulação do acesso a estes diferentes níveis de atenção, destacam-se as centrais de regulação e os complexos reguladores, espaços privilegiados de observação, com visão abrangente do sistema de saúde para uma melhor organização das redes e dos fluxos assistenciais, disponibilizando o acesso do usuário ao atendimento especializado sempre que necessário. De acordo com o Pacto pela Saúde, de 2006, a regulação é definida como o conjunto de ações e relações que intermedeiam a necessidade dos usuários por determinados serviços de saúde e pelo acesso a eles (MELO *et al.*, 2021). A integração do cuidado, pelas redes de atenção, envolve a transição adequada dos usuários entre profissionais e unidades de saúde, com base em diagnósticos e planos de intervenção previamente estabelecidos conforme a necessidade do cidadão. O principal objetivo de toda a gestão do sistema consiste no bem-estar dos usuários. Dessa forma, as estratégias de coordenação dos cuidados devem considerar sempre o impacto deles sobre os níveis de saúde dos usuários, articulando habilidades e conhecimentos e a multidisciplinariedade de intervenções (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

A ação regulatória é fundamentada em protocolos de encaminhamento, instrumentos coordenadores dos diversos níveis de complexidade da atenção, e em protocolos clínicos, que tratam da forma de intervenção por patologia, subsidiando as decisões terapêuticas (MELO *et al.*, 2021). Dessa forma, quando não há possibilidade de resolução da necessidade do usuário pela atenção primária, o encaminhamento para a atenção especializada acontece e é determinado pela ação regulatória, como é o caso dos pacientes que necessitam atendimento em cirurgia pediátrica.

Em termos de organização dos serviços de saúde, tanto ambulatorial quanto hospitalar, é possível visualizar três grandes conjuntos de ações e serviços institucionalmente reunidos sob o SUS: a atenção básica, formada pelo programa de agentes comunitários de saúde; a estratégia da família e as unidades básicas e ambulatórios hospitalares; a média complexidade, formada por unidades

ambulatoriais e hospitalares especializadas; e as redes de alta complexidade em várias especialidades médicas, por exemplo, cardiologia, neurologia e oncologia. Cada um desses grandes conjuntos apresenta suas particularidades, porém, possuem em comum a característica de grande concentração das ofertas de serviços nas capitais dos estados e uma grande desigualdade na sua distribuição ao longo do território nacional. E ainda, alguns serviços mais complexos e de maior custo estão disponíveis apenas em algumas capitais. Essa característica se manifesta de forma mais acentuada nos serviços de alta complexidade, que geralmente requerem maiores tecnologias e serviços de maiores custos. As dificuldades na construção de um sistema de saúde baseado na integração do cuidado enfrentam diversos obstáculos, ligados não somente à própria atenção à saúde, mas também de cunho institucional, econômico, político e cultural (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

O Brasil apresenta cobertura populacional estimada de Atenção Básica de 74,63% e cobertura de ESF de 64,21%. O Paraná apresenta cobertura de Atenção Básica de 76,39% e cobertura populacional de ESF de 64,75%. Em comparação aos demais estados da Federação, o Paraná está na 15ª posição quanto à cobertura pela atenção básica (SESA, 2020).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi criado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) e tem sido utilizado para orientar a organização das redes de atenção à saúde e para fornecer as bases para os cálculos dos recursos e monitoramento dos indicadores de saúde, da equidade e da integralidade. O primeiro PDR do Paraná foi criado em 2001, como um dos principais instrumentos de regionalização do SUS no estado. Atualmente o estado conta com 4 macrorregiões de saúde, subdivididas em 22 regionais de saúde. Todas as regionais de saúde contam com serviços de atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial. Porém, possuem níveis de complexidade diferentes. Há regiões que são quase totalmente resolutivas nas ações e serviços de saúde e outras que ainda não possuem serviços de alta complexidade em maior ou menor grau e que dependem, portanto, de outras regiões de saúde. Em todas as regiões de saúde, os serviços de atenção primária são de responsabilidade dos municípios. Todas as regiões de saúde têm uma referência hospitalar regional e têm referências ambulatoriais para a realização de consultas especializadas e exames. Na maioria das regiões, existe ambulatório de especialidades gerenciado pelo

Consórcio Intermunicipal de Saúde da região. Quando uma região de saúde não tem o serviço ou não tem suficiência do serviço, sempre que possível, é definida uma referência dentro da macrorregião. A 10ª Regional de Saúde, onde se insere a cidade de Cascavel e onde está a população analisada neste estudo, conta com um total de 25 municípios e uma população de 502.745 habitantes, sendo Cascavel a cidade mais populosa, com 283.193 habitantes; e Anahy, a menos populosa, com 2.860 habitantes (SESA, 2012). Atualmente, a população de 0 a 14 anos no estado é de 2.491.629 habitantes, no entanto, a previsão é de que o ritmo de crescimento populacional do Paraná deverá desacelerar nos próximos anos, com decréscimo particularmente no seguimento de crianças e jovens, objetos deste estudo (SESA, 2020).

As cirurgias eletivas ocorrem quando médico e usuário programam com antecedência o evento cirúrgico a ser realizado. Trata-se de uma cirurgia agendada em que não há emergência. Em 2015, o Ministério da Saúde redefiniu estratégias para a ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade. Essas cirurgias são realizadas no âmbito hospitalar e ambulatorial e, no período de 2015-2018, foram realizadas 1.431.928 cirurgias eletivas ambulatoriais e 798.610 hospitalares no estado do Paraná. No período avaliado, observou-se que houve aumento de 34% nas eletivas ambulatoriais e 22% nas eletivas hospitalares realizadas. Apesar do número crescente de cirurgias eletivas realizadas, esta ação ainda é apontada como demanda reprimida em todas as Regionais de Saúde do estado. Diante dessa demanda e da dificuldade de oferta, há necessidade de organizar e ampliar o acesso às cirurgias eletivas, com implantação de protocolos e qualificação das filas de espera (SESA, 2020).

3.2 Contexto da cirurgia pediátrica

As principais cirurgias eletivas e que são comumente realizadas em regime ambulatorial nos pacientes pediátricos consistem em herniorrafias umbilicais, herniorrafias inguinais, correções cirúrgicas das hidroceles e tratamento cirúrgico da criptorquidia (procedimento conhecido como orquidopexia). De acordo com relatos anteriores da literatura, as hérnias da parede abdominal (inguinais, umbilicais e epigástricas) são a causa de 34% dos encaminhamentos para avaliação cirúrgica,

com uma média de idade de quatro anos no encaminhamento (PILKINGTON *et al.*, 2018).

A hérnia umbilical acontece em decorrência de uma falha no fechamento do anel umbilical após o nascimento e são extremamente comuns, com incidência que varia de 15 a 23%, entre os recém-nascidos, de acordo com a literatura. Ao contrário do que ocorre nos adultos, a maioria das hérnias umbilicais nas crianças apresentará fechamento espontâneo, ao longo dos primeiros anos de vida. Dessa forma, o tratamento expectante e o acompanhamento clínico são opções factíveis para esta população. De acordo com as sociedades pediátricas ao redor do mundo, não existe um consenso sobre qual é a melhor idade e nem sobre indicações apropriadas para o tratamento cirúrgico das hérnias umbilicais. Além disso, estudos demonstraram que as taxas de complicações em decorrência do não tratamento cirúrgico dessas hérnias são baixas, em torno de 1% (ZENS *et al.*, 2017). Esse mesmo estudo realizado em análise dos sites de 228 hospitais norte-americanos, à procura de suas recomendações para o tempo correto para o reparo cirúrgico das hérnias umbilicais, identificou que 72,5% desses hospitais não apresentam qualquer recomendação acerca deste tema e entre os centros remanescentes; 6,3% recomendaram cirurgia após dois anos de idade; 44,4%, após três anos de idade; 28,6%, após os quatro anos; e 20,6%, após cinco anos de idade. Adicionalmente, sugeriu-se tratamento cirúrgico imediato para o caso de hérnias sintomáticas ou complicadas que apresentam, por exemplo, aumento de tamanho com o passar do tempo, mau resultado cosmético, aparecimento após os seis meses de vida.

As hérnias inguinais são uma das afecções cirúrgicas mais comuns da infância e acontecem em cerca de 5% dos recém-nascidos, com aumento da incidência para 11% nos prematuros (BOTES *et al.*, 2020). De mesma etiologia, a hidrocele também comum na faixa etária pediátrica, apresenta correção cirúrgica muito semelhante. Enquanto todas as hérnias inguinais recebem indicação cirúrgica ao diagnóstico, a indicação para cirurgia da hidrocele é dependente da idade do paciente, sendo que muitos autores recomendam observação clínica ao longo dos primeiros 24 meses de vida, pela possibilidade de fechamento espontâneo do conduto peritônio-vaginal neste período (ESPOSITO *et al.*, 2016). O momento certo para realização da cirurgia é tema de debate, pois, assim como seu atraso, está sabidamente associado a risco aumentado de complicações. Outros autores defendem que o reparo precoce, especialmente em prematuros e no período

neonatal, apresenta maior risco cirúrgico e anestésico, além de ser tecnicamente mais desafiador (BAWAZIR *et al.*, 2019). A razão mais importante para o reparo cirúrgico precoce das hérnias inguinais é o risco aumentado de encarceramento, especialmente durante o primeiro ano de vida, com risco estimado de 30%. Ademais, entre os pacientes que apresentam encarceramento, existe o risco de que 30% deles evoluam com atrofia testicular (GAWAD; DAVIES; LANGER, 2017). As taxas de encarceramento e complicações são mais elevadas em correlação ao maior tempo de espera pelo procedimento cirúrgico. A complicação mais temida ocasionada pelo encarceramento é o estrangulamento, caracterizado pela isquemia do conteúdo do saco herniário, podendo levar à necessidade de ressecção de segmento de alça intestinal, orquiectomia ou ooforectomia, dependendo da estrutura encarcerada na hérnia (FERRANTELA *et al.*, 2021).

Entre as patologias cirúrgicas mais comuns, a mais discutida acerca do momento apropriado para reparo cirúrgico é a criptorquidia. A idade ideal para tratamento já foi modificada várias vezes, com o passar dos anos e da publicação de novos estudos. Trata-se de uma das desordens congênitas mais comuns no sexo masculino, com uma incidência de 4% dos meninos nascidos a termo e até 30% dos prematuros (WEI *et al.*, 2016). Apesar da possibilidade de descida espontânea do testículo para a bolsa escrotal após o nascimento, sua ocorrência mostrou-se incomum após os três meses de vida (JIANG *et al.*, 2019) e rara após os seis meses de vida (WEI *et al.*, 2016).

A formação do testículo é intra-abdominal, e o processo de descida testicular consiste na fase trans abdominal seguida pela fase inguinoescrotal, ambas controladas por estímulos hormonais. Em situações normais, o término da descida dos testículos acontece por volta de 35 semanas de gestação. A diferença de temperatura entre a região abdominal e o escroto – de cerca de 4°C – é extremamente importante para a fisiologia testicular após o nascimento, uma vez que a exposição prolongada do testículo às temperaturas mais elevadas no abdome e região inguinal pode levar a danos permanentes às células germinativas com impacto sobre a espermatogênese (HUTSON *et al.*, 2017).

A idade em que a intervenção cirúrgica é realizada é um importante fator preditivo para a fertilidade futura destes pacientes. Além disso, portadores de criptorquidia têm risco aumentado de desenvolvimento de tumores testiculares, especialmente aqueles tratados cirurgicamente após a puberdade (RADMAYR *et al.*,

2016). Ao longo das últimas cinco décadas, a idade indicada para intervenção cirúrgica foi bastante modificada. Em 1986, a recomendação da Academia Americana de Pediatria era para cirurgia entre 48 e 72 meses. Com a realização de estudos que demonstraram redução do número de células germinativas abaixo dos níveis normais com 12 a 24 meses de idade, a recomendação foi modificada para cirurgia com 12 meses de idade, em 1996. Considerando a baixa probabilidade de descida testicular espontânea após os três meses de vida, a Associação Britânica de Urologistas Pediátricos recomendou a redução da idade cirúrgica para seis a 12 meses a partir do ano de 2011. Atualmente tem sido discutida nova alteração, porém ainda sem consenso, sugerindo benefício na intervenção cirúrgica mais precoce, aos três meses de vida (WEI *et al.*, 2016).

Seguindo consensos atuais, no mais tardar, a cirurgia deve ser realizada até os 18 meses de idade (JIANG *et al.*, 2019). Recente estudo de coorte populacional concluiu que, para cada seis meses de atraso na realização da orquidopexia, existe um aumento de 6% no risco de desenvolvimento de câncer, 5% na necessidade de uso de tecnologias para reprodução assistida e 1% de redução nas taxas de paternidade (SCHNEUER *et al.*, 2018).

Para que os pacientes sejam operados com idade entre seis e 12 meses – consenso mais aceito hoje na maioria dos países –, seu encaminhamento para avaliação com especialista deve ser realizado anteriormente a esta idade (WEI *et al.*, 2016). Mesmo em países desenvolvidos, como é o caso da Suécia, uma minoria dos meninos é operada neste período (OMLING *et al.*, 2021), especialmente em virtude do grande volume de pacientes nos poucos centros de atendimento pediátrico. A maioria dos centros de cirurgia pediátrica tem filas de espera que variam de seis a nove meses. Dessa forma, para garantir a cirurgia no momento adequado, no mais tardar os meninos portadores de criptorquidia deveriam ser encaminhados ao serviço de referência com três meses de vida. Para tanto, é importante que, nas avaliações durante os primeiros meses de vida, os pacientes portadores de criptorquidia sejam prontamente identificados e referenciados, possibilitando a cirurgia dentro do período adequado para melhor resultado e menores complicações (WEI *et al.*, 2016). No quadro 1 abaixo, estão apresentadas as indicações cirúrgicas para cada tipo de procedimento.

QUADRO 1 – Principais patologias cirúrgicas e suas particularidades.

Patologia	Idade Adequada para Cirurgia	Implicações do atraso no tratamento
Hérnia Umbilical	Não há consenso	Não tem complicações graves associadas
Hérnia Inguinal	Ao diagnóstico	- Aumento do risco de encarceramento - Aumento do risco de atrofia testicular, se houver encarceramento
Hidrocele	Após 24 meses	Não tem complicações graves associadas
Criptorquidia	6 a 12 meses	- Atrofia testicular - Infertilidade - Risco futuro de câncer

Fonte: ESPOSITO *et al.*, 2016; WEI *et al.*, 2016; ZENS *et al.*, 2017; FERRANTELA *et al.*, 2021.

Para tanto, o conhecimento por parte dos profissionais sobre o tempo ideal para a realização do procedimento cirúrgico pode contribuir para evitar as possíveis complicações para a criança devido ao atraso na realização do procedimento.

3.3 Em busca de acesso à atenção especializada

Frente ao diagnóstico de uma patologia potencialmente cirúrgica e à necessidade de avaliação especializada, as famílias podem percorrer diversas etapas, na tentativa de solucionar o problema de saúde da criança. Nesse sentido, entra em cena o conceito de itinerário terapêutico, definido como as práticas individuais e socioculturais dos caminhos percorridos pelos indivíduos, na busca pela solução deste problema. Trata-se, portanto, de um conjunto de múltiplas redes formais e informais de apoio (SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016). A preocupação com o itinerário terapêutico em busca de cuidados saúde-doença é um importante elemento na compreensão positiva da saúde, de forma que o indivíduo não limite sua busca aos serviços de saúde somente quando estiver na condição de

enfermo, mas que possa também visar à prevenção e à promoção da saúde (DEMETRIO; SANTANA; PEREIRA-SANTOS, 2019).

Os fatores socioculturais sabidamente interferem na percepção sobre a saúde e a doença e na decisão de buscar por atendimento especializado. Dessa forma, são identificados três diferentes subsistemas envolvidos no grande sistema de cuidados: popular – especialistas não profissionais da cura; *folk* (sistema informal) – que inclui a família e a comunidade; e profissional – medicina científica e tradicional. Dessa forma, fazem parte do itinerário terapêutico os processos pelos quais os indivíduos escolhem, avaliam e aderem a determinadas formas de tratamento (DEMETRIO; SANTANA; PEREIRA-SANTOS, 2019). As mães, como principais cuidadoras das crianças, têm papel fundamental na decisão sobre que tipo de ajuda buscar em relação ao cuidado do filho, sendo consideradas definidoras do itinerário terapêutico. Esse processo de escolha é complexo e envolve diversos aspectos socioculturais da família e do acesso e da estruturação do sistema de saúde.

Os cuidados oferecidos no subsistema popular são informais e seu conhecimento deriva do senso comum, incluindo a percepção da família acerca do adoecimento e cuidado, bem como da comunidade à qual esse indivíduo pertence. Além de ser um sistema de produção de cuidado, o âmbito familiar é onde o cuidado é gerenciado e avaliado, e é aí que são tomadas as decisões sobre quando procurar auxílio no sistema formal de cuidado, ou seja, no âmbito profissional (SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016).

O subsistema formal consiste na medicina de caráter científico. O acesso da população a esse subsistema depende de muitos fatores, alguns inerentes ao sistema de saúde e outros inerentes ao próprio usuário, entre eles: a qualidade e resolutividade do serviço prestado, a especificidade para atendimentos em pediatria, a facilidade no acesso ao transporte, assim como as experiências anteriores da família com o serviço de saúde. Experiências negativas no passado e falta de acolhimento pelos profissionais são fatores que influenciam negativamente na escolha da família de buscar novo atendimento nessa rede. Também não é incomum que usuários não se dirijam à rede básica de atendimento por já terem vivenciado situação em que não receberam o devido cuidado neste ponto de atenção (SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016).

O reconhecimento desse itinerário terapêutico proporciona uma melhor avaliação da população que está sendo atendida, sua situação cultural e inserção na

comunidade, e ainda, a identificação de fatores que possam estar dificultando o acesso dessa população ao atendimento pelo sistema formal.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Para responder ao questionamento desta investigação, optou-se pela realização de estudo de abordagem quanti e qualitativa, do tipo descritivo de desenho transversal e retrospectivo. Primeiramente, caracterizou-se o perfil das crianças que passaram por procedimentos cirúrgico no período de setembro de 2018 a março de 2020, na região oeste do Paraná. Desse modo, identificou-se a idade em que o procedimento foi realizado, possibilitando reconhecer se houve atraso nos encaminhamentos. Além dessa informação fez-se necessário reconhecer os motivos do possível atraso e, para tal, foi realizada entrevista com os familiares dessas crianças que foram encaminhadas com atraso.

4.2 Coleta de dados

A primeira etapa, quantitativa, realizou-se por meio de coleta de informações obtidas nos prontuários eletrônicos de pacientes atendidos pela especialidade de Cirurgia Pediátrica, somado à coleta de informações apresentadas no encaminhamento do médico da atenção básica e de registros de prontuários hospitalares.

A referida coleta foi feita em três diferentes ambulatórios do SUS na região Oeste do Paraná, pertencentes à 10ª Regional de Saúde (Figura 1). O primeiro deles é o ambulatório Materno-Infantil do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), que abrange 27 municípios e que conta com atendimentos ambulatoriais em cirurgia pediátrica desde agosto de 2018. Também foram analisados os pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), cujos atendimentos foram iniciados em julho de 2018 e concluídos em dezembro de 2019. E ainda, no ambulatório do Hospital São Lucas de Cascavel, que conta com atendimento ambulatorial pela especialidade desde maio de 2019.



Figura 1 - Municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Secretaria da Saúde, Cascavel, Paraná, 2022.

O período de análise dos procedimentos cirúrgicos foi de setembro de 2018 (mês em que as cirurgias eletivas pediátricas no SUS foram iniciadas na 10ª Regional de Saúde do Paraná) até o mês de março de 2020 (quando as cirurgias eletivas foram paralisadas pela primeira vez e tiveram grande impacto em sua realização devido à pandemia de Coronavírus – COVID-19).

As variáveis coletadas e analisadas foram (Apêndice A):

1. Caracterização da criança
2. Dados epidemiológicos
3. Dados relativos à patologia de base
4. informações referentes ao encaminhamento pela unidade de atenção básica
5. Dados sobre a avaliação pelo especialista
6. Dados acerca do encaminhamento e realização do procedimento cirúrgico.

O estudo nessa etapa avaliou toda população de crianças submetidas a procedimento cirúrgico eletivo, com idade de 0 a 13 anos incompletos, atendidas no recorte temporal estudado, atendidas na atenção primária em saúde por médicos pediatras ou não e que foram referenciados para avaliação com especialista. Como único critério de exclusão, tem-se aqueles pacientes com prontuários incompletos ou que não foram encontrados. Foram considerados pacientes encaminhados em atraso aqueles com espera superior a 3 meses para portadores de hérnia inguinal, os com idade superior a 12 meses para portadores de criptorquidia e os com idade superior a 24 meses para portadores de hidrocele.

A segunda etapa, qualitativa, realizou-se por meio de entrevista direta com os pais ou responsáveis pelos pacientes que foram submetidos a encaminhamento e cirurgia fora da faixa etária esperada para a patologia, o que caracteriza procedimento cirúrgico tardio. Os pacientes enquadrados na amostra da etapa qualitativa foram randomizados pelo uso de um website (www.sorteador.com.br). Para contato com os pacientes, foram realizadas três tentativas de ligação telefônica em três diferentes dias da semana e em diferentes períodos do dia (manhã, tarde e noite). Após as tentativas de telefonemas, aqueles que não atenderam às ligações foram contatados por WhatsApp e lhes foi agendado data e horário para realização de ligação telefônica. As entrevistas foram realizadas por ligação telefônica, feitas por um único entrevistador e foram gravadas no aplicativo de celular (*Call Recorder*) e, posteriormente transcritas pelo entrevistador para documentos em *Word*. Os pacientes que não possuíam telefone para contato no cadastro foram excluídos da amostra da randomização para comporem os participantes da etapa qualitativa.

A entrevista foi direcionada especificamente aos motivos que levaram a demora no diagnóstico, encaminhamento e realização do procedimento cirúrgico do paciente e ao percurso dos pais ou responsáveis até a realização da cirurgia (Apêndice B).

4.3 Análise dos dados

Todos os dados quantitativos foram tabulados no *Microsoft Excel* e analisados em *software* estatístico *SPSS* mediante estatística descritiva (média, mínimo e máximo, moda) para caracterizar o perfil dos pacientes pediátricos operados eletivamente no período em estudo.

Os dados das entrevistas foram verificados por meio de análise de conteúdo na modalidade temática (MINAYO, 2012), sendo o conjunto de dados obtidos a partir de todas as respostas de responsáveis que retornaram o contato dos pesquisadores com o intuito de evidenciar o itinerário percorrido na busca do acesso ao serviço e das possíveis causas do atraso no diagnóstico, no encaminhamento e na realização de procedimento cirúrgico para esses pacientes, sob a ótica dos pais ou responsáveis.

Para a análise qualitativa, após familiarização inicial com os dados e mediante leitura flutuante e impregnação do autor com o conteúdo das falas, possibilitou-se visão de conjunto e a apreensão das especificidades do fenômeno em análise. Na sequência dessa fase, deu-se a etapa denominada de pré-análise, a qual permite a utilização do critério de saturação para determinar o tamanho amostral (TAQUETE, 2016), visto que nesse momento é possível ir analisando as entrevistas e identificando alguns códigos iniciais que levaram a constructo teórico possível para responder ao questionamento de pesquisa. A codificação inicial foi feita pelo pesquisador principal e pelo pesquisador dois, de forma independente, o que se constitui em uma das etapas de validação e confiabilidade dos dados (SANDELOWSKI, 1986). Os dois pesquisadores compararam suas codificações gerando uma codificação única de forma sistemática em quadros. Na etapa seguinte, pela observação de padrões repetidos nas entrevistas, os códigos foram agrupados em potenciais temas, alocando-se todos os dados (fragmentos das falas dos entrevistados, representativas dos códigos) pertinentes àquele tema no mesmo quadro.

Após a revisão das informações e conferência de todas as entrevistas, depois de dupla codificação, chegou-se ao modelo final do mapa da análise (Apêndice D), com temas e subtemas refinados, para somente então realizar a confecção do

relatório científico da análise qualitativa. A escolha deste método de análise deu-se por diversas razões, entre elas a facilidade de elaboração por pesquisadores iniciantes em análise qualitativa, sendo um método fácil de aprender e de aplicar, além de ser bastante flexível para analisar os dados, especialmente por se tratar de entrevista com pacientes leigos ao tema (SOUZA, 2019).

O tamanho da amostra da abordagem qualitativa não é pré-definido, utilizando-se o conceito de saturação teórica para determinar quando encerrar as entrevistas, ou seja, a partir do momento em que a coleta de dados não trará mais esclarecimentos para o objeto estudado, a pesquisa de campo pode ser finalizada (MINAYO, 2017). Dessa forma, o número de interlocutores é suficiente para propiciar reincidência e complementaridade das informações obtidas. As pesquisas qualitativas possuem credibilidade quando as descrições são tão fiéis a ponto de a pessoa que passou por tal experiência conseguir imediatamente reconhecê-la a partir das descrições e interpretações que foram feitas. Além disso, outros pesquisadores ou leitores são capazes de reconhecer a experiência quando confrontados com ela e após terem somente lido a respeito em um estudo (SANDELOWSKI, 1986).

4.4 Preceitos éticos

Para inclusão no estudo, todos os responsáveis aceitaram verbalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa (Apêndice C), após esse ter sido lido para os entrevistados pelo pesquisador durante a ligação telefônica. O estudo foi submetido à análise de Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) e somente após sua aprovação, pelo parecer 5.023.889 (CAAE:50835621.1.0000.0107), deu-se início à coleta de dados.

5. RESULTADOS

Os dados analisados neste estudo são apresentados em formato de artigos científicos como segue:

ARTIGO 1: ANÁLISE E CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS CRIANÇAS SUBMETIDAS À CIRURGIA PEDIÁTRICA ELETIVA – RECORTE TEMPORAL, enviado à Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (comprovante envio Anexo D) e apresentado conforme as normas para autores do referido periódico (Anexo B).

ARTIGO 2: PERCEPÇÃO DOS PAIS DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO: DESCOBERTA DA PATOLOGIA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, a ser enviado a revista Saúde em Debate, apresentado conforme as normas para autores do referido periódico (Anexo C).

ANÁLISE E CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS CRIANÇAS SUBMETIDAS À CIRURGIA PEDIÁTRICA ELETIVA – RECORTE TEMPORAL

ANALYSIS AND PROFILE DESCRIPTION OF CHILDREN WHO UNDERWENT ELECTIVE SURGERY – TIME FRAME

RESUMO

A cirurgia pediátrica representa especialidade com demanda significativa de encaminhamentos dos serviços de atenção primária para avaliação da necessidade de intervenção cirúrgica. Contudo, nem sempre o acesso a essa intervenção ocorre no momento adequado. Nesse sentido, objetivou-se caracterizar o perfil dos pacientes pediátricos operados eletivamente, no recorte temporal 2018-2020, e identificar pacientes que foram encaminhados em atraso para a avaliação com o cirurgião. Estudo descritivo, transversal e retrospectivo mediante a revisão de prontuários eletrônicos. As variáveis avaliadas foram: dados sociodemográficos; informações das doenças de base; dados do encaminhamento, da avaliação do especialista e do procedimento cirúrgico. Nesse período, 410 pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico eletivo, dos quais 289 foram incluídos na pesquisa. O sexo masculino (72,3%) foi predominante, com idade média de 57,9 meses na avaliação pelo cirurgião e 59 meses na data da cirurgia. A procedência dos pacientes foi na maioria da atenção básica (75%) e a patologia mais incidente foi a hérnia inguinal (39,1%). O intervalo de tempo médio entre o encaminhamento pela atenção primária até a realização da cirurgia foi 4,98 meses e o tempo transcorrido da avaliação pelo cirurgião até a realização da cirurgia foi de 1,21 meses. Do total, 77 (26,6%) pacientes foram identificados como encaminhados em atraso para a realização do procedimento cirúrgico. Conhecer o perfil dos pacientes e os problemas vivenciados nesta região em relação aos atendimentos prestados na cirurgia pediátrica apresenta subsídios para propor estratégias de melhoria não só do sistema de saúde local, mas de diversas regiões interioranas do Brasil em situação semelhante.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Patologia cirúrgica, Criança, Procedimentos cirúrgicos eletivos

ABSTRACT

Pediatric surgery receives great demand for referrals from primary care services in order to evaluate the need for surgical intervention. However, access to this specialized evaluation and in intervention does not always occur at the appropriate time. This study aims to characterize the profile of pediatric patients electively operated in the western Paraná state region, between 2018 and 2020, and identify those who were lately referred o surgical evaluation. This is a descriptive, cross-sectional and retrospective study through the review of electronic medical records. The variables evaluated were sociodemographic data, information on underlying diseases, referral data, specialist assessment and surgical procedure. During this period, 410 patients underwent an elective surgical procedure, of which 289 were included in the research. The sample was predominantly male (72.3%) with a mean age of 57.9 months at the surgeon's assessment and 59 months at the date of surgery. Most of the patients came from primary care (75%) and the most common pathology was inguinal hernia (39.1%). The mean time interval between referral through primary care and surgery was 4.98 months, and between the surgeon's assessment and surgery was 1.21 months. Of the total sample, 77 (26.6%) patients were identified as being referred late for the surgical procedure. Knowing the profile of patients and the problems experienced in this

region in relation to the care provided in pediatric surgery provides subsidies to propose improvement strategies not only for the health system in this location, but for several inner regions of Brazil in a similar situation.

Key words: Delivery of Health Care, Child, Elective Surgical Procedures, Surgical Procedures, Operative

INTRODUÇÃO

A cirurgia pediátrica representa demanda significativa de encaminhamentos dos serviços de atenção primária para avaliação da necessidade de intervenção cirúrgica. Existem várias afecções que podem ter sua correção cirúrgica realizadas ambulatorialmente, no regime de hospital-dia, como a fimose, hérnias inguinais, hérnias umbilicais, hidroceles e criptorquidia. De acordo com De Jesus *et al.* (2009), a demanda calculada de atendimento cirúrgico na população pediátrica brasileira é de aproximadamente 10% das crianças.

No entanto, observa-se que, em relação à distribuição das especialidades médicas no país, a especialidade da cirúrgica pediátrica, em todas as regiões, apresenta baixo número de médicos por 100 mil habitantes, não chegando a um médico. Observa-se que a maior parte da força de trabalho está concentrada nas regiões Sudeste e Sul do país, especialmente nas grandes cidades¹. Desse modo, são identificadas limitações no atendimento da população das demais regiões e em cidades do interior, o que é mais evidente ainda quando são consideradas as grandes distâncias envolvidas para o acesso aos serviços de saúde, os problemas sociais e trabalhistas das famílias menos favorecidas economicamente, a precariedade dos sistemas de transporte em várias regiões, as restrições de assistência social e as dificuldades práticas na interação entre serviços².

Essa distribuição heterogênea de profissionais é determinada pela disponibilidade de mercado, nível de remuneração, estruturação de serviços de apoio e qualidade de vida oferecidos aos profissionais^{3,4}. A escassez de profissionais associada à distribuição desigual no país faz com que ocorra uma dificuldade na avaliação com o especialista e, muitas vezes, a indicação e a correção cirúrgica acontecem tardiamente¹. Ainda, devido ao desconhecimento da idade adequada para as intervenções cirúrgicas, muitas crianças só são avaliadas pelo especialista em um período mais tardio⁵.

Associadas ao reduzido número de especialistas em cirurgia pediátrica, tem-se também as questões próprias do modelo de atenção à saúde e da organização das ações e serviços de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sistema, as ações devem garantir a integralidade da atenção, obedecendo aos princípios da regionalização e hierarquização⁶. Os níveis de atenção que compõem a rede de serviços de saúde devem atuar de forma articulada, provendo o desenvolvimento de ações com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado ao usuário. Nesse contexto, o acesso à atenção especializada é uma das maiores dificuldades do SUS, tanto pela oferta insuficiente de ações diagnósticas e terapêuticas quando pelos modos de organização e funcionamento da atenção especializada, incluindo por exemplo a qualidade e a quantidade de encaminhamentos e solicitações, o que gera uma importante sobrecarga neste ponto de atenção. Considerando esta questão, princípios e diretrizes - como equidade, transparência, utilização adequada e tempo oportuno de acesso aos serviços, com base na necessidade de cada usuário, visando à integralidade do cuidado - devem ser considerados⁷.

Um dos grandes desafios da atenção primária é decidir quando encaminhar o paciente para ser avaliado por especialista na atenção secundária ou terciária⁸. A ação regulatória deve estar fundamentada em protocolos de encaminhamento, instrumentos ordenadores dos diversos níveis de complexidade da atenção e em protocolos clínicos, que tratam da forma de intervenção por patologias, subsidiando as decisões terapêuticas⁷. No contexto da atenção e da integralidade da assistência à saúde da criança, o modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) também está presente. Assim, ordinariamente o acesso da criança ocorre por meio dos serviços de atenção primária, de onde pode ser encaminhada para atendimento em outros níveis de atenção por diversas especialidades clínicas ou cirúrgicas.

Para que o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) possa organizar os fluxos dos atendimentos e encaminhamentos para atenção especializada da população adscrita a seu território, faz-se necessário conhecer o perfil dessas populações. Para tanto, traçar o perfil das crianças submetidas à cirurgia pediátrica contribuirá para a proposição de medidas que visem à redução do atraso nos encaminhamentos de pacientes potencialmente cirúrgicos para avaliação com o especialista. Ademais, realizar as cirurgias na faixa etária prevista, proporcionará resultados positivos, a longo prazo, tanto na redução das complicações decorrentes do atraso na realização da correção cirúrgica necessária, como para a redução do estresse familiar. Este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil dos pacientes pediátricos operados eletivamente na região Oeste do Paraná, bem como identificar os pacientes que foram encaminhados em atraso para a avaliação com o cirurgião.

METODOLOGIA

Para atingir os objetivos do estudo, optou-se pela realização de estudo quantitativo, descritivo, transversal e retrospectivo, com base em dados secundários de três diferentes ambulatórios vinculados ao SUS, na região Oeste do Paraná, pertencentes à 10ª Regional de Saúde.

Realizou-se a coleta de informações obtidas nos prontuários eletrônicos de pacientes atendidos pela especialidade de Cirurgia Pediátrica, utilizando como filtro o nome dos pacientes, somado à coleta de informações apresentadas no encaminhamento do médico da atenção básica trazidas por eles na consulta e registradas nos prontuários do ambulatório, bem como os registros de prontuários hospitalares feitos no momento da cirurgia. A partir da revisão dos prontuários das crianças atendidas, pode-se identificar também a idade delas quando que o procedimento foi realizado, possibilitando reconhecer se houve atraso nos encaminhamentos.

O recorte temporal do estudo foi de setembro de 2018 a março de 2020, sendo que a primeira data corresponde ao mês em que as cirurgias eletivas pediátricas no SUS foram iniciadas na 10ª Regional de Saúde do Paraná; e a segunda foi quando as cirurgias eletivas foram paralisadas pela primeira vez, devido à pandemia de Coronavírus – COVID-19, o que gerou grande impacto em sua realização.

O estudo envolveu os dados de toda população de crianças submetidas a procedimento cirúrgico eletivo, com idade de 0 a 13 anos incompletos, atendidas nesse recorte temporal, na APS, por médicos pediatras ou não, e que foram referenciados para avaliação com especialista. Foram excluídos os dados dos pacientes que estivessem com prontuários incompletos ou cujos prontuários não

foram encontrados devido a alterações na grafia do nome ou sobrenomes incompletos.

As variáveis coletadas e analisadas foram: caracterização da criança; dados epidemiológicos; dados relativos à patologia de base; informações referentes ao encaminhamento pela unidade de atenção básica; dados sobre a avaliação pelo especialista; e dados acerca do encaminhamento e da realização do procedimento cirúrgico.

Os dados coletados foram tabulados no *Microsoft Excel* 2010 e analisados em *software* estatístico *SPSS versão 26.0*, mediante estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo, moda), para caracterizar o perfil dos pacientes pediátricos operados eletivamente no período em estudo. Foram testados os pressupostos das variáveis por meio dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e homocedasticidade (Teste de Levene). As análises descritivas foram realizadas para todas as variáveis, por meio de medidas de proporção percentual para as variáveis categóricas, bem como por medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas, considerando possíveis dados perdidos (*missing data*).

Utilizou-se o teste qui-quadrado para analisar a relação entre aqueles que foram encaminhados em atraso segundo à sua patologia, as complicações pós-operatórias, a evolução no pós-operatório (com ou sem recidiva), bem como a comparação entre a evolução pós-operatória e as complicações pós-operatórias. Para conhecer a distribuição das patologias - segundo as idades que as crianças possuíam na avaliação, no encaminhamento, no diagnóstico, na avaliação pelo cirurgião, na consulta pré-operatória e na cirurgia -, utilizou-se a análise de variância (ANOVA). Para verificar a diferença entre os grupos que foram considerados estatisticamente significativos, ao comparar a idade (em momentos diferentes) e o

grupo de patologias apresentadas pelas crianças que compuseram a amostra do estudo, utilizou-se o post hoc de Tukey. Considerou-se p-valor < 0,05 como sendo estatisticamente significativo.

O estudo atendeu a todas as normativas da Resolução 466/2012, aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa institucionalizado, Parecer 5.023.889 (CAAE:50835621.1.0000.0107).

RESULTADOS

No período analisado, 410 pacientes pediátricos foram operados em caráter eletivo, dos quais 121 foram excluídos da amostra segundo os critérios de exclusão. Assim, um total de 289 pacientes compuseram a amostra do estudo, ou seja, 70,4% do total de pacientes operados no período.

Em relação às características sociodemográficas da amostra, observa-se na Tabela 1 que 209 (72,3%) pacientes eram do sexo masculino e 152 (52,6%) eram moradores da cidade sede da Regional de Saúde, Cascavel, PR. Trinta pacientes (10%) eram portadores de outras comorbidades associadas, sendo as condições neurológicas as mais frequentes, em 8 (26,7%) crianças.

Tabela 1 – Características da amostra em estudo (n=289).

VARIÁVEIS	n (%)
Sexo	
Masculino	209 (72,3)
Feminino	80 (27,7)
Cidade de origem	
Cidade sede da Regional de Saúde	152 (52,6)
Outros municípios da Regional	137 (47,4)
Comorbidades	
Sim	30 (10,4)
Não	259 (89,6)

Condições neurológicas	8 (26,7)
Condições respiratórias	6 (20)
Condições mentais	3 (10)
Condições gastrointestinais	3 (10)
Condições hematológicas	1 (3,3)
Condições dermatológicas	1 (3,3)
Prematuridade	1 (3,3)
Obesidade	1 (3,3)
Mais de uma condição de saúde afetada	6 (20)

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos tipos de cirurgia, observou-se com maior frequência registro de herniorrafias inguinais (n = 113; 39,1%), seguidas de postectomias (n = 47; 16,3%), herniorrafias umbilicais (n = 44; 15,2%) e orquidopexias (n = 27; 9,3%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Tipos de cirurgias pediátricas realizadas no período de 2018 a 2020

(n=289).

Cirurgias	n (%)
Herniorrafia Inguinal	113 (39,1)
Postectomia	47 (16,3)
Herniorrafia umbilical	44 (15,2)
Orquidopexia	27 (9,3)
Herniorrafia epigástrica	10 (3,5)
Exérese de lesão de pele	10 (3,5)
Correção cirúrgica de hidrocele	9 (3,1)
Exérese de cisto branquial	7 (2,4)
Frenotomia sublingual	4 (1,4)
Exérese de fístula branquial	2 (0,7)
Exérese de cisto em supercílio	2 (0,7)
Exérese de cisto tireoglosso	2 (0,7)
Correção de sinequia de pequenos lábios	2 (0,7)
Exérese de polidactilia não articulada	1 (0,3)
Linfadenectomia cervical	1 (0,3)
Mais de um procedimento concomitante	8 (2,8)

Fonte: Dados da pesquisa.

A idade dos pacientes operados foi avaliada em diferentes momentos. Inicialmente, observou-se que a idade média dos pacientes, no encaminhamento para avaliação pelo cirurgião, foi de 61 meses. Já a idade média dos pacientes ao

diagnóstico da patologia, pelo médico que prestou o atendimento inicial e que motivou o encaminhamento ao especialista foi de 58 meses. Ainda, a idade média na avaliação pelo especialista foi de 57 meses e na data da realização da cirurgia foi de 59 meses.

As idades também foram avaliadas separadamente por patologia, considerando as mais incidentes (Tabela 3). A comparação entre as crianças que precisaram ser submetidas a cirurgia devido fimose e aquelas que fizeram herniorrafia inguinal apresentaram diferença estatística significativa ao analisar a idade na consulta pré-operatória, avaliação pelo especialista e na idade no momento da cirurgia ($p < 0,001$ para cada idade).

Tabela 3 – Idade das crianças por patologia (em meses), desde o encaminhamento até a realização da cirurgia.

IDADE	PATOLOGIAS	Média ± D.P.	p**
IDADE NA AVALIAÇÃO PELO ESPECIALISTA (n=281) p* = 0,002	Hérnia inguinal (n=113)	47,5 ± 40,1	
	Hérnia umbilical (n=44)	60,1 ± 31,5	p > 0,05
	Fimose (n=47)	75,1 ± 38,0	<0,001
	Hidrocele (n=9)	48,0 ± 26,2	p > 0,05
	Outros (n=68)	62,9 ± 47,4	p > 0,05
IDADE NO ENCAMINHAMENTO (n=57) p* = 0,704	Hérnia inguinal (n=17)	53,2 ± 38,0	
	Hérnia umbilical (n=14)	43,0 ± 26,3	
	Fimose (n=11)	70,0 ± 36,2	
	Hidrocele (n=2)	56,0 ± 2,8	p > 0,05
	Outros (n=23)	67,6 ± 53,7	
IDADE NO DIAGNOSTICO (n=56) p* = 0,783	Hérnia inguinal (n=18)	51,4 ± 37,9	
	Hérnia umbilical (n=4)	43,0 ± 26,3	
	Fimose (n=11)	63,4 ± 28,3	

		Hidrocele (n=2)	56,5 ± 2,1	p>0,05
		Outros (n=21)	65,7 ± 54,8	
IDADE NA CONSULTA PRÉ OPERATÓRIA (n=281) p*= 0,002	Hérnia inguinal (n=113)		47,5 ± 40,2	
		Hérnia umbilical (n=44)	60,1 ± 31,4	p>0,05
		Fimose (n=47)	75,2 ± 37,9	<0,001
		Hidrocele (n=9)	48,0 ± 26,2	p>0,05
		Outros (n=68)	62,3 ± 47,8	p>0,05
IDADE NA CIRURGIA (n=281) p*= 0,002	Hérnia inguinal (n=113)		48,7 ± 39,9	p>0,05
		Hérnia umbilical (n=44)	61,1 ± 31,3	p>0,05
		Fimose (n=47)	76,0 ± 37,9	<0,001
		Hidrocele (n=9)	49,0 ± 26,2	p>0,05
		Outros (n=68)	64,3 ± 46,9	p>0,05

Fonte: Dados da pesquisa.

D.P. = Desvio Padrão; p*= obtido pelo teste ANOVA de uma via; p**= obtido pelo post hoc de Tukey

Quanto ao local de encaminhamento, constatou-se que 42 (75%) pacientes eram provenientes da APS, enquanto 13 deles (25%) eram oriundos de encaminhamentos via hospitalar ou por médicos do próprio ambulatório de especialidades. O diagnóstico da patologia que motivou o encaminhamento em sua maioria foi feito pelo médico na Unidade Básica de Saúde (80,3%). Um total de 44 (15,7%) pacientes já haviam sido encaminhados anteriormente para avaliação por um cirurgião, sendo que 10 (3,5%) deles foram efetivamente avaliados e 2 (0,7%) receberam a emissão de guia para realização da cirurgia. No entanto, nenhum deles foi operado.

No que diz respeito aos exames complementares, observou-se que 40 (32%) pacientes chegaram para a avaliação com o especialista portando exames de imagem realizados previamente e um total de 7 (2,4%) pacientes realizaram o

exame de imagem que foi solicitado pelo cirurgião, ou seja, depois da primeira consulta com o especialista.

Ao avaliar-se o tempo para a realização da cirurgia, apurou-se que 24 (8,3%) pacientes demoraram mais do que 60 dias para serem operados, após a emissão da guia de cirurgia; e os demais, foram operados antes desse tempo. A maior parte das crianças, 187 (64,7%) foram operadas 30 dias após a avaliação pelo cirurgião. O motivo mais incidente para a espera pela cirurgia por mais de 60 dias foi a fila cirúrgica do hospital, em 15 (5,2%) casos.

Também foi avaliado o intervalo de tempo entre o encaminhamento do paciente pela APS até a realização da cirurgia, concluindo-se que essa espera variou entre 0,5 e 17 meses, com 11 (21,2%) pacientes aguardando 2 meses, 9 (17,3) pacientes aguardando 1 mês e 8 (15,4) pacientes aguardando 4 meses. O intervalo de tempo médio entre o encaminhamento pela atenção primária até a realização da cirurgia foi de 4,98 meses com mediana de 4 meses, e o intervalo médio entre a avaliação pelo cirurgião e a realização da cirurgia foi de 1,21 meses, com mediana de 1 mês (Tabela 4).

Tabela 4 – Intervalo (em meses) desde o encaminhamento até a realização da cirurgia (n=289).

VARIÁVEIS	n (%)	Média ± D.P.	Mediana	Intervalo
Intervalo entre encaminhamento pela APS e cirurgia	52	4,98±4,26	4	0,5 a 17
Intervalo entre a avaliação pelo especialista e cirurgia	289	1,21±0,92	1	0 a 8

Fonte: Dados da pesquisa.

Do total, 77 (26,6%) pacientes foram identificados como encaminhados em atraso para a realização do procedimento cirúrgico, e entre eles, observou-se que 74

(25,6%) não possuíam o motivo do atraso registrado em prontuário. Avaliou-se se os pacientes já apresentavam na cirurgia algum achado compatível com este atraso no encaminhamento e identificou-se que, em 14 (7,3%) pacientes, o testículo apresentava-se pequeno em relação ao esperado para a idade e em 1 (0,5%) paciente, o testículo estava ausente. De acordo com os achados cirúrgicos, a hipótese de risco de atrofia testicular e infertilidade como implicação futura esteve presente em 15 (7,8%) pacientes. Dos pacientes operados 128 (68,1%) não apresentavam danos relacionados ao atraso na cirurgia no momento da avaliação.

No que diz respeito ao seguimento dos pacientes em pós-operatório, observou-se que 5 (1,7%) apresentaram complicações relacionadas à cirurgia, sendo: infecções de ferida operatória, deiscência de sutura da pele, granuloma de fio e um seroma volumoso. Do total de pacientes operados, cinco (2,4%) apresentaram recidiva da patologia de base, sendo 2 portadores de fimose, um de cisto tireoglosso, um de hérnia inguinal e um de hérnia umbilical. Do total, 208 (72%) pacientes receberam alta ambulatorial, 80 (27,7%) pacientes não retornaram para consulta pós-operatória e um paciente (0,3%) retornou somente para a primeira consulta e perdeu seguimento após esta.

DISCUSSÃO

As cirurgias eletivas ocorrem quando médicos e usuários programam com antecedência o evento cirúrgico a ser realizado, trata-se de uma cirurgia agendada em que não há emergência. Essas cirurgias são realizadas no âmbito hospitalar e ambulatorial e, no período de 2015-2018, foram realizadas 1.431.928 cirurgias eletivas ambulatoriais e 798.610 hospitalares no estado do Paraná. No período avaliado, observou-se que houve aumento de 34% nas eletivas ambulatoriais e 22%

nas eletivas hospitalares realizadas. Apesar do número crescente de cirurgias eletivas realizadas, esta ação ainda é apontada como demanda reprimida em todas as Regionais de Saúde do estado do Paraná. Diante dessa demanda e da dificuldade de oferta, há necessidade de se organizar e ampliar o acesso às cirurgias eletivas, com implantação de protocolos e qualificação das filas de espera⁹.

A caracterização dos pacientes cirúrgicos pediátricos atendidos na Regional de Saúde em tela, no recorte temporal estipulado para o estudo, demonstrou que 72,3% dos pacientes eram do sexo masculino, 52,6% eram provenientes da cidade de sede da Regional de Saúde e a que a patologia mais frequente foi a hérnia inguinal em 39,1% dos casos. Corroborando com o descrito na literatura^{5,10}, as principais cirurgias eletivas e que são comumente realizadas em regime ambulatorial nos pacientes pediátricos desta amostra consistiram em herniorrafias inguinais seguidas das postectomias, herniorrafias umbilicais e orquidopexia. De acordo com estudos anteriores na literatura, as hérnias da parede abdominal (inguinais, umbilicais e epigástricas) são a causa de 34% dos encaminhamentos para avaliação cirúrgica, com uma média de idade de quatro anos no encaminhamento⁵. A maior parte das afecções com possibilidade de correção cirúrgica ambulatorial acomete em maior proporção ou exclusivamente o sexo masculino. Portanto, a prevalência de meninos é maior nas investigações envolvendo patologias pediátricas¹⁰, consoante dados confirmados neste estudo.

As hérnias inguinais são uma das afecções cirúrgicas mais comuns da infância e acontecem em cerca de 5% dos recém-nascidos, com aumento da incidência para 11% nos prematuros¹¹. A razão mais importante para o reparo cirúrgico precoce das hérnias inguinais é o risco aumentado de encarceramento, especialmente durante o primeiro ano de vida, com risco estimado de 30%, e entre

os pacientes que apresentam encarceramento, sendo que existe o risco de que o quadro clínico de 30% destes evolua para atrofia testicular¹². As taxas de encarceramento e complicações são mais elevadas em correlação ao maior tempo de espera pelo procedimento cirúrgico¹³, complicações estas que não foram registradas na população avaliada neste estudo.

Entre as patologias cirúrgicas mais comuns, a mais discutida acerca do momento apropriado para reparo cirúrgico é a criptorquidia. Trata-se de uma das desordens congênitas mais comuns no sexo masculino, com uma incidência de 4% sobre os meninos nascidos a termo e até 30% sobre os prematuros¹⁴. Apesar da possibilidade de descida espontânea do testículo para a bolsa escrotal após o nascimento, sua ocorrência mostrou-se incomum após os três meses de vida¹⁵ e rara após os seis meses de vida¹⁴.

A idade em que a intervenção cirúrgica é realizada é um importante fator preditivo para a fertilidade futura destes pacientes^{14,16}. Além disso, portadores de criptorquidia têm risco aumentado de desenvolvimento de tumores testiculares, especialmente aqueles tratados cirurgicamente após a puberdade¹⁶. Ao longo das últimas cinco décadas, a idade indicada para intervenção cirúrgica foi bastante modificada. Em 1986, a recomendação da Academia Americana de Pediatria era para cirurgia entre 48 e 72 meses. Com a realização de estudos que demonstraram redução do número de células germinativas abaixo dos níveis normais em crianças de 12 a 24 meses de idade, a recomendação foi modificada para cirurgia com 12 meses de idade, em 1996. Considerando a baixa probabilidade de descida testicular espontânea após os três meses de vida, a Associação Britânica de Urologistas Pediátricos recomendou a redução da idade cirúrgica para seis a 12 meses, a partir do ano de 2011. Atualmente tem sido discutida nova alteração, porém ainda sem

consenso, sugerindo benefício na intervenção cirúrgica mais precoce, aos três meses de vida¹⁴. Neste estudo, a idade média no encaminhamento dos pacientes com criptorquidia para a avaliação com o especialista foi de 71,5 meses e para a avaliação com o cirurgião foi de 56,4 meses, médias bem acima do considerado ideal para o tratamento de tal patologia.

Investigou-se, na amostra deste estudo, se os pacientes com criptorquidia já apresentavam na cirurgia algum achado compatível com o atraso no encaminhamento, e identificou-se que, em 7,3% deles, o testículo apresentava-se pequeno em relação ao esperado para a idade do paciente. De acordo com os achados, a hipótese de risco de atrofia testicular e infertilidade como implicação futura esteve presente em 7,8% dos casos. No entanto não houve mensuração prévia do tamanho testicular para caracterização de valores objetivos para esta redução observada subjetivamente.

Seguindo consensos atuais, no mais tardar a cirurgia deve ser realizada até os 18 meses de idade¹⁵. Na amostra deste estudo, a idade média no momento da realização da orquidopexia foi de $58,3 \pm 54,9$ meses. Recente estudo de coorte populacional concluiu que, para cada seis meses de atraso na realização da orquidopexia, existe um aumento de 6% no risco de desenvolvimento de câncer, 5% na necessidade de uso de tecnologias para reprodução assistida, enquanto houve redução de 1% nas taxas de paternidade¹⁷. Mesmo em países desenvolvidos, como é o caso da Suécia, uma minoria dos meninos é operada neste período¹⁸, especialmente em virtude do grande volume de pacientes nos poucos centros de atendimento pediátrico. Muitos pacientes desta amostra foram operados em idade bastante tardia em relação ao esperado, alguns casos superando os 8 anos de idade para a realização dela, o que, de acordo com a literatura demonstrada,

apresenta um impacto bastante negativo no desenvolvimento futuro dos testículos destes meninos. Este tipo de achado é o que poderia ser evitado caso os encaminhamentos e a avaliação com o especialista fossem realizados de forma precoce, conforme o indicado na literatura.

A idade média na avaliação pelo especialista foi de 57 meses, e a idade média na data da realização da cirurgia foi de 59 meses. Do total, 64,7% foram operadas 30 dias após a avaliação pelo cirurgião. O intervalo de tempo médio entre o encaminhamento pela atenção primária até a realização da cirurgia foi de 4,98 meses, e o intervalo médio entre a avaliação pelo cirurgião e a realização da cirurgia foi de 1,21 meses. Entre os 289 pacientes que compuseram a amostra do estudo, 77 (26,6%) foram identificados como encaminhados em atraso.

O tempo de espera para a cirurgia eletiva é uma questão relevante no acesso aos cuidados de saúde. Uma espera superior a três meses é considerada excessiva em vários países do grupo Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹⁹. Os países com menores tempos de espera para cirurgia eletiva são também os que apresentam maiores percentagens de intervenções cirúrgicas em regime ambulatorial. Um estudo realizado em Portugal demonstrou uma redução na fila de espera de cirurgias eletivas de seis a oito meses, para valores entre 2,5 e 3,5 meses, verificando também um aumento da porcentagem na realização de cirurgias ambulatoriais no mesmo período¹⁹. Estudos prévios já demonstraram tempo médio de espera de 31 dias no sistema público de saúde, desde a consulta com o especialista, até o procedimento cirúrgico²⁰ e um tempo que nunca excedeu 2 semanas neste intervalo²¹. No presente estudo, mesmo as cirurgias sendo realizadas em regime ambulatorial, o tempo de espera entre a

avaliação pelo cirurgião e a realização da cirurgia foi em média de 1,21 meses, e se contar desde o encaminhamento até a cirurgia foi de 4,92 meses

O diagnóstico de uma patologia cirúrgica por si só já consiste em fator de estresse para o paciente pediátrico, bem como para seus familiares, e a longa espera para o tratamento e a resolução do quadro tendem a ser um aspecto agravante para esse cenário. Além do efeito negativo psicológico e social ocasionado em virtude desta espera, existe também o efeito negativo econômico oriundo da necessidade de intervenções e internamentos adicionais por conta da patologia de base. Ademais, as consequências da demora na realização da cirurgia e o resultado obtido com o tratamento podem ser prejudicados por conta do atraso no procedimento²². Cerca de 5 bilhões de pessoas em todo o mundo, incluindo crianças e adultos, não possuem garantia de acesso seguro a procedimentos cirúrgicos e anestésicos quando estes são necessários²³.

Muitos fatores são sabidamente associados ao atendimento precário das crianças, especialmente nos países subdesenvolvidos, por exemplo: más condições de transporte, distâncias entre os grandes centros e as pequenas cidades do interior, pobreza, desconhecimento dos responsáveis pelas crianças, crenças culturais, impossibilidade de custeamento dos procedimentos de saúde pelas famílias, limitação na quantidade e localização dos centros de atendimento especializado, limitação na disponibilidade de especialistas, dificuldades na realização de exames complementares e baixa disponibilidade de anestesia pediátrica segura²³. Mesmo em países desenvolvidos, como o Canadá, recentemente tem sido demonstrado que as taxas de conformidade em relação à espera pelos procedimentos cirúrgicos em pediatria estão longe do ideal e que

esforços adicionais são necessários para melhorar a proporção de pacientes atendidos dentro das metas de referência²².

Este estudo apresenta diversas limitações, dentre as quais podemos citar os dados coletados de forma retrospectiva (dados secundários), as informações de uma única regional de saúde em um único estado do Brasil, o fato de que nem todos os prontuários estavam completos, especialmente em relação a informações do encaminhamento e dos dados médicos anteriores à avaliação com o especialista, bem como dos dados relacionados à perda de seguimento pós-operatório de diversos pacientes, a qual pode ter ocorrido em virtude da pandemia da COVID-19 e do prejuízo aos atendimentos ambulatoriais neste período. No entanto, há importantes pontos a serem melhor estudados e debatidos na área da cirurgia pediátrica neste país.

Possíveis melhorias para o cenário encontrado incluem treinamento dos médicos que prestam assistência na atenção básica, tendo em vista que se trata de patologias as quais nem sempre são de conhecimento geral de todos e, sendo assim, questões como as idades apropriadas para o encaminhamento para o especialista podem passar despercebidas por estes profissionais. Ademais, é necessário estabelecimento de novos fluxos de encaminhamento e priorização dos pacientes portadores das patologias em que o atraso na cirurgia oferece maiores implicações futuras aos pacientes.

CONCLUSÃO

A caracterização dos pacientes cirúrgicos pediátricos demonstrou que a maioria era do sexo masculino e que a patologia mais frequentemente identificada foi a hérnia inguinal. Após caracterização epidemiológica dos participantes do estudo, no que tange ao encaminhamento, à avaliação pelo especialista e ao

procedimento cirúrgico, concluiu-se que 26,6% dos pacientes foram encaminhados em atraso para a cirurgia. A patologia mais frequentemente associada a atraso no encaminhamento, na avaliação com especialista e na realização da cirurgia foi a criptorquidia, patologia que apresenta importante impacto negativo futuro relacionado ao atraso em seu tratamento.

Sugere-se que a escassez de profissionais da especialidade e a falta de coordenação na rede de atenção primária, que dificultam a articulação entre os serviços da rede, podem ser levantados como fatores contribuintes para as dificuldades encontradas neste processo entre o encaminhamento e a realização da cirurgia.

FOMENTO

CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) através do PROAP (Programa de Apoio à Pós-graduação).

Instituição responsável – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

Projeto: CAAE:50835621.1.0000.0107

AGRADECIMENTO

A toda a equipe e professores do programa de Pós-graduação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Aos diretores e responsáveis, à equipe médica e aos funcionários do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP – UNIOESTE), Fundação Hospitalar São Lucas de Cascavel – PR e Hospital Dr Aurélio (Nova Aurora, PR).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Jesus LE, Aguiar AS, de Campos MSM, Baratella JRS, Ketzer JC, Mastroti RA, Amarante ACM. Formação e demanda do cirurgião pediátrico no Brasil. *Rev Col Bras Cir.* 2009; 36(4):356-361. doi: 10.1590/S0100-69912009000400016.
2. Krishnaswami S, Nwomeh BC, Ameh EA. The pediatric surgery workforce in low- and middle-income countries: problems and priorities. *Sem Ped Surg.* 2016; 25(1):32-42. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2015.09.007.
3. Toobaie A, Emil S, Ozgediz D, Krishnaswami S, Poenaru D. Pediatric surgical capacity in Africa: Current status and future needs. *J Ped Surg.* 2017; 52(5):843-848. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2017.01.033.
4. Petroze RT, Calland JF, Niyonkuru F, Groen RS, Kyamanywa P, Li Y, Guterbock TM, Rodgers BM, Rasmussen SK. Estimating pediatric surgical need in developing countries: a household survey in Rwanda. *J Ped Surg.* 2014; 49(7):1092-1098. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2014.01.059.
5. Pilkington M, Situma M, Winthrop A, Poenaru D. Quantifying delays and self-identified barriers to timely access to pediatric surgery at Mbarara Regional Referral Hospital, Uganda. *J Ped Surg.* 2018; 53(5):1073-1079. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2018.02.045
6. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
7. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PHB, Guabiraba KPL. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis.* 2021; 31(1):e310109. doi: 10.1590/S0103-73312021310109.

8. Tesser CD, Neto PP. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Cienc Saude Colet*. 2017; 2(3): 941-951.
9. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023 - Curitiba: SESA, 2020. [home page de internet] [acesso em 25 maio 2021]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Plano-Estadual-de-Saude>.
10. Nah SA, Yeo CS, How GY, Allen Jr JC, Lakshmi NK, Yap TL, Jacobsen AS, Low Y, Ong CCP. Undescended testis: 513 patients' characteristics, age at orchidopexy and patterns of referral. *Arch Dis Child*. 2014; 99(5): 401-406. doi: 10.1136/archdischild-2013-305225.
11. Botes SN, Edge J, Apffelstaedt JP, Sidler D. Assessment of the delayed repair of uncomplicated inguinal hernias in infants. *S Afr J Surg*. 2020; 58(1):18-21. doi: 10.17159/2078-5151/2020/v58n1a3056.
12. Gawad N, Davies DA, Langer JC. Determinants of wait time for infant inguinal hernia repair in a Canadian children's hospital. *J Ped Surg*. 2014; 49(5):766-769. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2014.02.064.
13. Ferrantela A, Sola JE, Parreco J, Quiroz HJ, Willobee BA, Reyes C, Thorson CM, Perez EA. Complications while awaiting elective inguinal hernia repair in infants: Not as common as you thought. *Surgery*. 2021; 169(6):1480-1485. doi: 10.1016/j.surg.2020.12.016.
14. Wei Y, Wu S, Wang YC, Lin T, He DW, Li XL, Liu JH, Liu X, Hua Y, Lu P, Zhang DY, Wen S, Wei GH. A 22-year retrospective study: educational update and new referral pattern of age at orchidopexy. *BJU Int*. 2016; 118(6):987-993. doi: 10.1111/bju.13588.
15. Jiang DD, Acevedo AM, Bayne A, Austin JC, Seideman CA. Factors associated with delay in undescended testis referral. *J Pediatr Urol*. 2019; 15(4):e1-380. doi: 10.1016/j.jpuro.2019.03.029.
16. Radmayr C, Dogan HS, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman R, Silay S, Stein R, Undre S, Tekgul S. Management of undescended testes: European Association of

- Urology/European Society for Pediatric Urology Guidelines. *J Pediatr Urol.* 2016; 12(6):335-343. doi: 10.1016/j.jpurol.2016.07.014.
17. Scheuner FJ, Milne E, Jamieson SE, Pereira G, Hansen M, Barker A, Holland AJA, Bower C, Nassar N. Association between male genital anomalies and adult male reproductive disorders: a population-based data linkage study spanning more than 40 years. *Lancet Child Adolesc Health.* 2018; 2(10):736-743. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30254-2.
 18. Omling E, Bergbrant S, Persson A, Bjork J, Hagander L. How boys and testicles wander to surgery: a nationwide cohort study of surgical delay in Sweden. *BMJ Paediat Open.* 2020; 4(1):e000741. doi: 10.1136/bmjpo-2020-000741.
 19. Caldinhas PM, Ferrinho P. Cirurgia de ambulatório e a espera para cirurgia eletiva. *Rev Bras Epidemiol.* 2013; 16(2): 314-327 37.
 20. Al-Jazaeri A, Alshwairikh L, Aljebreen MA, Alswaidan N, Al-Obaidan T, Alzahem A. Variation in access to pediatric surgical care among coexisting public and private providers: inguinal hernia as a model. *Ann Saudi Med.* 2017; 37(4): 290-296. doi: 10.5144/0256-4947.2017.290
 21. Buhilla PLA, Aguirre IA, Piedra CT, Zorrilla MIA, Mendibil AO, Guisasola ML. Cirugía de alta resolución pediátrica: una serie de 75 casos. *Rev Calid Asist.* 2009; 24(6): 239-244. doi 10.1016/j.cali.2009.04.001.
 22. Arulanandam B, Dorais M, Li P, Poenaru D. The burden of waiting: wait times for pediatric surgical procedures in Quebec and compliance with national benchmarks. *Can J Surg.* 2021; 64(1):14-22. doi: 10.1503/cjs.020619.
 23. Butler MW. Developing pediatric surgery in low- and middle-income countries: An evaluation of contemporary education and care delivery models. *Sem Ped Surg.* 2016; 25(1):43-50. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2015.09.008.

**PERCEPÇÃO DOS PAIS DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO ELETIVO: DESCOBERTA DA PATOLOGIA AO TRATAMENTO
CIRÚRGICO**

**PARENTS PERCEPTION REGARDING CHILDREN WHO UNDERWENT
ELECTIVE SURGERY: FROM THE PATHOLOGY DISCOVERY TO SURGICAL
TREATMENT**

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever a percepção dos pais acerca da trajetória do paciente cirúrgico pediátrico, desde o diagnóstico e indicação da cirurgia até sua realização, e reconhecer fatores que levaram ao atraso no seu atendimento. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, em que, na análise inicial de prontuários, identificaram-se as crianças encaminhadas em atraso para avaliação pelo especialista e sortearam-se os responsáveis a serem entrevistados por ligação telefônica. Foi realizada análise de conteúdo, modalidade temática. Identificou-se 77/289 (26,6%) pacientes encaminhados em atraso. Emergiram três categorias: dificuldades encontradas; atendimento na atenção primária e descoberta do problema à realização da cirurgia. No que tange à espera para atendimento pelos especialistas, observou-se excesso de demanda contra menor oferta de consultas. Um aspecto positivo foi a qualidade do atendimento recebido na atenção básica. Apesar da demora pelo excesso de pacientes, a empatia das equipes foi elogiada. Em relação à percepção do tempo, percebe-se que a espera pelo atendimento é considerada normal e que mesmo longa, quando não se trata de emergência, é considerada aceitável. Os familiares reconheceram a espera como satisfatória e dentro do esperado. Apesar das dificuldades iniciais, todos tiveram as cirurgias realizadas e consideraram o atendimento recebido como de qualidade.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, criança, encaminhamento e consulta, necessidades e demandas de serviços de saúde, percepção do tempo.

ABSTRACT

This study aims to describe the perception of parents about the trajectory of the pediatric surgical patient from the diagnosis and indication of surgery until its fulfillment and to recognize factors that led to the delay in their care. This is a qualitative, descriptive study, in

which the initial analysis of the medical records identified the children referred late for evaluation by the specialist and randomized those responsible for the children for being interviewed by telephone. Content analysis was carried out, thematic modality. We identified 77/289 (26.6%) patients referred late for surgical evaluation. Three categories emerged: difficulties encountered; care in primary care and from discovering the problem to performing surgery. Regarding the wait for the expert assessment, there is an excess of demand against a lower availability of appointments. A positive aspect was the quality of care received in primary care. Despite the delay due to the excess of patients, the empathy of the teams was praised. Regarding the perception of time, it is noticed that the wait for care is considered normal and that even when long, if it is not an emergency, it is considered acceptable. Family members recognized the wait as satisfactory and within expectations. Despite initial difficulties, all patients had the surgeries performed and parents considered it a good and quality care service.

Key words: Child, Delivery of Health Care, Health Services Accessibility, Health Services Needs and Demand, Time Perception.

INTRODUÇÃO

A cirurgia pediátrica é uma especialidade com importante demanda de avaliações e encaminhamentos, provenientes, em sua maioria, da atenção primária, a fim de verificar a necessidade de tratamento cirúrgico para algumas patologias comuns na infância, como hérnias inguinais, hérnias umbilicais, hidroceles, fimoses e criptorquídias. No entanto, trata-se de uma especialidade com distribuição muito desigual nas diversas regiões do Brasil e especialmente nas pequenas cidades do interior¹. Essa distribuição heterogênea também está presente em outros países do mundo quando observadas as características específicas desta especialidade^{2,3}. Dessa forma, o atendimento à população necessitada fica prejudicado e, muitas vezes, pode sofrer atraso, levando ao diagnóstico e ao tratamento definitivo tardios, o que pode levar a consequências indesejadas para estas crianças. Outro fator que sabidamente contribui para este encaminhamento em atraso pode ser o desconhecimento dos profissionais que estão prestando atendimento na atenção básica acerca das patologias pediátricas cirúrgicas e suas particularidades⁴.

Além das questões específicas sobre a especialidade, há também os aspectos relacionados à estruturação do sistema público de saúde no Brasil, em que a atenção primária funciona como porta de entrada do sistema e tem também a missão de coordenar o cuidado, a

fim de garantir que ele ocorra de forma integral⁵. Sendo assim, casos que não puderem ser solucionados pela atenção primária devem ser encaminhados para tratamento ambulatorial ou hospitalar especializado⁶.

A atenção especializada como parte do sistema de cuidados integrais tem o objetivo de garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se em um vínculo principal com a rede básica, que deve ser preservado. O acesso à assistência especializada é feito a partir do encaminhamento das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para as unidades gerenciais, municipais ou estaduais, que assumem o compromisso do agendamento dos serviços para a atenção secundária⁷.

Nesse contexto, o acesso à atenção especializada é uma das maiores dificuldades do SUS, tanto pela oferta insuficiente de ações diagnósticas e terapêuticas quando pelos modos de organização e funcionamento da atenção especializada, incluindo por exemplo a qualidade e quantidade de encaminhamentos e solicitações, o que gera uma importante sobrecarga neste ponto de atenção. Considerando esta questão, princípios e diretrizes como equidade, transparência, utilização adequada e tempo oportuno de acesso aos serviços, com base na necessidade de cada usuário, visando à integralidade do cuidado, devem ser considerados⁵.

No que diz respeito à avaliação de uma criança frente a uma possível patologia cirúrgica, há também a questão da percepção dos pais de que há algum problema e a busca por ajuda através dos diversos subsistemas de saúde. Nesse sentido, entra em cena o conceito de itinerário terapêutico, definido como as práticas individuais e socioculturais dos caminhos percorridos pelos indivíduos na busca pela solução deste problema. Trata-se, portanto, de um conjunto de múltiplas redes formais e informais de apoio⁸. Os fatores socioculturais sabidamente interferem na percepção sobre a saúde e a doença e na decisão de buscar por atendimento especializado. Dessa forma, são identificados três diferentes subsistemas envolvidos no grande sistema de cuidados: popular – especialistas não profissionais da cura; *folk* (sistema informal) – que inclui a família e a comunidade; e profissional – medicina científica e tradicional. Fazem parte do itinerário terapêutico os processos pelos quais os indivíduos escolhem, avaliam e aderem a determinadas formas de tratamento⁹. Este processo de escolha é complexo e envolve diversos aspectos socioculturais da família e do acesso e estruturação do sistema de saúde. O subsistema formal consiste na medicina científica. O acesso da população a este subsistema depende de muitos fatores, alguns inerentes ao sistema de saúde e outros inerentes ao próprio usuário, entre eles: a qualidade e resolutividade do serviço prestado, especificidade para atendimentos em pediatria, facilidade no acesso e

transporte, assim como nas experiências anteriores da família com o serviço de saúde. Experiências negativas no passado e falta de acolhimento pelos profissionais são fatores que influenciam negativamente na escolha da família de buscar novo atendimento nesta rede. Também não é incomum que usuários não se dirijam à rede básica de atendimento por já terem vivenciado situação em que não receberam o devido cuidado neste ponto de atenção⁸. O reconhecimento deste itinerário terapêutico proporciona uma melhor avaliação da população que está sendo atendida, sua situação cultural e inserção na comunidade, e ainda, a identificação de fatores que possam estar dificultando o acesso desta população ao atendimento pelo sistema formal.

No que se refere à cirurgia pediátrica, os problemas sociais e familiares causados pela longa espera por procedimentos cirúrgicos eletivos são evidentes e tema de grande relevância para a especialidade. Portanto, faz-se premente identificar quem são as crianças encaminhadas para a especialidade da cirurgia pediátrica na região oeste do Paraná e quais os possíveis motivos do atraso do encaminhamento quando esse for detectado. Este estudo teve como objetivo descrever a percepção dos pais acerca da trajetória do paciente cirúrgico pediátrico desde o diagnóstico e a indicação da cirurgia até realização desta e reconhecer os fatores que levaram ao atraso no atendimento desta população.

METODOLOGIA

Para responder ao questionamento desta investigação, optou-se pela realização de um estudo qualitativo. Primeiramente, para se chegar à amostra utilizada nesta pesquisa, realizou-se um levantamento de dados quantitativo, identificando as crianças que passaram por procedimentos cirúrgico no período de setembro de 2018 a março de 2020, na região oeste do Paraná. A coleta de dados foi realizada por meio da análise de prontuários eletrônicos dos pacientes operados e atendidos em três diferentes ambulatórios de cirurgia pediátrica do SUS, na 10^a Regional de Saúde do Estado do Paraná. As variáveis coletadas foram dados epidemiológicos, relativos à patologia cirúrgica, informações sobre o encaminhamento pela atenção primária e avaliação inicial pelo cirurgião, além de informações sobre o procedimento cirúrgico e os achados operatórios. Desse modo, identificou-se a idade em que o procedimento foi realizado, possibilitando reconhecer se houve atraso nos encaminhamentos. Além desta informação, fez-se necessário reconhecer os motivos do possível atraso e para tal foi realizada entrevista com os familiares dessas crianças que foram encaminhadas com atraso.

Realizou-se entrevista direta com os pais ou responsáveis pelos pacientes que foram submetidos a encaminhamento e cirurgia fora da faixa etária esperada para a patologia, o que caracteriza procedimento cirúrgico tardio. Os pacientes enquadrados na amostra foram randomizados pelo uso de um website (www.sorteador.com.br). Para contato com os pacientes, foram realizadas três tentativas de ligação telefônica em três diferentes dias da semana e em diferentes períodos do dia (manhã, tarde e noite). Após as tentativas de telefonemas, aqueles que não atenderam às ligações foram contatados por *WhatsApp* e lhes foi agendado data e horário para realização de ligação telefônica. As entrevistas foram realizadas por ligação telefônica, feitas por um único entrevistador, gravadas no aplicativo de celular (*Call Recorder*) e, posteriormente, transcritas pelo entrevistador para documentos em *Word*. Os pacientes que não possuíam telefone para contato no cadastro foram excluídos da amostra da randomização para comporem os participantes da etapa qualitativa.

A entrevista foi direcionada especificamente aos motivos que levaram a demora no diagnóstico, encaminhamento e realização do procedimento cirúrgico do paciente e o percurso dos pais ou responsáveis até a realização da cirurgia.

Os dados das entrevistas foram compostos por meio de análise de conteúdo na modalidade temática¹⁰, sendo o conjunto de dados obtidos a partir de todas as respostas de responsáveis que retornaram o contato dos pesquisadores. A fim de evidenciar o itinerário percorrido em busca do acesso ao serviço e das possíveis causas do atraso no diagnóstico, foi dado encaminhamento para a realização de procedimento cirúrgico para estes pacientes, sob a ótica dos pais ou responsáveis.

Para a análise qualitativa, após familiarização inicial com os dados e mediante leitura flutuante e impregnação do autor com o conteúdo das falas, possibilitou-se visão de conjunto e apreensão das especificidades do fenômeno em análise. Na sequência dessa fase, deu-se a etapa denominada de pré-análise, a qual permite a utilização do critério de saturação para determinar o tamanho amostral¹¹, visto que nesse momento é possível ir analisando as entrevistas e identificando alguns códigos iniciais que levaram a constructo teórico possível para responder ao questionamento de pesquisa. A codificação inicial foi feita pelo pesquisador principal e pelo pesquisador dois, de forma independente, o que constitui uma das etapas de validação e confiabilidade dos dados¹². Os dois pesquisadores compararam suas codificações gerando uma codificação única de forma sistemática em quadros. Na etapa seguinte, pela observação de padrões repetidos nas entrevistas, os códigos foram agrupados em potenciais temas, alocando-se todos os dados (fragmentos das falas dos entrevistados, representativas dos códigos) pertinentes àquele tema no mesmo quadro.

Após a revisão das informações e a conferência de todas as entrevistas, depois de dupla codificação, chegou-se ao modelo final do mapa da análise, com temas e subtemas refinados, para somente então realizar a confecção do relatório científico da análise qualitativa.

O tamanho da amostra da abordagem qualitativa não é pré-definido, utilizando-se o conceito de saturação teórica para determinar quando encerrar as entrevistas, ou seja, a partir do momento em que a coleta de dados não trará mais esclarecimentos para o objeto estudado, a pesquisa de campo pode ser finalizada¹³. Dessa forma, o número de interlocutores é suficiente para propiciar reincidência e complementaridade das informações obtidas. As pesquisas qualitativas possuem credibilidade quando as descrições são tão fiéis a ponto de que a pessoa que passou por aquela experiência consegue imediatamente reconhecê-la a partir das descrições e interpretações que foram feitas. Além disso, outros pesquisadores ou leitores são capazes de reconhecer a experiência quando confrontados com ela e depois de terem somente lido a respeito em um estudo¹².

O estudo foi submetido à análise de Comitê de Ética e Pesquisa e, somente após sua aprovação pelo parecer 5.023.889 (CAAE:50835621.1.0000.0107), deu-se início a coleta de dados. Para inclusão no estudo, todos os responsáveis concordaram verbalmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa, após esse ter sido lido para os entrevistados pelo pesquisador durante a ligação telefônica.

RESULTADOS

No período analisado, 410 pacientes pediátricos foram operados em caráter eletivo dos quais 121 foram excluídos da amostra, pois os prontuários clínicos não foram encontrados devido à inconsistência dos dados de identificação. Assim, 289 pacientes compuseram a amostra da etapa quantitativa inicial. Após avaliação dos prontuários, constatou-se que 77 (26,6%) pacientes foram encaminhados em atraso e seus familiares poderiam compor o conjunto de participantes da etapa qualitativa. No entanto, desse total, 10 pacientes foram excluídos por não terem telefone no cadastro do prontuário eletrônico. Dessa forma, 67 pacientes estavam aptos a participarem da etapa qualitativa (Figura 1).

Após randomização, primeiramente contataram-se 17 pacientes, porém 10 não atenderam às ligações telefônicas após as inúmeras tentativas e nem retornaram às mensagens enviadas via *WhatsApp*. Os sete demais participaram da entrevista.

Dos sete responsáveis que participaram da entrevista, seis eram mães e um era pai da criança operada, uma das crianças era do sexo feminino e os outros seis, do sexo masculino. Duas crianças eram moradoras da cidade sede da Regional de Saúde e as demais de outros municípios. Cinco eram portadoras de hérnia inguinal e duas portadoras de criptorquidia. A idade média das crianças na avaliação pelo especialista foi de 79,1 meses (variando entre 33 e 125 meses), enquanto a idade média das crianças na data da realização da cirurgia foi de 80,7 meses (variando entre 35 a 125 meses).

Após a codificação dos dados obtidos pelas entrevistas, no que diz respeito à descoberta do problema cirúrgico até a realização da cirurgia, identificou-se que os familiares registraram diferentes percepções em relação ao tempo transcorrido entre o diagnóstico, o encaminhamento, a avaliação pelo especialista e a realização da cirurgia. Nesse contexto, emergiram três categorias temáticas de análise, conforme apresentadas na figura 2.

Dificuldades encontradas

O primeiro ponto que emergiu nas entrevistas foi o ‘tempo de espera para realização dos exames’ complementares necessários, conforme observa-se nas falas a seguir:

“Achei que demorou um pouquinho sim (realização dos exames pré-operatórios), comparado à consulta com a cirurgiã, o exame foi o mais demorado.” (E1)

“Eu me lembro (tempo demorou entre ele pedir o exame e os exames serem feitos) que ele só pediu e marcou como emergência, e daí foi bem rápido.” (E2)

“Então, entre ser pedida (os exames) foi demorado um pouco por causa da questão que era pra esperar. Mas pra ser feita foi rápida porque eu fiz particular né, eu paguei, assim que ela pediu, eu já fiz.” (E7)

Outra questão referida pelos entrevistados refere-se à ‘quantidade de pacientes na fila de espera’ para atendimento:

“Talvez (tempo entre ser encaminhado para o cirurgião e fazer a cirurgia) por motivo de ter bastante paciente né ...” (E6)

“Tinha muita gente, tinha muita gente na fila, daí atrasou um pouco. Mas logo depois passou para uma doutora lá que eu esqueci o nome dela, e daí ela pediu mais urgência por causa da... por causa da hérnia dele que estava muito grande.” (E5)

Alguns aspectos abordados pelos familiares nas entrevistas geram pontos a serem discutidos, como a necessidade de que exames sejam caracterizados como urgentes para que

possam ser realizados com agilidade, bem como a realização de exames complementares em caráter particular para suprir a dificuldade em fazê-los por meio do sistema público, onerando os pacientes que muitas vezes não possuem condições financeiras para fazê-los. As dificuldades mencionadas, portanto, referem-se ao tempo de espera e à demanda por atenção especializada.

Atendimento na atenção primária

A ‘percepção do usuário sobre o atendimento recebido’ por ele na atenção primária demonstrou satisfação, como pode-se observar as falas a seguir:

“Muito bom (atendimento recebido na unidade de saúde), eu só falei assim... doutor eu tenho uma dúvida, eu acho que um lado dele é maior do que o outro, parece que um é crescido. E ele foi bem atencioso, examinou e daí ele falou que era uma hérnia.” (E2)

“Foi, foi bem tranquila (consulta na unidade de saúde). Bem rápido... gostei também na época, porque foi bem direcionado para essa parte de criança, da parte pediátrica mesmo, então foi bem tranquilo e bem rápido também” (E4)

“Receberam (profissionais da ABS) nós muito bem, foi bem atendido.” (E5)

“Ah, na verdade eu não tenho o que reclamar né. Teve um pouco a demora né, mas fazer o que.” (E7)

Emergiu ainda, a percepção do usuário acerca da ‘forma como se organiza o sistema de saúde’.

Eu acho que no meu ponto de vista, pensar assim em questão de SUS... eu acho assim que deveria ser mais estruturado os municípios né... só uma, uma sensação da minha experiência né... tipo assim... na nossa cidade é tudo encaminhado né, para Cascavel, e eu acho que muitas vezes as pessoas vão lá e perdem um tempo muito grande, um dia, por nada... só para ir lá e pegarem o encaminhamento de um doutor... né... talvez essa questão assim do SUS, ela devia ser integralizada... não sei se seria isso... tipo assim, para otimizar mais o tempo das pessoas também, sabe... não muito, não muito centralizado em um centro somente... às vezes tem algumas especialidades que poderiam ser resolvidas nos próprios municípios né. (E4)

Um aspecto positivo encontrado de forma unânime nas entrevistas foi a qualidade do atendimento recebido na atenção básica. Apesar de eventual demora por conta do excesso de pacientes, inúmeros foram os elogios à empatia das equipes.

Da descoberta do problema à realização da cirurgia

As famílias relataram o processo da descoberta do problema, do diagnóstico e dos encaminhamentos e a realização da cirurgia propriamente dita, emergindo como subtema a 'percepção do tempo'.

O (encaminhamento) dela até que não demorou muito, foi mais ou menos rápido, de quando ela fez a primeira consulta, os exames, até ser chamada assim, não demorou demais. Eu não lembro exatamente, mas deve ter demorado um ano, um ano e pouquinho. No caso dela, que não era considerado grave, eu ... eu acho que foi um tempo bom. (E1)

Para nós foi mais rápido do que pensamos. (E3)

Achei um pouquinho a demora né... Ah, é ruim né, porque as vezes vai saber o que pode acontecer. No caso não era uma coisa muito grave, mas, é demorado... na verdade hoje em dia tudo demora né, ainda mais pelo SUS... mas depois que ele foi chamado tudo foi bem. (E7)

...Fazer o que, tinha que esperar, o povo tem que esperar porque já encaminharam e falaram que saía urgente, e daí com 3 meses já pedimos e daí deu tudo certo. ...foi longa sim, por causa que já tinha começado bem antes né, mas os 3 meses só não foi muita espera não, em vista do que está hoje né. (E5)

Ainda a respeito da trajetória dos pacientes e familiares, quando questionados a respeito da suspeição e confirmação do diagnóstico, emergiu o segundo subtema, 'descrevendo a busca do atendimento'.

“ Fui eu que percebi em casa (problema de saúde do filho). ... daí procurei um pediatra e ele me encaminhou para o especialista.” (E1)

“... nós mesmo aqui de casa que percebemos que um lado era maior do que o outro (identificaram a hernia inguinal e levaram após na Unidade de saúde).” (E2)

“Se eles (profissionais de saúde da ABS) não tivessem visto o problema não sei como seria. Desde pequeno ninguém tinha visto o devido problema. E nesta consulta foi onde descobrimos, ficamos satisfeitos com o atendimento.” (E3)

Diversos aspectos foram observados neste contexto. No que diz respeito ao itinerário terapêutico, observou-se que, em sua maioria, os próprios pais ou responsáveis identificaram alterações na criança, as quais motivaram a busca pelo atendimento na atenção básica, e em outras situações as alterações foram percebidas em consultas de rotina. Em relação à percepção do tempo pelas famílias, observa-se que a espera pelo atendimento já é considerada normal e que mesmo uma espera mais longa, quando não se trata de uma emergência, pode

ser considerada aceitável. Em alguns casos, os familiares previam até esperas mais longas com base na experiência de conhecidos que também precisaram destes serviços, no entanto, como não há outra opção, existe uma aceitação do serviço que é oferecido e da forma como é oferecido.

DISCUSSÃO

A suspeição e confirmação de uma patologia nas crianças, ainda mais em se tratando de necessidade de tratamento cirúrgico, consiste em um grande fator estressor para o paciente e todo seu círculo familiar. A incerteza do desfecho e as preocupações com a demora na resolução do quadro tendem a ser fatores agravantes nesse quesito. Além do efeito psicossocial envolvido, há também o efeito econômico, já que o responsável pela criança frequentemente deixa de trabalhar para acompanhá-la em suas consultas, bem como há necessidade de internamentos, exames e intervenções adicionais, o que resulta em custos ao sistema de saúde¹⁴.

De acordo com o modelo dos três atrasos, inicialmente descrito na literatura para avaliação da mortalidade materna, porém globalmente adotado também na área de cirurgia, três diferentes tipos de atrasos podem ser identificados: tipo 1 - atraso na decisão de procurar pelo atendimento; tipo 2 - atraso para chegar ao serviço de saúde e, tipo 3 - atraso na realização dos cuidados de saúde. Aplicando-se este modelo, a contribuição de cada um dos tipos de atraso pode ser avaliada⁴. Em relação à espera para encaminhamento à especialidade, o tipo 1, como indicado no modelo dos três atrasos, refere-se à questão da procura da família pelo atendimento inicial, e já os tipos 2 e 3 envolvem os aspectos relativos ao sistema de saúde de cada país. De acordo com os dados obtidos pela entrevista, somente um familiar referiu não ter notado a alteração no paciente, que foi percebida em consulta de rotina pelo médico da atenção básica. Nos outros casos, assim que houve a suspeita clínica pelos responsáveis, o sistema formal de atendimento já foi buscado pelos familiares entrevistados. Dessa forma, o atraso nestes casos deu-se devido aos fatores relacionados ao sistema de saúde, o que aponta, portanto, para a necessidade de se compreender como este sistema está organizado no Brasil.

Desde sua criação pela Lei 8080/1990, o SUS passou por diversas reestruturações e enfrenta muitos desafios na busca por garantir aos usuários o cumprimento de seus princípios. A partir da constatação, no início dos anos 2000, de que a maioria dos municípios isoladamente não possui condições de garantir a integralidade aos seus cidadãos, recebeu

ênfase o processo de descentralização, definindo o espaço regional como essencial na construção do SUS¹⁵.

Nesse contexto, foi estruturada a APS, que visa a oferecer um cuidado profissional generalista, abrangente – com acesso universal facilitado, acompanhando o paciente ao longo do tempo, filtrando suas necessidades e acionando os serviços especializados prestados por outros serviços do sistema de saúde quando necessário¹⁶. As redes de atenção representam uma estratégia de organização da saúde que visa a promover a integração do cuidado para garantia de sua longitudinalidade. Uma vez instituída, ela se apresenta como um conjunto articulado e interdependente de unidades de saúde com objetivo de proporcionar atenção integral e contínuo, de acordo com a necessidade individual de cada cidadão. Compreender o conceito de integração de cuidados é fundamental na definição das redes de atenção à saúde¹⁵.

A coordenação do cuidado na APS brasileira enfrenta muitas dificuldades, especialmente no que se refere à interação e à continuidade do cuidado entre os diferentes serviços das RAS, como ocorre entre a APS e a atenção especializada, quando o paciente requer encaminhamento. No que diz respeito à regulação do acesso a estes diferentes níveis de atenção, destacam-se as centrais de regulação e os complexos reguladores, espaços privilegiados de observação, com visão abrangente do sistema de saúde para uma melhor organização das redes e dos fluxos assistenciais, disponibilizando o acesso do usuário ao atendimento especializado sempre que necessário. É neste ponto que tange o acesso aos serviços de saúde, em que se encontra a maior dificuldade dos pacientes participantes de nosso estudo. Ainda que o acesso à APS seja facilitado e que diante da suspeita do problema os familiares prontamente tenham conseguido atendimento e encaminhamento nas unidades de saúde, o acesso à atenção especializada e aos exames complementares, especialmente de imagem foi conseguido somente após longa espera. Em alguns casos, ainda foi necessária a realização dos exames no sistema de saúde privado para suprir a demora e a dificuldade em fazê-lo pelo sistema público. Por todas as questões já citadas, esta dificuldade se torna ainda maior nas cidades do interior do país, afastadas dos grandes centros de referência e das capitais.

O recentemente criado projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde (PlanificaSUS) propõe diversas estratégias para a melhoria da gestão do cuidado no SUS no âmbito da atenção especializada e descreve entre elas o conceito de lista de espera, como uma tecnologia da gestão clínica que objetiva racionalizar o acesso a serviços de saúde nos quais há desequilíbrios entre demanda e oferta de serviços¹⁷. Como já discutido, esses desequilíbrios são manifestações de uma

descoordenação na atenção à saúde, que podem ser decorrentes tanto da demanda excessiva de pessoas em fila de espera, quanto da baixa oferta de serviço especializado. De acordo com a literatura, o modelo regulatório vigente do SUS em geral tende a valorizar os problemas e a solução do lado da oferta insuficiente, o que acaba agravando o problema. Em geral não existem critérios objetivos e baseados na clínica para inclusão ou exclusão dos pacientes das filas e a questão requer, para sua solução, ações concomitantes de racionalização nos campos da demanda, da oferta e dos sistemas logísticos e exige, para sua solução, ações de racionalização e comunicação entre APS, atenção especializada, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, e sistemas logísticos. Os longos tempos de espera representam um dos principais problemas dos sistemas de atenção à saúde não só no Brasil, mas também em países de primeiro mundo, como na Europa Ocidental e no Canadá, porque geram insatisfação nas populações e aumentam os custos da atenção. Enquanto as listas de espera mostram os usuários em busca de atenção em um ponto determinado do tempo, o tempo de espera evidencia o diferencial temporal para oferecer o serviço em função da atual e da futura oferta¹⁷.

A superação do problema do tempo de espera exige melhorias do lado da oferta e intervenções na organização da demanda. Do lado da oferta, o incremento da produtividade dos serviços é fundamental. Uma boa política de superação dos tempos de espera inclui a combinação entre medidas dos lados da demanda e da oferta e definição de metas nacionais, em relação a tempos de espera máximos, o que hoje não é bem estabelecido¹⁷. Outro ponto a ser levantado aqui, no que tange à espera para atendimento pelos especialistas, observa-se que há um excesso de demanda contra uma menor oferta de consultas, corroborando situações já descritas na literatura, além da escassez de profissionais em determinadas áreas, como a cirurgia pediátrica. Situação esta que, nesta Regional de saúde, ainda se agrava pelo fato de que é necessário atender às demandas de outras regionais de saúde próximas, visto que estas não possuem especialistas na área.

Na APS os pacientes pediátricos recebem atendimento pelos mais diversos especialistas, desde clínicos gerais, até médicos da família e comunidade, e em alguns casos por pediatras. O conhecimento dos profissionais que prestam assistência a esta população, sobre as patologias cirúrgicas pediátricas e o tempo ideal em que esta criança deve ser avaliada pelo cirurgião e operada, é outro questionamento pertinente aqui. Por serem patologias pouco usuais para este grupo de médicos, o ideal seria que recebessem algum tipo de treinamento para orientação e melhor definição destes pontos, evitando atrasos no encaminhamento ao especialista quando este se fizer necessário.

Este estudo possui limitações como a área de abrangência reduzida, o olhar específico para uma única especialidade, curto tempo de observação, seguimento pós-operatório curto e o fato de ser prospectivo. Porém levanta importantes pontos a serem melhor estudados e avaliados, a fim de que seja possível propor melhorias no itinerário terapêutico dos pacientes, facilitando o encaminhamento deles dentro do tempo preconizado para que sejam operados na faixa etária prevista evitando desta forma complicações futuras em decorrência do atraso no encaminhamento e cirurgia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem qualitativa permitiu identificar o caminho percorrido pelos pacientes até a realização da cirurgia, e vários aspectos relacionados a este itinerário foram elencados. Observou-se que os familiares reconheceram a espera como satisfatória e dentro do esperado por eles, pois, em se tratando de um sistema público de saúde para eles a espera é normal. Apesar de algumas dificuldades iniciais com encaminhamentos e exames de imagem, todos tiveram as cirurgias realizadas e consideraram o atendimento recebido neste percurso como bom e de qualidade.

Infere-se que a escassez de profissionais da especialidade e a falta de coordenação na rede de atenção primária, que dificultam a articulação entre os serviços da rede, podem ser levantados como pontos de dificuldade nesse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

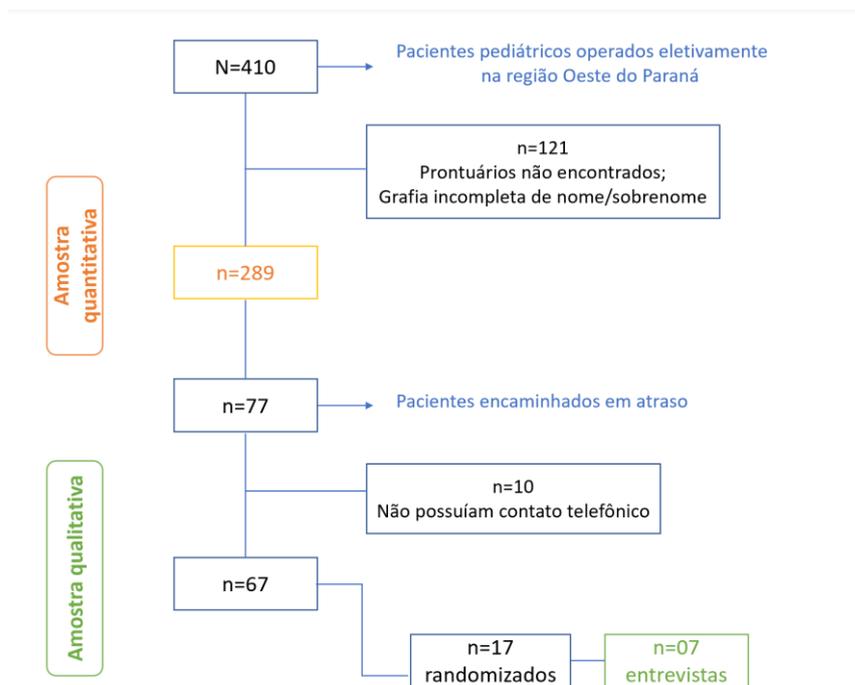
1. De Jesus LE, Aguiar AS, de Campos MSM, Baratella JRS, Ketzer JC, Mastroti RA, Amarante ACM. Formação e demanda do cirurgião pediátrico no Brasil. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2009; 36(4),356-361. doi: 10.1590/S0100-69912009000400016.
2. Toobaie A, Emil S, Ozgediz D, Krishnaswami S, Poenaru D. Pediatric surgical capacity in Africa: Current status and future needs. *J. Ped. Surg.* 2017; 52(5):843-848. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2017.01.033.
3. Petroze RT, Calland JF, Niyonnkuru F, Groen RS, Kyamanywa P, Li Y, Guterbock TM, Rodgers BM, Rasmussen SK. Estimating pediatric surgical need in developing countries: a household survey in Rwanda. *J. Ped. Surg.* 2014; 49(7):1092-1098. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2014.01.059.
4. Pilkington M, Situma M, Winthrop A, Poenaru D. Quantifying delays and self-identified barriers to timely access to pediatric surgery at Mbarara Regional Referral

- Hospital, Uganda. *J. Ped. Surg.* 2018; 53(5):1073-1079. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2018.02.045.
5. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PHB, Guabiraba KPL. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis.* 2021; 31(1):e310109. doi: 10.1590/S0103-73312021310109.
 6. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA L., *et al.* (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012, p.547-576.2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p. 547-576.
 7. Evangelista MJO, Guimarães AMDN, Dourado EMR, do Vale ELB, Lins MZS, de Matos MAB, Silva RBMPM, Schwartz AS. O planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Cienc. Saúde Colet.* 2019; 24(6):2115-2124. doi: 10.1590/1413-81232018246.08882019.
 8. Siqueira SMC, De Jesus VS, De Camargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Cienc. Saúde Colet.* 2016; 24(6):179-189. doi: 10.1590/1413-81232015211.20472014.
 9. Demetrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde Debate.* 2019; 43(7):204-221. doi: 10.1590/0103-11042019S716.
 10. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cienc. Saúde Colet.* 2012; 17(3):621-626. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007.
 11. Taquette SR. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. In: Congresso Ibero Americano de Investigação Qualitativa, 5, 2016, Porto. Porto: CIAIQ, 2016. p. 1111-20.
 12. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Adv. Nurs. Sci.* 1986; 8(3):27-37.
 13. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesq. Qualit.* 2017; 5(7):01-12.
 14. Arulanandam B, Dorais M, Li P, Poenaru D. The burden of waiting: wait times for pediatric surgical procedures in Quebec and compliance with national benchmarks. *Can J Surg.* 2021; 64(1):14-22. doi: 10.1503/cjs.020619.
 15. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013, p.143-182.

16. Tesser CD, Neto PP. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Cienc Saúde Colet. 2017; 2(3): 941-951.
17. PLANIFICASUS: Workshop 4 – Gestão do Cuidado. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 44 p.: il.

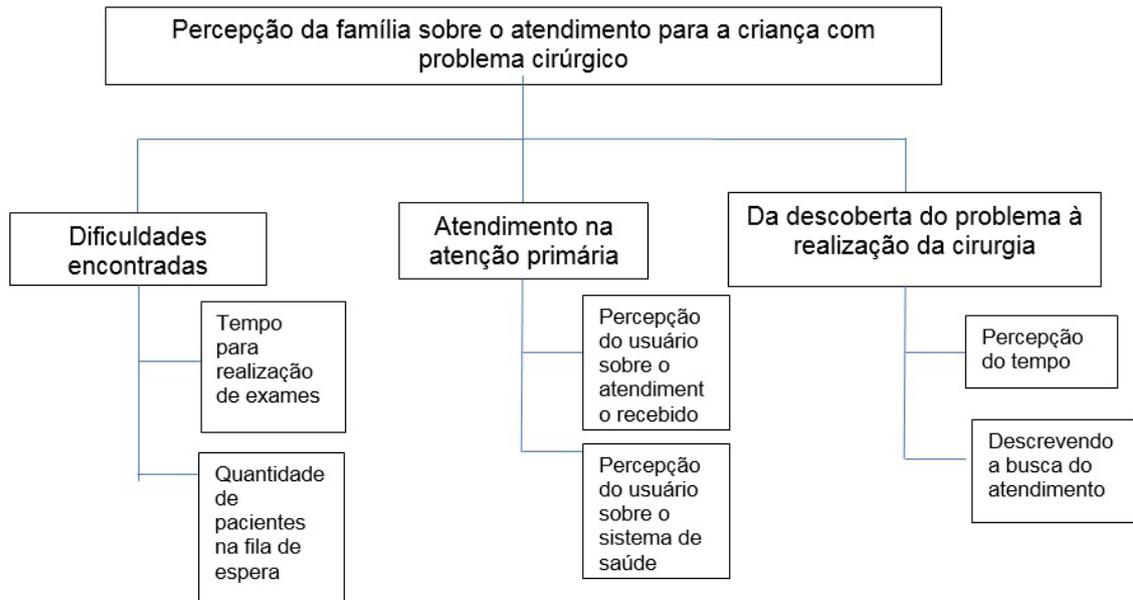
FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das etapas e participantes do estudo. Cascavel, Paraná, 2022.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2023.

Figura 2 – Categorias analíticas da etapa qualitativa. Cascavel, Paraná, 2022.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2023.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização dos pacientes cirúrgicos pediátricos no local de estudo, demonstrou que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino, provenientes de Cascavel e que a patologia mais frequentemente identificada foi a hérnia inguinal. Após caracterização epidemiológica dos participantes do estudo relacionados ao encaminhamento, avaliação pelo especialista e procedimento cirúrgico, conclui-se que 26,6% dos pacientes foram encaminhados em atraso.

Os pacientes em sua maioria foram provenientes da atenção primária e, de acordo com as entrevistas realizadas, o diagnóstico foi feito após a suspeição dos familiares e a busca direta por atendimento na atenção primária, sendo que, após a consulta inicial, os exames complementares necessários e os encaminhamentos foram realizados pela equipe.

Conseguiu-se identificar o caminho percorrido pelos pacientes até a realização da cirurgia, e vários aspectos interessantes relacionados a este itinerário foram elencados. Observou-se que os familiares reconheceram a espera como satisfatória e dentro do esperado por eles, pois, em se tratando de um sistema público de saúde, para eles a espera é normal. Apesar de algumas dificuldades iniciais com encaminhamentos e exames de imagem, todos tiveram as cirurgias realizadas e consideraram o atendimento recebido neste percurso como bom e de qualidade.

Infere-se que a escassez de profissionais da especialidade e a falta de coordenação na rede de atenção primária, que dificultam a articulação entre os serviços da rede, podem ser levantados como pontos de dificuldade nesse processo.

REFERÊNCIAS GERAIS

1. PILKINGTON, M., *et al.* Quantifying delays and self-identified barriers to timely access to pediatric surgery at Mbarara Regional Referral Hospital, Uganda. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 53, n. 5, p. 1073-1079, 2018. Disponível em: [https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(18\)30099-X/fulltext](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(18)30099-X/fulltext). Acesso em: 27 mai. 2021.
2. DE JESUS, LE, *et al.* Formação e demanda do cirurgião pediátrico no Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 4, p. 356-361, 2009.
3. KRISHNASWAMI, S., NWOMEH, B.C., AMEH, E.A. The pediatric surgery workforce in low- and middle-income countries: problems and priorities. **Seminars in Pediatric Surgery**, v.25, n.1, p. 32-42, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1055858615001110>. Acesso em: 27 mai. 2021.
4. TOOBAIE, A., *et al.* Pediatric surgical capacity in Africa: Current status and future needs. **Journal of Pediatric Surgery**, v.52, n. 5, p. 843-848, 2017. Disponível em: [https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(17\)30066-0/fulltext](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(17)30066-0/fulltext). Acesso em: 27 mai.2021
5. PETROZE, R.T., *et al.* Estimating pediatric surgical need in developing countries: a household survey in Rwanda. **Journal of Pediatric Surgery**, v.49, n. 7, p. 1092-1098, 2014. Disponível em: [https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(14\)00211-5/fulltext](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(14)00211-5/fulltext). Acesso em: 27 mai. 2021.
6. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
7. MELO, E.A., *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e310109, 2021.
8. SOLLA, J., CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA L., *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012, p.547-576.2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p. 547-576.
9. ALMEIDA, P.F., *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 400-415, 2011.

10. EVANGELISTA, M.J.O., *et al.* O planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2115-2124, 2019.
11. TESSER, C.D., NETO, P.P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.
12. BRASIL. **Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002**. Criação Da Norma Operacional da Assistência à Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, fev. 2002.
13. ARULANANDAM, B., DORAIS, M., LI P., POENARU, D. The burden of waiting: wait times for pediatric surgical procedures in Quebec and compliance with national benchmarks. **Canadian Journal of Surgery**, v. 64, n. 1. p. 14-22, 2021.
14. BUTLER, M.W. Developing pediatric surgery in low- and middle-income countries: An evaluation of contemporary education and care delivery models. **Seminars in Pediatric Surgery**, v. 25, n. 1, p. 43-50, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1055858615001122>. Acesso em: 27 mai. 2021.
15. OUVENEY, A.M., NORONHA, J.C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Osvaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013, p.143-182.
16. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Paraná [home page de internet] [acesso em 04 junho 2021]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/pdr_compilado_final_correcao_em_08_07_2016_0.pdf.
17. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023 - Curitiba: SESA, 2020. [home page de internet] [acesso em 25 maio 2021]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Plano-Estadual-de-Saude>.
18. ZENS, T., NICHOL, P.F., CARTMILL, R., KOHLER, J.E. Management of asymptomatic pediatric umbilical hernias: a systematic review. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 52, n. 11, p. 1723-1731, 2017. Disponível em: [https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(17\)30431-1/fulltext](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(17)30431-1/fulltext). Acesso em: 27 mai. 2021.
19. BOTES, S.N., EDGE, J., APFFELSTAEDT, J.P., SIDLER, D. Assessment of the delayed repair of uncomplicated inguinal hernias in infants. **Southern African Journal of Surgery**, v. 58, n. 1, p. 18-21, 2020.
20. ESPOSITO, C., *et al.* Current concepts in the management of inguinal hernia and hydrocele in pediatric patients in laparoscopic era. **Seminars in Pediatric Surgery**, v. 25, n. 4, p. 232-240, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1055858616300191>. Acesso em: 27 mai. 2021.

21. BAWAZIR, O.A. Delaying surgery for inguinal hernia in neonates: Is it worthwhile? **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 14, n. 4, p.332-336, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1658361219300745>. Acesso em: 27 mai. 2021.
22. GAWAD, N., DAVIES, D.A., LANGER, J.C. Determinants of wait time for infant inguinal hernia repair in a Canadian children's hospital. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 49, n. 5, p. 766-769, 2014. Disponível em: [https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(14\)00164-X/fulltext](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(14)00164-X/fulltext). Acesso em: 27 mai. 2021.
23. FERRANTELA, A., *et al.* Complications while awaiting elective inguinal hernia repair in infants: Not as common as you thought. **Surgery**, v. 169, n. 6, p. 1480-1485, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039606020308515>. Acesso em: 27 mai. 2021.
24. WEI, Y., *et al.* A 22-year retrospective study: educational update and new referral pattern of age at orchidopexy. **BJU International**, v. 118, n. 6, p.987-993, 2016.
25. JIANG, D.D., *et al.* Factors associated with delay in undescended testis referral. **Journal of Pediatric Urology**, v. 15, n. 4, p.e1-380, 2019. DOI: 10.1111/bju.13588. Disponível em: [https://www.jpurology.com/article/S1477-5131\(19\)30078-6/fulltext](https://www.jpurology.com/article/S1477-5131(19)30078-6/fulltext). Acesso em: 27 mai. 2021.
26. HUTSON, J.M., VIKRAMAN, J., LI, R., THORUP, J. Undescended testis: What paediatricians need to know. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 53, n. 11, p. 1101-1104, 2017.
27. RADMAYR, C., *et al.* Management of undescended testes: European Association of Urology/European Society for Pediatric Urology Guidelines. **Journal of Pediatric Urology**, v. 12, n. 6, p. 335-343, 2016. Disponível em: [https://www.jpurology.com/article/S1477-5131\(16\)30244-3/fulltext/](https://www.jpurology.com/article/S1477-5131(16)30244-3/fulltext/). Acesso em: 27 mai. 2021.
28. SCHNEUER, F.J., *et al.* Association between male genital anomalies and adult male reproductive disorders: a population-based data linkage study spanning more than 40 years. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 2, n. 10, p. 736-743, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352464218302542>. Acesso em: 27 mai. 2021.
29. OMLING, E., *et al.* How boys and testicles wander to surgery: a nationwide cohort study of surgical delay in Sweden. **BMJ Paediatrics Open**, v. 4, n. 1: e000741, 2020. DOI: 10.1136/bmjpo-2020-000741. Disponível em: <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/4/1/e000741>. Acesso em: 27 mai. 2021.

30. SIQUEIRA, S.M.C., DE JESUS, V.S., DE CAMARGO, C.L. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 179-189, 2016.
31. DEMETRIO, F., SANTANA, E.R, PEREIRA-SANTOS, M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde Debate**, v. 43, n. 7, p. 204-221, 2019.
32. MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
33. TAQUETE, S.R. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. **Investigação Qualitativa em Saúde**. Volume 2. 2016.
34. SANDELOWSKI, M. The problem of rigor in qualitative research. **Advances in nursing science**, v. 8, n. 3, p.27-37, 1986.
35. SOUZA, K.L. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.
36. MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v.5, n.7, p. 01-12, 2017.

APÊNDICE

Apêndice A - Questionário para coleta de dados do prontuário eletrônico

Protocolo para avaliação das crianças encaminhadas para a Cirurgia Pediátrica

Unidade de Atendimento

() CISOP () HUOP () HSL

Identificação

Iniciais do nome da criança: _____ Número do prontuário: _____

Telefone de contato: _____ Data de nascimento: _____

Peso ao nascimento: _____ Idade gestacional ao nascimento: _____

Sexo: 1. M 2. F

Intercorrências na gestação: 1 () sim, quais: _____ 2 () não

Estado civil do responsável: 1. Casado () 2. Solteiro () 3. Divorciado () 4. Viúvo
() 5. União estável ()

Escolaridade do responsável: 1. Analfabeto () 2. Ensino Fundamental completo ()

3. Ensino Fundamental Incompleto () 4. Ensino Médio completo () 5. Ensino

Medio Incompleto () 6. Ensino Superior Incompleto ()

7. Ensino Superior Completo () 8. Pós graduação ()

N. habitantes da casa: 1. (2) 2. (3) 3. (4) 4. (5 ou mais)

Renda mensal familiar: 1. Um salário mínimo () 2. Dos salários mínimos ()

3. Três salários mínimos () 4. Quatro salários mínimos () 5. Cinco ou mais

salários mínimos ()

Cidade de origem: _____

Cor: 1. Branco () 2. Preto () 3. Pardo () 4. Amarelo () 5. Índigena ()

Comorbidades: 1. Sim, quais: _____ () 2. não ()

Patologia do estudo: _____

Encaminhamento

Data do encaminhamento: _____ Local: _____

Idade da criança no encaminhamento: _____

Médico do Encaminhamento: 1. () Pediatra 2. () Saúde Da Família 3. ()

Generalista

Diagnóstico do encaminhamento: _____

Afecção diagnosticada pelo: 1. () Médico ao nascimento 2. () Médico da UBS 3.

() Médico do Pronto Socorro 4. () Pais 5. Outro: _____

Idade da criança no diagnóstico da patologia: _____

Solicitado Exame De Imagem: 1. () Sim, Qual: _____

2. () Não

Já apresentou outro encaminhamento anterior pelo mesmo motivo? 1. () Sim 2. ()

Não

Já havia sido avaliado anteriormente por cirurgião pediátrico? 1. () Sim 2. () Não

Já possuía guia de cirurgia anterior? 1. () Sim 2. () Não

Se sim, data: _____

Avaliação do Especialista

Data da avaliação: _____ Idade do paciente na avaliação: _____

Diagnóstico do especialista: _____

Necessitou exame complementar? 1. () Sim, qual: _____ 2. Não ()

Quanto tempo demorou entre realizar o exame complementar e ser reavaliado pelo especialista? _____

Paciente com indicação cirúrgica? 1. () Sim 2. () Não

Idade na consulta pré operatória foi: 1. () Correta 2. () Precoce 3. () Tardia, qual: _____

Se tardia, motivo: 1. () Dificuldade De Marcação Com Especialista 2. () Demora

Na Procura Pelos Pais 3. () Médico da UBS orientou aguardar

4. Outro: _____ 5. () Não Se Aplica

Procedimento cirúrgico

Data da cirurgia: _____ Idade do paciente na cirurgia: _____

Intervalo entre o encaminhamento da at. Básica e a cirurgia: _____

Intervalo entre a avaliação com o especialista e a cirurgia: _____

Hospital onde foi realizada a cirurgia: 1. () HUOP 2. () HSL 3. () Hosp. Dr Aurélio

Demora no agendamento da cirurgia foi superior a 60 dias? 1. () Sim 2. () Não

Motivo do atraso: 1. () Dificuldade em realizar os exames laboratoriais

2. () Dificuldade em realizar a consulta pré-anestésica

3. () Demora na autorização da secretaria de saúde do município

4. () Demora no agendamento da cirurgia após autorização da secretária de saúde

5. Outro: _____

Intercorrências cirúrgicas: _____

Houve algum achado cirúrgico compatível com o atraso na realização do procedimento cirúrgico: 1. () Sim, qual: _____

2. () Não

Pode apresentar implicações futuras para o paciente: 1. () Sim, qual: _____

2. () Não

Complicações pós-operatórias: _____

Tempo de seguimento pós-operatório: _____

Evolução pós-operatória: _____

Já houve identificação de algum dano/prejuízo ao paciente em virtude da demora na cirurgia ? _____

Qual a programação de acompanhamento futura para o paciente? _____

Apêndice B - Entrevista com as mães dos pacientes que foram submetidos à encaminhamento e cirurgia tardiamente

Protocolo para entrevista dos responsáveis pelas crianças encaminhadas tardiamente para a Cirurgia Pediátrica

Iniciais do nome da criança: _____ Número do prontuário: _____

Telefone de contato: _____ Nome do responsável pelas respostas:

_____ Grau de parentesco com o paciente: _____

1) Depois de diagnosticado o problema do seu filho(a), quanto tempo levou para que o posto de saúde (atenção básica) encaminhasse seu filho para avaliação com o especialista?

2) O que você achou desse tempo para que levou para seu filho ser encaminhado? Se você acha que demorou demais, você saberia dizer o porque dessa demora?

3) Depois de feito o encaminhamento, você acredita que houve demora para conseguir agendar a consulta do seu filho (a) com o especialista?

1. () Sim, porque você acha que houve essa demora?

2. () Não

4) Seu filho(a) já tinha recebido algum encaminhamento anterior para avaliação com o especialista? 1. () Sim 2. () Não

5) A avaliação foi feita? 1. () Sim 2. () Não

Qual o resultado da avaliação, o que o médico disse nessa avaliação?

6) Caso tenham sido necessários exames complementares, você acredita que depois de solicitados pelo especialista, houve demora na realização dos exames?

1. () Sim. Porque?

2. () Não

7) Seu filho(a) já tinha recebido algum encaminhamento anterior para realização de cirurgia?

1. () Sim 2. () Não

8) Porque você acha que a cirurgia não foi feita anteriormente?

9) Após a indicação da cirurgia e emissão da guia de procedimento cirúrgico, quanto tempo levou para a cirurgia ser agendada?

10) O que você achou do tempo que levou para ser agendada a cirurgia?

11) Após a cirurgia, quanto tempo levou para ser agendada a consulta pós operatória para seu filho(a)?

12) Como você avalia o tempo que levou para ocorrer esse agendamento?

13) Quais fatores você acredita que pode ter influenciado na demora para o atendimento e realização da cirurgia?

14) Conte para nós como você avalia o atendimento recebido na unidade de atenção básica em relação a esta patologia do seu filho?

15) Como você avalia o atendimento recebido pelo especialista em relação a esta patologia do seu filho?

16) Em relação ao tempo que levou entre o encaminhamento do seu filho para avaliação pelo especialista até a realização da cirurgia, você pode contar para nós como foi essa caminhada em busca desse atendimento e como você e sua família se sentiram em relação a todo esse processo?

Agradecemos sua atenção e participação neste estudo, suas informações serão muito importante para poder ser analisado o acesso a especialidades de cirurgia pediátrica na região Oeste do Paraná

APENDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: Análise e caracterização do perfil das crianças submetidas à cirurgia pediátrica eletiva na região oeste do paraná – recorte temporal

Pesquisadora responsável: Carolina Talini **Fone:** (45) 98808-0344

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa: XXXX

Orientadora: Prof. Dra. Cláudia Silveira Viera

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de caracterizar o perfil dos pacientes pediátricos submetidos à cirurgia eletiva no Oeste do Paraná, bem como verificar se houve atraso no encaminhamento e realização destas cirurgias.

Esperamos, com este estudo, ter subsídios para propor um melhor fluxo de encaminhamento para os pacientes que necessitem tratamento cirúrgico, tendo em vista que o atraso na realização destas cirurgias pode ter impacto negativo no desenvolvimento futuro destes pacientes. Para tanto, você responderá um questionário sobre o atendimento, encaminhamentos e cirurgia de seu filho(a).

Durante a execução do projeto pode ser que você se sinta envergonhado com alguma pergunta ou constrangido. Caso aconteça alguma dessas situações ou outras que te incomodem, você pode interromper as respostas. Para algum questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento.

Sua identidade (seu nome e de seu filho) não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas fins científicos. Você receberá uma cópia deste termo de consentimento para guardar consigo. Você não pagará nada e também não receberá para participar do estudo.

Além disso, você poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você pode contatar os pesquisadores pelos telefones mencionados acima ou diretamente o Comitê de Ética pelo número 3220-3092. Também poderá ter acesso aos resultados da pesquisa ao término da mesma.

Declaro estar ciente do exposto e **desejo participar do projeto** a participar da pesquisa.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável:

Assinatura: _____

Eu, CAROLINA TALINI, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Assinatura: _____

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

Apêndice D – Mapa de Análise da Etapa Qualitativa

Mapa de Análise I

Percepção da mãe/pai para o processo de atendimento do filho em relação à patologia cirúrgica				
Amarelo – itinerário terapêutico Verde – tempo entre ser encaminhada e ser atendida pelo cirurgião Azul – atendimento na UBS Rosa – dificuldades encontradas				
Categorias	Trecho representativo das falas	Sub temas	Aspectos para discussão	
Da descoberta à realização da cirurgia	<p>O (encaminhamento) dela até que não demorou muito, foi mais ou menos rápido, de quando ela fez a primeira consulta, os exames, até ser chamada assim, não demorou demais. Eu não lembro exatamente, mas deve ter demorado um ano, um ano e pouquinho. No caso dela, que não era considerado grave, eu ... eu acho que foi um tempo bom. (E1)</p> <p>Eu achei que foi até bem rápido (tempo entre atendimento e encaminhamento). (E2)</p> <p>Para nós foi mais rápido do que</p>	Percepção do tempo	<p>Esperar pelo atendimento é considerado normal</p> <p>Conhecem outras pessoas que esperaram ainda mais tempo e comparam as situações</p> <p>Apesar da eventual demora, foi mais rápido do que esperavam</p>	

	<p>pensamos ... (E3)</p> <p>Não lembro exatamente...mas foi rápido (tempo que levou para que a atenção básica encaminhasse para avaliação com o cirurgião). (E3)</p> <p>Então para mim foi bem rápido (tempo entre identificar o problema e o encaminhamento para o cirurgião)... a consulta, eu acho que... eu não lembro se chegou a dar 30 dias. (E4)</p> <p>...ele tinha esse problema de hérnia, daí nos encaminhamos lá em Santa Tereza né, e demorou um pouco, mas depois que passou pela mão da... eu esqueci o nome da doutora.... daí ela pediu com mais urgência e daí correu tudo bem, aí foi mais rápido. (E5)</p> <p>demorou uns 3 meses mais ou menos (entre a consulta na UBS e o atendimento pelo cirurgião). (o que achou em relação ao tempo de espera) Fazer o que, tinha que esperar, o povo tem que esperar porque já encaminharam e falaram que saía urgente, e daí com 3</p>		<p>Se não for considerado caso grave a espera mesmo que mais longa pode ser aceitável</p> <p>Espera mais longa tem risco de complicações, especialmente para determinadas patologias</p> <p>Aceitação com o serviço que é oferecido e da forma como é oferecido, já que não tem outra opção</p> <p>Dificuldades e falhas no atributo da coordenação</p>	
--	--	--	---	--

	<p>meses já pedimos e daí deu tudo certo. ...foi longa sim, por causa que já tinha começado bem antes né, mas os 3 meses só não foi muita espera não, em vista do que está hoje né. (E5)</p> <p>Foi mais ou menos um ano, entre ser encaminhado para a cirurgia demorou um pouco. (E6)</p> <p>mas não foi bem rápido não. Achei um pouquinho a demora né... Ah, é ruim né, porque as vezes vai saber o que pode acontecer. No caso não era uma coisa muito grave, mas, é demorado... na verdade hoje em dia tudo demora né, ainda mais pelo SUS... mas depois que ele foi chamado tudo foi bem. (E7)</p>			
	<p>fui eu que percebi em casa (problema de saúde do filho). ... daí procurei um pediatra e ele me encaminhou para o especialista. (E1)</p> <p>... nós mesmo aqui de casa que percebemos que um lado era maior do que o outro (identificaram a</p>	<p>Descrevendo a busca do atendimento</p>	<p>Alteração identificada pela própria família motivou a busca pelo atendimento</p> <p>Alteração percebida</p>	

	<p>hernia inguinal e levaram após na Unidade de saúde). (E2)</p> <p>Se eles (profissionais de saúde da ABS) não tivessem visto o problema não sei como seria. Desde pequeno ninguém tinha visto o devido problema. E nesta consulta foi onde descobrimos, ficamos satisfeitos com o atendimento. (E3)</p> <p>eu fiz as consultas tudo no particular, eu diagnostiquei qual que era o problema dele e fiz o raio X, e tudo antes... e daí na verdade eu busquei o encaminhamento pelo SUS na cidade de Quedas porque foi bem nesse período que eu retornei a morar aqui na cidade né. Eu busquei somente para a execução da cirurgia, mas eu já estava com os documentos em mãos. (E4)</p> <p>... é que na verdade assim... eu acabei indo buscar resolver o problema dele porque a parte do testículo dele travou um dia... eu lembro que ficou aquilo, e ele ficou 1 hora em estado de choro e daí já, na segunda, quando eu cheguei em</p>		<p>pelo profissional durante consulta de rotina da criança</p>	
--	--	--	--	--

	<p>Guarapuava eu já procurei o pediatra, que eu já fazia o acompanhamento com ele. Só que daí na época eu tinha a unimed, então era, era particular... aí ele não era pelo SUS lá. Por isso que daí eu acho que já pedi a documentação... ele avaliou né e já pediu o... a ecografia, para a gente ver né, se era o problema da hérnia mesmo. (E4)</p> <p>... nós já percebeu em casa já (a hernia do filho e a seguir procuraram atendimento). (E5)</p> <p>...na verdade já foi percebido isso (o problema de saúde do filho) mais ou menos desde ele bem mais novinho, no caso, e daí foi esperando pra ver se... a médica tinha comentado que podia ser que não seria nada né. Daí, foi demorado o processo até ver se era necessário mesmo a cirurgia ou não. (E7)</p> <p>(em relação aos exames solicitados) Ele fez ecografia. Na verdade foi feita e foi por essa ecografia que mostrou e que ele foi encaminhado</p>			
--	--	--	--	--

	para o cirurgião (E7)			
Dificuldades encontradas	<p>Achei que demorou um pouquinho sim (realização dos exames pré-operatórios), comparado à consulta com a cirurgiã, o exame foi o mais demorado. (E1)</p> <p>Eu me lembro (tempo demorou entre ele pedir o exame e os exames serem feitos) que ele só pediu e marcou como emergência, e daí foi bem rápido. (E2)</p> <p>Então, entre ser pedida foi demorado um pouco por causa da questão que era pra esperar. Mas pra ser feita foi rápida porque eu fiz particular né, eu paguei, assim que ela pediu eu já fiz (E7)</p>	Tempo para realização dos exames	<p>Necessidade de ser caracterizado como urgência para ser feito com agilidade</p> <p>Realização de exames complementares no particular para suprir a dificuldade em fazer os mesmos pelo sistema público</p>	
	<p>Talvez por motivo de bastante paciente né ... (E6)</p> <p>Tinha muita gente, tinha muita gente na fila, daí atrasou um pouco. Mas logo depois passou pra uma doutora lá que eu esqueci o nome dela, e daí ela pediu mais urgência por causa da... por causa da hérnia dele</p>	Quantidade de pacientes na fila de espera	<p>Falha de coordenação</p> <p>Demanda excessiva versus oferta de consultas</p> <p>Encaminhamentos desnecessários</p>	

	que estava muito grande. (E5)		<p>podem estar sobrecarregando os profissionais e atrasando outras consultas</p> <p>Escassez de profissionais da especialidade trabalhando pelo sistema público na regional</p> <p>Necessidade de atender a demanda de outras regionais de saúde próximas que não possuem especialistas na área</p>	
--	-------------------------------	--	---	--

<p>Atendimento na atenção primária</p>	<p>Foi bom (atendimento que recebeu na unidade de saúde). Eles foram bem atenciosos, encaminharam para exame e tal, assim, eu não tenho o que reclamar deles. (E1)</p> <p>Muito bom (atendimento recebido na unidade de saúde), o doutor, eu só falei assim... doutor eu tenho uma dúvida, por causa que eu acho que um lado dele é maior do que o outro, parece que um é meio crescido. E ele foi bem atencioso, examinou e daí ele falou que era uma hérnia. (E2)</p> <p>...atendimento ótimo. (E3)</p> <p>Foi, foi bem tranquila (consulta na unidade de saúde). Bem rápido... bem... gostei também na época, porque foi bem direcionado assim, para essa parte de criança mesmo, da parte pediátrica mesmo, então foi bem tranquilo e bem rápido também(E4)</p> <p>Receberam (profissionais da ABS) nós muito bem, foi bem atendido. (E5)</p>	<p>Percepção do usuário sobre o atendimento recebido na atenção primária</p>	<p>Apesar da eventual demora, atendimento prestado foi descrito como sendo de qualidade</p> <p>Empatia dos profissionais com os pacientes, equipe atenciosa</p>	
--	---	--	---	--

	Ah, na verdade eu não tenho o que reclamar né. Teve um pouco a demora né, mas fazer o que (E7)			
--	--	--	--	--

	<p>... eu acho que no meu ponto de vista, pensar assim em questão de SUS... eu acho assim que deveria ser mais estruturado os municípios né... só uma, uma sensação da minha experiência né... tipo assim... na nossa cidade é tudo encaminhado né, para Cascavel, e eu acho que muitas vezes as pessoas vão lá e perdem um tempo muito grande, um dia, por nada... só para ir lá e pegarem o encaminhamento de um doutor... né... talvez essa questão assim do SUS, ela devia ser integralizada... não sei se seria isso... tipo assim, para otimizar mais o tempo das pessoas também, sabe... não muito, não muito centralizado em um centro somente... às vezes tem algumas especialidades que poderiam ser resolvidas nos próprios municípios né.</p>	<p>Percepção do usuário sobre o sistema de saúde</p>	<p>Falha na coordenação do serviço, Ter que ir para outros municípios para questões burocráticas e papéis que poderiam ser entregues aos pacientes de outra forma</p>	
--	---	--	---	--

Mapa de Análise II

Categoria central	Tempo de espera
Fatores que levaram ao atraso no atendimento e realização das cirurgias eletivas	<p>O (encaminhamento) dela até que não demorou muito, foi mais ou menos rápido, de quando ela fez a primeira consulta, os exames, até ser chamada assim, não demorou demais. Eu não lembro exatamente, mas deve ter demorado um ano, um ano e pouquinho. No caso dela, que não era considerado grave, eu ... Eu acho que foi um tempo bom. (E1)</p>
	<p>Eu achei que foi até bem rápido (tempo entre atendimento e encaminhamento). (E2)</p>
	<p>Para nós foi mais rápido do que pensamos ... (E3) Não lembro exatamente...mas foi rápido (tempo que levou para que a atenção básica encaminhasse para avaliação com o cirurgião). (E3)</p>
	<p>Então para mim foi bem rápido (tempo entre identificar o</p>

	<p>problema e o encaminhamento para o cirurgião). (E4)</p> <p>Olha, a consulta, eu acho que... eu não lembro se chegou a dar 30 dias. (E4)</p> <p>demorou uns 3 meses mais ou menos (entre a consulta na UBS e o atendimento pelo cirurgião). (o que achou em relação ao tempo de espera) Fazer o que, tinha que esperar, o povo tem que esperar porque já encaminharam e falaram que saía urgente, e daí com 3 meses já pedimos e daí deu tudo certo, ...foi longa sim, por causa que já tinha começado bem antes né, mas os 3 meses só não foi muita espera não, em vista do que está hoje né. (E5)</p> <p>Foi mais ou menos um ano, entre ser encaminhado para a cirurgia demorou um pouco. (E6)</p> <p>Então, como faz muitos anos, eu não me recordo bem direito não, mas não foi bem rápido não. Achei um pouquinho a demora né... Ah, é ruim né, porque as vezes vai saber o que pode acontecer. No caso não era uma</p>
--	---

	coisa muito grave, mas, é demorado... na verdade hoje em dia tudo demora né, ainda mais pelo SUS... mas depois que ele foi chamado tudo foi bem. (E7)
--	---

Categoria central	Bom atendimento, Equipe atenciosa	Fora a demora não tem o que reclamar
Atendimento na UBS	Receberam (profissionais da ABS) nós muito bem, foi bem atendido. (E5)	Ah, na verdade eu não tenho o que reclamar né. Teve um pouco a demora né, mas fazer o que (E7)
	<p>Foi, foi bem tranquila (consulta na unidade de saúde). Bem rápido... bem... gostei também na época, porque foi bem direcionado assim, para essa parte de criança mesmo, da parte pediátrica mesmo, então foi bem tranquilo e bem rápido também (E4)</p> <p>...atendimento ótimo. (E3)</p> <p>Muito bom (atendimento recebido na unidade de saúde), o doutor, eu só falei assim... doutor eu tenho uma dúvida, por causa que eu acho que um lado dele é maior do que o outro, parece que um é</p>	

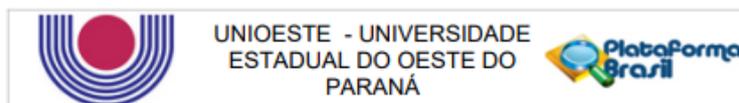
	<p>meio crescido. E ele foi bem atencioso, examinou e daí ele falou que era uma hérnia. (E2)</p> <p>Foi bom (atendimento que recebeu na unidade de saúde). Eles foram bem atenciosos, encaminharam para exame e tal, assim, eu não tenho o que reclamar deles. (E1)</p>	
--	---	--

Categoria central	Demora na realização dos exames solicitados	Muitos pacientes na fila	Ir para outro município pegar encaminhamento
Dificuldades encontradas	<p>Achei que demorou um pouquinho sim (realização dos exames pré-operatórios), comparado à consulta com a cirurgia, o exame foi o mais demorado. (E1)</p>	<p>Tinha muita gente, tinha muita gente na fila, daí atrasou um pouco. Mas logo depois passou pra uma doutora lá que eu esqueci o nome dela, e daí ela pediu mais urgência por causa da... por causa da hérnia dele que estava muito grande. (E5)</p>	<p>... eu acho que no meu ponto de vista, pensar assim em questão de SUS... eu acho assim que deveria ser mais estruturado os municípios né... só uma, uma sensação da minha experiência né... tipo assim... na nossa cidade é tudo encaminhado né, para Cascavel, e eu acho que muitas vezes as pessoas vão lá e perdem um tempo muito grande, um dia, por nada... só para ir lá e pegarem o encaminhamento de um</p>

			doutor... né... talvez essa questão assim do SUS, ela devia ser integralizada... não sei se seria isso... tipo assim, para otimizar mais o tempo das pessoas também, sabe... não muito, não muito centralizado em um centro somente... às vezes tem algumas especialidades que poderiam ser resolvidas nos próprios municípios né. (E4)
	Eu me lembro (tempo demorou entre ele pedir o exame e os exames serem feitos) que ele só pediu e marcou como emergência, e daí foi bem rápido. (E2)	Talvez por motivo de bastante paciente né ... (E6)	
	Mas pra ser feita foi rápida porque eu fiz particular né, eu paguei, assim que ela pediu eu já fiz (E7)		

ANEXO

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIOESTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE E CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS CRIANÇAS SUBMETIDAS À CIRURGIA PEDIÁTRICA ELETIVA NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ & RECORTE TEMPORAL

Pesquisador: Carolina Talini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50835621.1.0000.0107

Instituição Proponente: hospital universitario do oeste do parana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.023.889

Apresentação do Projeto:

Saneamento de pendências da pesquisa:

Título da Pesquisa: ANÁLISE E CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS CRIANÇAS SUBMETIDAS À CIRURGIA PEDIÁTRICA ELETIVA NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ & RECORTE TEMPORAL

Pesquisador Responsável: Carolina Talini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50835621.1.0000.0107

Submetido em: 06/10/2021

Instituição Proponente: hospital universitário do oeste do Paraná

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Objetivo da Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada

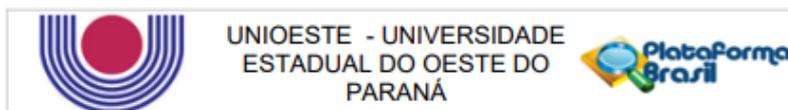
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide descrição anteriormente apresentada

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069
Bairro: UNIVERSITARIO
UF: PR **Município:** CASCAVEL
CEP: 85.819-110
Telefone: (45)3220-3092 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.023.889

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide descrição anteriormente apresentada

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências saneadas

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1808753.pdf	06/10/2021 18:52:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmestradoatualizado.docx	06/10/2021 18:52:25	Carolina Talini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoπλαταforma.doc	16/08/2021 10:48:24	Carolina Talini	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostomestrado.pdf	13/08/2021 17:35:21	Carolina Talini	Aceito
Outros	autorizacaohuop.pdf	13/08/2021 11:39:31	Carolina Talini	Aceito
Outros	autorizacaocisop.pdf	13/08/2021 11:39:16	Carolina Talini	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaohuop2.pdf	13/08/2021 11:36:54	Carolina Talini	Aceito
Outros	coletanaoiniciada.pdf	13/08/2021 11:33:17	Carolina Talini	Aceito
Declaração de concordância	autorizacaohsl.pdf	13/08/2021 11:32:19	Carolina Talini	Aceito
Outros	compromissodados.pdf	13/08/2021 11:32:09	Carolina Talini	Aceito

Situação do Parecer:

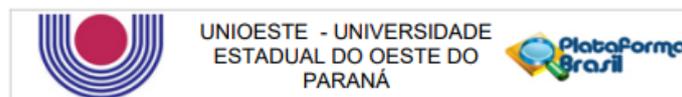
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069	CEP: 85.819-110
Bairro: UNIVERSITARIO	
UF: PR Município: CASCAVEL	
Telefone: (45)3220-3092	E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 5.023.889

CASCAVEL, 06 de Outubro de 2021

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES (ARTIGO 1)

Instruções aos Autores

Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões – RCBC

1. Escopo e Política Editorial

A Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (RCBC) é um periódico de acesso aberto revisado por pares, oficial do Colégio Brasileiro de Cirurgiões que publica, ininterruptamente, desde 1974. A partir de janeiro de 2018, a RCBC adotou modelo de publicação contínua e, em janeiro de 2020, a publicação contínua passou a ser em volume único anual que permite maior visibilidade e citação mais rápida.

A RCBC segue e apoia as diretrizes e recomendações do *International Committee of Medical Editors* (ICMJE), *Committee on Publication Ethics* (COPE), da *Council of Science Editors* (CSE) e do *World Association of Medical Editors* (WAME).

A RCBC tem como missão apoiar a ciência aberta que consiste no conhecimento transparente e acessível que é compartilhado e desenvolvido por meio de redes de trabalhos colaborativos. A RCBC visa disseminar pesquisas de alta qualidade referentes à inovação em todas as especialidades cirúrgicas, bem como seu impacto nas práticas clínicas e educacionais que permitam o avanço do conhecimento científico e técnico.

Aceita manuscritos nos idiomas inglês (para submissão de pesquisadores internacionais) e português (para submissão de pesquisadores brasileiros), e incentiva a submissão de trabalhos que tragam novos conceitos no campo da cirurgia clínica e experimental, bem como nos aspectos educacionais e históricos. Após a revisão e aceitação do manuscrito, todos os artigos serão publicados também em inglês.

A revista aceita, prioritariamente, manuscritos nas seguintes áreas amplas de pesquisa:

- Cirurgia de cabeça e pescoço
- Cirurgia de urgência e do trauma
- Cirurgia do aparelho digestivo
- Cirurgia experimental
- Cirurgia geral
- Cirurgia minimamente invasiva
- Cirurgia oncológica
- Cirurgia pediátrica
- Cirurgia torácica
- Cirurgia vascular
- Coloproctologia
- Educação Médica (Ensino)
- Endoscopia digestiva
- Gestão da assistência (qualidade, segurança e rede de saúde)
- Transplantes

As demais especialidades cirúrgicas que não estão listadas acima podem enviar artigos de interesse dentro dos assuntos gerais (urgência, trauma, oncologia, educação médica e gestão).

Os conteúdos publicados estão sob a licença da Creative Commons (CC-BY) Atribuição 4.0 Internacional (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>). A licença de atribuição CC-BY Creative Commons permite que qualquer pessoa use a publicação livremente, dada a atribuição apropriada ao(s) autor(es) e citando o trabalho publicado na RCBC. A licença de atribuição CC-BY Creative Commons não se aplica a materiais de terceiros que exibem um aviso de direitos autorais para proibir a cópia. A menos que o conteúdo de terceiros também esteja sujeito a uma licença de atribuição CC-BY Creative Commons, ou uma licença igualmente permissiva, o(s) autor(es) deve(m) cumprir quaisquer avisos de direitos autorais de terceiros.

Os autores conservam consigo os direitos autorais irrestritos e todos os direitos de publicação.

A revista publica as seguintes categorias de artigos: artigo original, revisão (integrativa, de escopo e sistemática), Protocolos de estudos, editorial, carta ao editor, comunicação científica, nota técnica, ensino e bioética cirúrgica.

2. Preprints – somente de artigos originais

A RCBC incentiva o acesso aberto e o compartilhamento da informação com o objetivo de gerar conhecimento entre os pesquisadores que precisam para apoiar seu trabalho. Diante disso, a RCBC aceita manuscritos que foram auto arquivados em repositórios de pré-impressão, tais como: arXiv, MedXiv, Peer J, OSF entre outros desde que o repositório não faça restrições aos direitos autorais e nos direitos de reutilização do autor.

O *preprint* consiste em uma versão completa de um trabalho científico que ainda não foi revisado por pares. Os *preprints* operam independentemente do periódico e a publicação de um *preprint* não afeta o processo de revisão por pares.

A RCBC solicita o preenchimento do **Formulário único de declarações dos autores** (que também, inclui a definição se é um preprint e a Conformidade com a Ciência Aberta) que deve ser submetido como arquivo suplementar ao manuscrito e que ficará acessível aos revisores.

A RCBC solicita que o *preprint* seja listado na seção de Agradecimentos e a citação completa incluída na lista de referências.

3. Depósito e Compartilhamento de Dados

A RCBC endossa a Declaração Conjunta FORCE11 de Princípio de Citação de Dados é considera de fundamental importância que os dados gerados na pesquisa devem ser considerados produtos de pesquisa legítimos e citáveis. As citações de dados devem ter a mesma importância no registro acadêmico. Diante disso, a RCBC incentiva fortemente que os autores compartilhem seus dados de pesquisa, incluindo, mas não limitado a: dados brutos, dados processados, software, algoritmos, protocolos, métodos, materiais, questionários, fitas de áudio ou vídeo sejam depositados em repositórios públicos apropriados (quando disponíveis e apropriados, consulte: <https://www.re3data.org/>, [SCIELO Data](#)).

A RCBC solicita o preenchimento do **Formulário único de declarações dos autores** (que inclui a declaração de Conformidade com a Ciência Aberta). Para os autores de manuscrito que estão compartilhando seus dados, a RCBC encoraja a citar no manuscrito após a seção Referência item Disponibilidade e Compartilhamento dos Dados, seguindo os exemplos abaixo:

Disponibilidade e Compartilhamento de dados	Modelo para declaração de disponibilidade de dados
Dados disponíveis abertamente em um repositório público que emite o identificador DOI	Os dados que suportam os achados deste estudo estão disponíveis abertamente em [nome do repositório, por exemplo, "figshare"] em http://doi.org/[doi] , número de referência [número de referência].
Dados disponíveis mediante solicitação devido a restrições de privacidade/éticas	Os dados que suportam os achados deste estudo estão disponíveis mediante solicitação ao autor correspondente. Os dados não estão disponíveis publicamente devido a restrições de privacidade ou éticas.
Dados disponíveis a pedido dos autores	Os dados que suportam os achados deste estudo estão disponíveis com o autor correspondente mediante solicitação.

4. Considerações Éticas e Integridade em Pesquisa

A RCBC considera a integridade ética a pedra fundamental da pesquisa científica e da assistência a seres humanos, por isso apoia as recomendações para a condução, por isso recomenda e apoia às diretrizes do *Committee on Publication Ethics* (COPE), da *Council of Science Editors* (CSE) e do *World Association of Medical Editors* (WAME) em relação aos padrões éticos de publicação.

O material submetido à RCBC deve seguir as seguintes políticas para garantir a publicação ética de trabalhos acadêmicos:

- **Conteúdo original e publicação duplicada:** A RCBC publica apenas conteúdo original. Os autores confirmam a submissão do conteúdo original nos Termos e Condições no ato da submissão. Os manuscritos submetidos à revista não devem ter sido publicados anteriormente em outra revista ou estar sob consideração para publicação em outro lugar, no todo ou em parte. Se um artigo foi submetido anteriormente para publicação em outro lugar, a RCBC só considerará a publicação se o artigo tiver sido definitivamente rejeitado pelo(s) outro(s) editor(es) no momento da submissão a RCBC.

- **Fabricação e falsificação:** a RCBC se opõe as práticas de fabricação de dados ou imagens (ou seja, dados falsos ou inventados) quanto à falsificação de dados ou imagens (ou seja, a deturpação intencional ou manipulação enganosa de dados).
- **Plágio:** O plágio ocorre quando um autor tenta apresentar um trabalho publicado anteriormente como conteúdo original. A RCBC utiliza o software Turnitin, que permite detectar similaridades nos manuscritos submetidos.

Plágio, fabricação de imagens e dados, publicação duplicata entre outras condições são considerada má-conduta em pesquisa (leia mais em: Código de boas práticas científicas da FAPESP).

Má conduta em pesquisa não inclui erros honestos ou diferenças de opinião.

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es). Nos casos que a má conduta for identificada, o corpo editorial da RCBC tomará as devidas providências de acordos com as recomendações internacionais (COPE) e publicará uma retratação.

a. Pesquisa com Seres Humanos e Experimentais

Todos os estudos envolvendo seres humanos ou tecido humano devem estar em consonância com a Declaração de Helsinki (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>) e devem ter sido aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição local. Assim, na seção Métodos, os autores devem identificar a aprovação (número CAAE e número de parecer para o Brasil) e o comitê de ética da instituição que revisou o estudo.

Nos trabalhos experimentais envolvendo animais devem seguir as normas estabelecidas no *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals* (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos), de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA, disponível em: www.cobea.org.br), de 1991. Estas informações devem constar no método de acordo com a recomendação do ARRIVE - <https://www.nc3rs.org.uk/arrive-guidelines>.

Para todos os experimentos com animais e humanos, o sexo do animal usado deve ser indicado. Se foram utilizados machos e fêmeas, deve-se indicar o número de cada sexo, devendo ser indicado se o sexo do animal foi considerado um fator na análise estatística dos dados. Se apenas um sexo foi usado, a justificativa para usar apenas um sexo deve ser indicada. Para experimentos de cultura de células, o sexo do qual as culturas de células primárias ou teciduais foram obtidos deve ser indicado. Os autores também são encorajados a incluir o sexo das linhas celulares. Se células ou tecidos de ambos os sexos foram usados independentemente do sexo, isso deve ser indicado.

b. Registro de Ensaios Clínicos

A RCBC apoia iniciativas que permitam melhorar a comunicação de ensaios clínicos. Isso inclui as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Dessa forma, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos – REBEC – <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/> ou <http://apps.who.int/trialsearch/default.aspx>).

O número de registro do ensaio (TRN) e a data de registro devem ser incluídos na última linha do resumo do manuscrito.

c. Conflito de Interesse

Autores devem descrever quaisquer conflitos de interesse que possam existir com relação à pesquisa ou à publicação do artigo. A não declaração de quaisquer conflitos de interesse caracteriza uma forma de má conduta. Conflitos de interesse podem ser de natureza financeira ou não financeira. Todos os autores deverão preencher o **Formulário único de declarações dos autores**, que inclui a declaração de potenciais conflitos de interesse. Este documento contempla uma seção para declaração de conflitos de interesse baseada nas recomendações do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* - <http://www.icmje.org/>. O formulário preenchido deverá ser submetido juntamente com o manuscrito como Arquivo Suplementar.

d. Responsabilidade do(s) Autor(es)

A RCBC segue as diretrizes do *Contributor Roles Taxonomy (CRediT) author statement* <https://www.elsevier.com/authors/policies-and-guidelines/credit-author-statement>, que estabelece que, para se qualificar a autoria de um manuscrito. CRediT oferece aos autores a oportunidade de compartilhar uma descrição precisa e detalhada de suas diversas contribuições para o trabalho publicado.

- O autor correspondente é responsável por garantir que as descrições sejam precisas e acordadas por todos os autores.
- A(s) função(ões) de todos os autores deve(m) ser listada(s), usando as categorias relevantes acima.
- Os autores podem ter contribuído em várias funções.
- O CRediT não altera de forma alguma os critérios da revista para se qualificar para autoria.

As declarações do CRediT devem ser fornecidas durante o processo de submissão da plataforma digital, conforme mostrado abaixo:

Termo	Definição
Conceituação	ideia, formulação ou evolução de metas e objetivos de pesquisa abrangentes
Metodologia	Desenvolvimento ou desenho de metodologia; criação de modelos
Software	Programação e desenvolvimento de software; concepção de programas de computador; implementação do código de computador e algoritmos de suporte; teste de componentes de código existentes
Validação	Verificação, seja como parte da atividade ou separadamente, da replicação/reprodutibilidade geral dos resultados/experimentos e outros resultados da pesquisa
Análise formal	Aplicação de técnicas estatísticas, matemáticas, computacionais ou outras técnicas formais para analisar ou sintetizar dados de estudo
Investigação	Conduzindo um processo de pesquisa e investigação, especificamente realizando os experimentos ou coleta de dados/evidências
Recursos	Fornecimento de materiais de estudo, reagentes, materiais, pacientes, amostras de laboratório, animais, instrumentação, recursos de computação ou outras ferramentas de análise
Curadoria dos dados	Atividades de gerenciamento de dados para anotar (produzir metadados), limpar dados e manter dados de pesquisa (incluindo código de software, onde for necessário para interpretar os dados em si) para uso inicial e posterior reutilização
Redação	- Preparação do Anteprojeto Original, criação e/ou apresentação do trabalho publicado, especificamente redação do projeto inicial (incluindo tradução substantiva)
Redação	Revisão, Edição e Preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado por parte do grupo de pesquisa original, especificamente revisão crítica, comentário ou revisão – incluindo etapas de pré ou pós-publicação
Visualização	Preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado, especificamente visualização/apresentação de dados
Supervisão	SuSupervisão e responsabilidade de liderança para o planejamento e execução da atividade de pesquisa, incluindo orientação externa à equipe principal
Administração do projeto	Responsável pela gestão e coordenação do planejamento e execução da atividade de pesquisa
Aquisição de financiamento	Aquisição do apoio financeiro para o projeto que deu origem a esta publicação

Reproduzido de Brand et al. (2015)

Aqueles que contribuíram para o trabalho, mas não se qualificam para autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Qualquer alteração na lista de autores deve ser aprovada por todos os autores, incluindo aqueles que foram removidos da lista. O autor correspondente deve atuar como ponto de contato entre o editor e os demais autores e deve manter os coautores informados e envolvê-los nas principais decisões sobre a publicação.

Reservamo-nos o direito de solicitar a confirmação de que todos os autores atendem às condições de autoria.

No Formulário único de declaração dos autores está incluída a declaração de responsabilidade dos autores.

e. Política de Revisão por pares

A revisão por pares é o sistema usado para avaliar a qualidade de um manuscrito antes de ser publicado. Pesquisadores independentes na área de pesquisa relevante avaliam os manuscritos submetidos quanto à originalidade, validade e significância para ajudar os editores a determinar se o manuscrito deve ser publicado em seu periódico.

A RCBC adota o processo de dupla revisão anônima por pares, o que significa que as identidades dos autores são ocultadas dos revisores e vice-versa.

5. Categoria de Manuscritos

A RCBC encoraja fortemente que os autores os manuscritos atendem aos padrões de qualidade estabelecidos pelas diretrizes para produção de pesquisa em saúde – *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research Network (EQUATOR)* (<https://www.equator-network.org/>). O EQUATOR é um diretório que fornece diretrizes com o objetivo de melhorar a confiabilidade da literatura de pesquisa em saúde publicada, promovendo relatórios transparentes e precisos.

A RCBC exige que cada manuscrito inclua o arquivo com checklist EQUATOR devidamente preenchido (identificar a página do manuscrito onde cada item pode ser localizado), de acordo com o desenho de estudo como Arquivo Suplementar.

Manuscritos que não atenderem a esta exigência serão devolvidos.

- **Artigos originais:** relato completo de investigação clínica observacional ou experimental independentemente de apresentar resultados positivos ou negativos e, que utilizem métodos adequados e confiáveis. Os artigos originais devem 3.500 a 5.000 palavras e 50 referências.
 - Os estudos randomizados devem seguir as diretrizes CONSORT (<http://www.consort-statement.org>). Esta declaração fornece uma abordagem baseada em evidências para melhorar a qualidade dos relatórios de ensaios clínicos. Todos os manuscritos descrevendo um estudo clínico devem incluir o Diagrama de Fluxo CONSORT mostrando o número de participantes de cada grupo de intervenção, bem como a descrição detalhada de quantos pacientes foram excluídos em cada passo da análise de dados. Todos os testes clínicos devem ser registrados e disponibilizados em um site de acesso livre. O protocolo do ensaio clínico (incluindo o plano de análise estatística completa) deve ser encaminhado com o manuscrito (<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-11-9>)
 - Estudos observacionais: coorte, controle de casos ou desenhos transversais devem ser reportados de acordo com a declaração STROBE - <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>, e devem ser submetidos com seus protocolos.
- **Artigos de Revisão:** manuscritos que empregam métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Nesta categoria inclui as revisões sistemáticas com ou sem metanálise e revisões integrativas e de escopo. Não serão aceitas as revisões narrativas, exceto a convite dos editores da Revista. As revisões devem conter 7.000 palavras e 75 referências.
 - Revisões sistemáticas e meta-análises devem ser relatadas de acordo com a diretriz PRISMA - <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/> e devem fornecer o número de registro de protocolo da base PROSPERO - <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>.
 - Revisões de Escopo devem ser relatadas de acordo com a diretriz PRISMA ScR (<http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews>) e incentiva que os protocolos sejam disponibilizados em repositórios de acesso e livre, como a OSF – Open Science Framework.
 - Revisão integrativa - deve seguir um padrão quanto ao rigor metodológico e, para preservar esse padrão, requer o uso de métodos que garantam a análise completa do tema revisado e o suporte teórico para analisar resultados, métodos, sujeitos e variáveis. Como modelos, ver Quadro 2 no link em português: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1272/1232> ou no link em inglês: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>

- Manuscritos contendo descrição cronológica da literatura não serão aceitos.
- Não serão aceitas as revisões narrativas.
- **Protocolos de Estudos:** protocolos de ensaios clínicos, randomizados ou não e de revisões sistemáticas com alta relevância ao meio científico e elevado rigor metodológico serão consideradas para publicação. Os protocolos devem conter 5.000 palavras e 50 referências.
 - Protocolos de Revisões Sistemáticas devem seguir a recomendação PRISMA P – <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma-protocols/>
 - Protocolos de Ensaios Clínicos devem seguir a recomendação do SPIRIT - <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/spirit-2013-statement-defining-standard-protocol-items-for-clinical-trials/>
- **Comunicação Científica:** conteúdo que aborde, de forma inicial, tema cirúrgico relevante, com a investigação científica em andamento e a proposição de soluções. Por tais características, esta seção poderá ser interprofissional e interdisciplinar, recebendo contribuições de médicos, cirurgiões e não cirurgiões e de outros profissionais das mais variadas áreas. Nesta categoria os manuscritos devem conter 3.000 palavras e 30 referências.
- **Cartas ao Editor:** Comentários científicos ou sobre controvérsias com relação aos artigos publicados na RCBC. As cartas ao editor serão direcionadas ao autor principal do artigo em questão, para que esse possa respondê-la. Ambas as cartas serão publicadas no mesmo número da revista, não sendo permitida réplica. Caso, o autor principal do artigo que gerou a carta ao editor não responda, essa será publicada da mesma forma, desde que o editor-chefe a considere relevante. Carta ao Editor deve ter no máximo 1.000 palavras e com até 10 referências.
- **Editorial:** manuscritos a convite que abordem assuntos da atualidade, podendo ser solicitado pelo editor-chefe ao autor de reconhecida capacidade técnica e científica, mas também, pode ser submetido como opinião de autores sobre assunto controverso ou de relevância científica.
- **Nota Técnica:** manuscritos que abordem sobre novas técnicas cirúrgicas ou modificação de técnica consagrada, de importância prática. A técnica deve ser descrita em detalhes e deve haver ampla discussão sobre os benefícios. Deve conter 3.000 palavras e até 30 referências.
- **Ensino:** Conteúdo que aborde o ensino da Cirurgia na graduação ou na pós-graduação ou de interesse geral para a Educação Médica. Deve seguir o formato descrito para Artigo de Revisão.
- **Bioética na Cirurgia:** Discussão dos aspectos bioéticos em Cirurgia. O conteúdo deve abordar os dilemas bioéticos existentes no desempenho da atividade cirúrgica. Nesta categoria o manuscrito deve 3.000 palavras e até 30 Referências.

Checklist – Categoria dos Manuscritos

Artigos	Resumo	Palavras	Referências
Original	250	3.500 até 5.000	50
Revisão	250	7.000	75
Protocolos de Estudo	250	até 5.000	50
Comunicação científica	250	3.000	30
Cartas ao Editor	N/A	1.000	10
Editorial	N/A	N/A	N/A
Nota Técnica	250	3.000	30
Ensino	250	7.000	75
Bioética na Cirurgia	250	3.000	30

6. Preparação dos Manuscritos

Fazer com que um maior número de leitores possa acessar seu artigo é extremamente importante para aumentar a visibilidade de sua pesquisa e de nossa Revista. Neste intuito, temos que utilizar a estratégia robusta de otimização de mecanismos de busca e pesquisa de artigos do Google e de outros sites de busca específicos, há a necessidade ativa de garantir que todo o nosso conteúdo dos artigos publicados na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões seja visível e de alta classificação. Para isso, os autores também devem desempenhar um papel crucial na otimização dos resultados de pesquisa, tornando seu artigo detectável.

O manuscrito deve estar em formato de coluna única, mantendo a formatação de modo mais simples possível (prefira fontes Times New Roman ou Arial, tamanho 10 a 12, com espaço duplo entre as linhas,

margens superior, inferiores e laterais em 2,5 cm). Os seguintes formatos de arquivo de processador de texto são aceitáveis sendo eles: Microsoft Word (DOC, DOCX) ou Formato Rich Text (RTF).

A RCBC adota o processo de dupla revisão anônima por pares, o que significa que as identidades dos autores são ocultadas dos revisores e vice-versa. Deste modo, é solicitado que se incluam separadamente os seguintes documentos:

- **Página de Título:**
 - o Título do estudo deve ser descritivo, claro e conciso, tendo no máximo 200 caracteres, que seja amigável para os mecanismos de otimização de busca para o seu artigo. O título deve fornecer orientação sobre o conteúdo do seu artigo, incorporando frases que utilizam as palavras-chave nos primeiros 65 caracteres. Evite o uso de termos que indiquem qualquer menção regional. Para os manuscritos em português fornecer o título em inglês.
 - Indique claramente o(s) nome(s) e sobrenome(s) de cada autor e verifique se todos os nomes foram digitados corretamente.
 - A afiliação de cada autor deve conter as informações: universidade, departamento, cidade, CEP, país, e-mail institucional e ORCID (todos os autores devem ter o identificador ORCID – *Open Researcher and Contributor ID* – <https://orcid.org/signin>).
 - Indicar o autor para correspondência em todas as fases de avaliação e publicação, o que pressupõe a responsabilidade de responder a quaisquer dúvidas futuras sobre o estudo. Certifique-se de que o endereço de e-mail seja fornecido e que os dados de contato sejam mantidos atualizados pelo autor correspondente.
 - Todos os colaboradores que não atendam aos critérios de autoria devem ser listados na seção Agradecimentos, bem como o apoio financeiro das agências de fomento.
- **Texto Principal:** há várias orientações que devem ser, obrigatoriamente, utilizadas:
 - a. Inclua as palavras-chave e frases que você utilizou em seu resumo. Forneça palavras-chave relevantes adicionais e sinônimos para essas palavras-chave relacionadas ao seu artigo. Palavras-chave não são apenas importantes para os mecanismos de otimização de busca, eles também são usados por serviços de indexação como um mecanismo para marcar o conteúdo da pesquisa.
 - b. Mantenha a consistência, consultando os nomes e iniciais dos autores de maneira consistente ao longo do artigo e certifique-se de está se referindo a eles da mesma forma que foram referidos em publicações online anteriores.
 - c. Os subtítulos das várias seções do seu artigo indicam aos mecanismos de pesquisa a estrutura e o conteúdo do seu artigo. Incorpore suas palavras-chave e frases nesses subtítulos sempre que for apropriado.
 - d. Cite seus trabalhos anteriores ou de seus coautores conforme apropriado, porque as citações de seus artigos anteriores influenciam como a pesquisa classificam seu trabalho atual e futuro.
 - e. O texto principal deve conter as seguintes informações conforme a tabela abaixo.

Checklist – Estrutura do Manuscrito

Categoria	Estrutura do Resumo	Estrutura do Manuscrito
Artigos Originais	Introdução	Introdução
Artigos de Revisão	Métodos	Métodos
Ensino	Resultados	Resultados
	Conclusão	Discussão
		Conclusão
		Fomento
		Agradecimentos
		Referências
		Disponibilidade e Compartilhamento dos Dados
Protocolo de Estudos		
Comunicação Científica		
Cartas ao Editor		
Editorial		
Nota Técnica		
Bioética na Cirurgia		

Palavras-chave: utilize entre 3 e 10 palavras-chave, verificadas previamente nos termos MeSH (Medical Subject Headings). Pense em uma frase utilizando de, pelo menos 5 palavras que um pesquisador pode utilizar para encontrar seu artigo. A RCBC indica as ferramentas como *DecsFinder* (<https://decsfinder.bvsalud.org/dmfs>) e *Mesh on Demand* (<https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand>) que permitem localizar os descritores por meio da localização de termos das palavras do resumo do manuscrito. Lembre-se de que quanto maior for a abrangência das palavras-chave, maior a possibilidade de que o artigo, em caso de aceite, possa ser encontrado nas plataformas de busca científica.

Resumo/Abstract: Utilize as palavras-chave do seu artigo ao longo do resumo de forma natural e contextual, utilizando 3 a 4 frases com o uso das mesmas, mas não exagere na repetição, pois os mecanismos de pesquisa podem desindexar seu artigo como resultado. Deve começar na segunda página do manuscrito e ser estruturado (seguindo o mesmo formato da estrutura do artigo), direto e de fácil leitura. Deve conter, no máximo 250 palavras, sem caracteres.

Abreviações e Terminologia: As abreviaturas devem ser em menor número possível e limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da primeira utilização. A RCBC adota a Terminologia Anatômica Oficial Universal, aprovada pela Federação Internacional de Associações de Anatomistas (FIAA).

Unidade de Medida: valores de grandezas físicas devem ser referidos de acordo com os padrões do Sistema Internacional de Unidades.

Fomento: todas as fontes de auxílio à pesquisa (se houver), bem como o número do projeto e a instituição responsável, devem ser declaradas. O papel das agências de financiamento na concepção do estudo e coleta, análise e interpretação dos dados e na redação do manuscrito deve ser declarado em **Agradecimentos**.

Agradecimento: Devem ser feitos às pessoas que contribuíram de forma importante para a realização da pesquisa.

Referências: Devem ser predominantemente de trabalhos publicados nos últimos cinco anos, de fácil acesso ao leitor (preferencialmente com número DOI pois garante um link permanente de acesso para o artigo eletrônico) e formatadas de acordo com as Estilos de Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Caso haja trabalhos com conteúdo similar, previamente publicados na RCBC, sugerimos avaliar tais citações. As referências devem ser listadas em sequência numérica conforme são citadas no texto. Comunicações pessoais e dados não publicados devem ser citados entre parênteses no texto, e não incluídos na referência numerada listada no final do artigo. Tais citações de alguém que não seja o autor (por exemplo, comunicação pessoal) só podem ser publicadas se houver carta de permissão assinada. Os autores são fortemente encorajados a verificar a exatidão de cada referência em relação à fonte original.

Evite citar no manuscrito referências anais de congressos, comunicações pessoais e teses. Citações de livros e capítulos de livros são desestimuladas. Os autores do artigo são responsáveis pela veracidade das referências.

Exemplos de referências:

Artigos com DOI: Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. *BMJ*. 2009 Jan 7;338:a2752. doi: 10.1136/bmj.a275

Preprint: Bar DZ, Atkatsch K, Tavares U, Erdos MR, Gruenbaum Y, Collins FS. Biotinylation by antibody recognition- A novel method for proximity labeling. *BioRxiv* 069187 [Preprint]. 2016 [cited 2017 Jan 12]. Available from: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/069187v1>

Citação e Referência de Dados de Pesquisa e Outros Conteúdos: a RCBC encoraja citar arquivos de dados, códigos de programas e outros conteúdos subjacentes ou relevantes em seu manuscrito, citando no texto e incluindo a referência dos dados em Referências. A RCBC endossa os Princípios de Citação de Dados da FORCE 11 (*FORCE 11 Data Citation* - <https://www.force11.org/datacitationprinciples>) que indica

que todos os conjuntos de dados disponíveis publicamente sejam totalmente referenciados na lista de referência com um número de acesso ou identificador exclusivo, como um identificador de objeto digital (DOI). Para maiores informações, consulte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7273/#A57722>

Exemplo de referências:

Kraemer MUG, Sinka ME, Duda KA, Mylne A, Shearer FM, Brady OJ, Messina JP, Barker CM, Moore CG, Carvalho RG, Coelho GE, Van Bortel W, Hendrickx G, Schaffner F, Wint GRW, Elyazar IRF, Teng H, Hay SI. The global compendium of *Aedes aegypti* and *Ae. albopictus* occurrence [dataset]. 2015 Jun 30 [cited 2015 Oct 23]. Dryad Digital Repository. Available from: <https://datadryad.org/stash/dataset/doi:10.5061/dryad.47v3c> Referenced in doi: 10.7554/eLife.08347

Tabelas e Figuras: Ao preparar tabelas, se estiver usando uma grade de tabela, use apenas uma grade para cada tabela individual e não uma grade para cada linha. Se nenhuma grade for usada, use tabulações, sem espaços, para alinhar as colunas. Recomenda-se, para evitar erros desnecessários, que funções de 'verificação ortográfica' e 'verificação gramatical' do processador de texto sejam usadas. As tabelas devem ser enviadas em arquivo .doc ou .docx para que possam ser editadas. As figuras devem ser encaminhadas em arquivos separados em formato .JPG, .GIF, .TIF (no mínimo 300dpi) e com referência no texto sobre o local de inserção.

7. Taxa de Processamento do Artigo

A publicação de acesso aberto não é isenta de custos.

Caso o manuscrito seja aprovado, terá o custo de R\$ 2.000,00 (dois mil reais)/US\$ 400,00 (quatrocentos dólares) a ser cobrado do autor de contato.

Artigos cujo primeiro ou último autor for membro adimplente do CBC receberão 50% de desconto.

Para maiores informações sobre a Taxa de Processamento do Artigo entrar em contato com: revista@cbc.org.br

8. Processo de Submissão

O envio dos manuscritos para a RCBC só poderá ser feito pela plataforma online que deve ser acessada na página do Colégio Brasileiro de Cirurgias (www.cbc.org.br) ou diretamente no site www.gnppapers.com.br/rcbc.

No momento de submissão para a RCBC, os autores devem submeter os seguintes documentos:

- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa;
- Formulário Único de Declarações dos autores (1- Conformidade de Ciência Aberta - Preprints e Dados; 2- Declaração dos potenciais conflitos de interesses e 3- Declaração de responsabilidade de autoria).
- Página de Título;
- Manuscrito.
- *Checklist* Equator - devidamente preenchido (identificar a página do manuscrito onde cada item pode ser localizado), de acordo com o desenho de estudo como Arquivo Suplementar, de acordo com o desenho de estudo (ex. CONSORT para ensaios clínicos randomizados, STROBE para estudos observacionais, STARD para estudos de diagnóstico e prognóstico, dentre outros).
- Em caso de aprovação do manuscrito, os autores devem enviar, obrigatoriamente, também:
- Envio do comprovante de pagamento da taxa de publicação no valor de R\$ 2.000,00/US\$ 400,00 (quatrocentos dólares). Caso o primeiro ou último autor for membro adimplente do CBC receberão 50% de desconto.

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE (ARTIGO 2)

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apórtem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY

(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'. A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope):

www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>.

Recomenda-se a leitura pelos autores.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Além disso, a redução do financiamento público para a manutenção da revista nos obrigou a rever a gratuidade para publicação. Assim, a partir de 15 de agosto de 2021, será cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 500,00 para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da referida taxa. **Esta regra passa a vigorar para submissões feitas a partir de 15 de agosto de 2021.**

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no *site* <http://www.cebes.org.br>

ANEXO D - COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO À REVISTA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES (ARTIGO 1)

Yahoo Mail - Artigo Submetido - Revista do Colégio Brasileiro de Ciru... <https://mail.yahoo.com/d/search/keyword=artigo%2520submetido/mes...>

Artigo Submetido - Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

De: RCBC - GNPapers (gnpapers@gnpapers.com.br)

Para: carolatalini@yahoo.com.br

Data: sábado, 24 de dezembro de 2022 10:26 BRT



Ilmo(a) Sr.(a)
Prof(a), Dr(a) carolina talini

Número do artigo: 3516
Seção: Artigo original

Agradecemos a preferência por ter submetido o manuscrito "ANÁLISE E CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS CRIANÇAS SUBMETIDAS À CIRURGIA PEDIÁTRICA ELETIVA - RECORTE TEMPORAL" à Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Esse será enviado para avaliação e comentários dos revisores.

Por favor, para qualquer comunicação referente ao mesmo, a partir de agora, deverá mencionar o número acima registrado.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Jr. - Editor-chefe

Prof. Dr. Ramiro Colleoni - Co-editor-chefe

Prof. Dr. Adonis Nasr - Co-editor-chefe

*** Enviado por GNPapers - Esta é uma mensagem automática - Por favor não responda este email
