

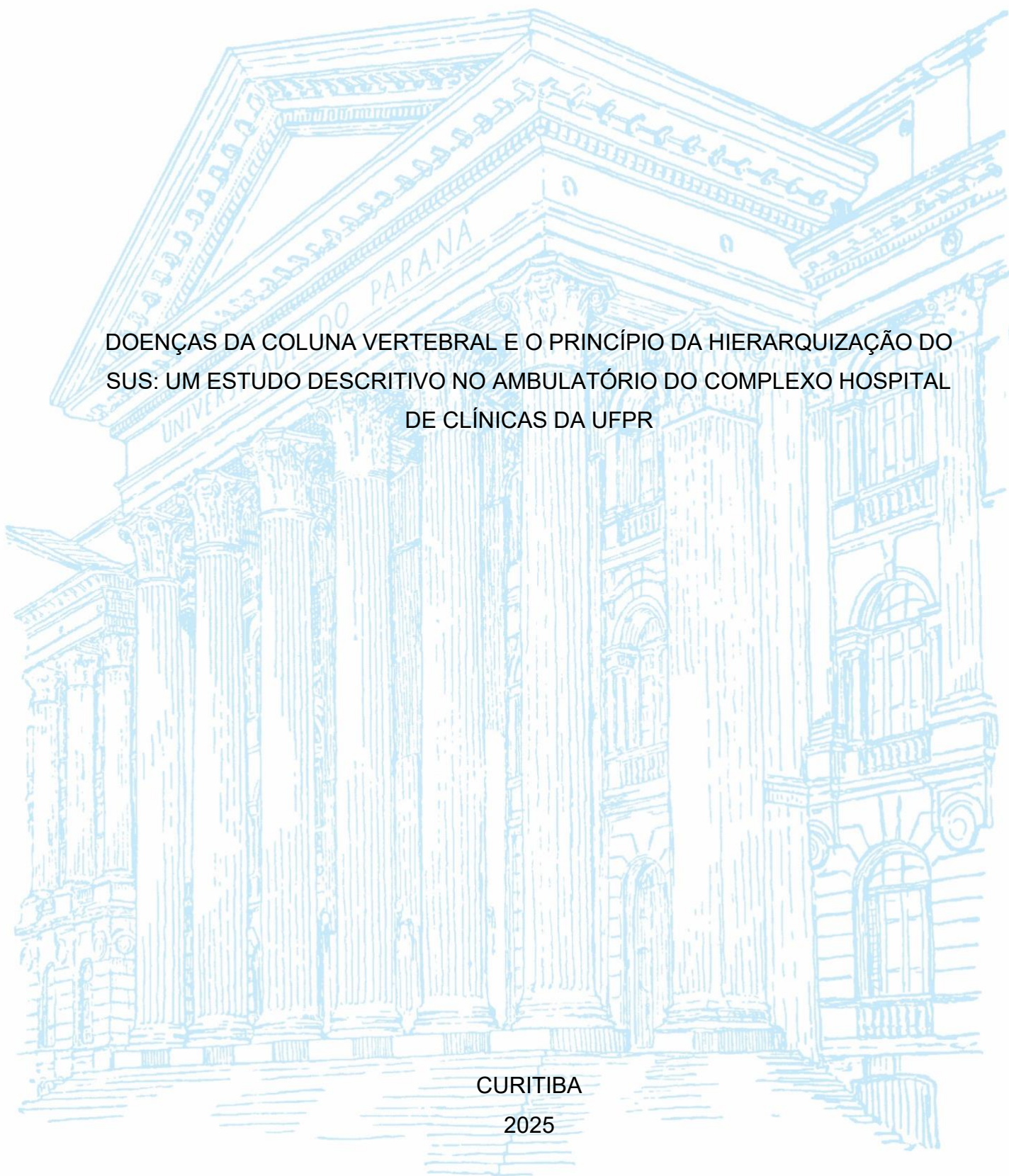
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PEDRO EMANOEL TEIXEIRA OLIVEIRA

DOENÇAS DA COLUNA VERTEBRAL E O PRINCÍPIO DA HIERARQUIZAÇÃO DO
SUS: UM ESTUDO DESCRITIVO NO AMBULATÓRIO DO COMPLEXO HOSPITAL
DE CLÍNICAS DA UFPR

CURITIBA

2025



PEDRO EMANOEL TEIXEIRA OLIVEIRA

DOENÇAS DA COLUNA VERTEBRAL E O PRINCÍPIO DA HIERARQUIZAÇÃO DO
SUS: UM ESTUDO DESCRITIVO NO AMBULATÓRIO DO COMPLEXO HOSPITAL
DE CLÍNICAS DA UFPR

Trabalho de conclusão de Curso de Medicina
apresentado à Coordenação do Curso de Medicina,
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal
do Paraná, como requisito parcial à obtenção de
título de bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Reggiani Anzuatégui

CURITIBA

2025

TERMO DE APROVAÇÃO

PEDRO EMANOEL TEIXEIRA OLIVEIRA

DOENÇAS DA COLUNA VERTEBRAL E O PRINCÍPIO DA HIERARQUIZAÇÃO DO
SUS: UM ESTUDO DESCRITIVO NO AMBULATÓRIO DO COMPLEXO HOSPITAL
DE CLÍNICAS DA UFPR

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Prof. Dr. Pedro Reggiani Anzuatégui

Orientador – Departamento de Medicina Integrada, UFPR

Profa. Dra. Luana A. Tannous

Departamento de Medicina Integrada, UFPR

Prof. Dr. Brenno C. Gomes

Departamento de Medicina Integrada, UFPR

Cidade, __ de _____ de 2025.

RESUMO

Introdução: No Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços especializados devem ser acessados mediante encaminhamentos adequados, respeitando o princípio lógico da hierarquização. No entanto, na prática, observa-se uma elevada frequência de encaminhamentos inadequados, especialmente em relação às queixas de coluna vertebral, uma das principais causas de busca por atendimento nos serviços de saúde.

Objetivo: Avaliar a taxa de adequação dos encaminhamentos ao Ambulatório de Coluna Vertebral, serviço terciário do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (CHC/UFPR), caracterizando os fluxos de encaminhamento e a origem das solicitações, além de identificar as condições clínicas mais comumente encaminhadas. **Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo, transversal, baseado na análise de 70 prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Coluna Vertebral (CHC/UFPR) entre fevereiro e maio de 2025. As variáveis analisadas incluíram origem do encaminhamento, fluxo de regulação, telerregulação, perfil clínico dos pacientes e destino após o atendimento. A adequação dos encaminhamentos foi classificada em três categorias (adequado, parcialmente adequado e inadequado), conforme critérios do Ministério da Saúde e avaliação de especialista. Análises estatísticas foram conduzidas por meio do teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A amostra foi composta por pacientes com média de idade de 56,2 anos ($DP \pm 16,6$), majoritariamente do sexo feminino (74,3%) e não fumantes (61,4%). A origem principal dos encaminhamentos foram serviços internos do CHC (ortopedia e outras especialidades). O fluxo majoritário de recebimento dos pacientes foi aquele entre níveis terciários de atenção. A Taxa de Encaminhamentos Inadequados (TEI) foi de 37,14%, superando tanto os encaminhamentos adequados (35,71%) quanto os parcialmente adequados (27,14%). Observou-se associação estatisticamente significativa entre a adequação e a origem do encaminhamento, o tipo de fluxo e o uso de telerregulação. Os encaminhamentos oriundos da telerregulação e da atenção primária apresentaram maior taxa de adequação, enquanto os fluxos internos e entre serviços terciários demonstraram altos índices de inadequação. As síndromes lombares foram a condição mais presente no ambulatório (48,6%). A maioria dos pacientes manteve o seguimento no Ambulatório de Coluna Vertebral (45,7%). **Conclusão:** O estudo identificou alta taxa de inadequação nos encaminhamentos ao Ambulatório de Coluna Vertebral do CHC/UFPR, com destaque para o fluxo Terciário-Terciário como o mais inadequado e a Atenção Primária como a mais adequada. Encaminhamentos municipais foram mais apropriados, enquanto os internos de outras especialidades se destacaram pela inadequação. As síndromes lombares foram as queixas mais frequentes.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS); dor lombar; coluna vertebral; modelos de assistência à saúde; regulação e fiscalização em saúde.

ABSTRACT

Background: In the Brazilian Unified Health System (SUS), access to specialized services should occur through appropriate referrals, in accordance with the hierarchical organization of care. However, in practice, there is a high frequency of inadequate referrals, particularly for spinal complaints—one of the leading reasons for seeking healthcare services. **Objective:** To assess the adequacy rate of referrals to the Spine Outpatient Clinic, a tertiary care service at the Hospital de Clínicas Complex of UFPR (CHC/UFPR), characterizing referral flows and sources, and identifying the most frequently referred clinical conditions. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional study was conducted based on the analysis of 70 medical records of patients seen at the Spine Outpatient Clinic (CHC/UFPR) between February and May 2025. Variables analyzed included referral source, regulation flow, tele-regulation, clinical profile, and post-visit outcome. Referral adequacy was classified into three categories (adequate, partially adequate, and inadequate), based on Ministry of Health criteria and specialist evaluation. Statistical analyses were performed using the chi-square test, with a significance level of 5%. **Results:** The sample consisted of patients with a mean age of 56.2 years (SD $\pm$ 16.6), mostly female (74.3%) and non-smokers (61.4%). Most referrals originated from internal CHC services (orthopedics and other specialties), with the predominant flow being between tertiary care levels. The Inadequate Referral Rate (IRR) was 37.14%, higher than both adequate (35.71%) and partially adequate (27.14%) referrals. A statistically significant association was observed between referral adequacy and its origin, type of flow, and the use of tele-regulation. Referrals from tele-regulation and primary care showed higher adequacy, while internal and tertiary-to-tertiary flows showed high inadequacy. Lumbar syndromes were the most frequent clinical condition (48.6%). Most patients continued follow-up at the Spine Outpatient Clinic (45.7%). **Conclusion:** The study found a high rate of inadequate referrals to the Spine Outpatient Clinic of CHC/UFPR, with tertiary-to-tertiary flows being the most inappropriate and primary care referrals the most adequate. Municipal referrals were more appropriate, while internal referrals from other specialties stood out for their inadequacy. Lumbar syndromes were the most common complaint.

Keywords: Unified Health System; low back pain; spine; healthcare models; health care coordination and monitoring.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

[s.d.]	- Sem data
[s.l.]	- Sem local
APS	- Atenção Primária à Saúde
CHC	- Complexo Hospital de Clínicas
DCC	- Doença Crônica na Coluna
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNS	- Programa Nacional de Saúde
PSC	- <i>Primary Spine Care</i>
SBOT	- Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	- Taxa de Encaminhamentos Adequados
TEI	- Taxa de Encaminhamentos Inadequados
TEPA	- Taxa de Encaminhamentos Parcialmente Adequados
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVO PRINCIPAL	10
1.1.1 Objetivos secundários	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 A CRIAÇÃO DO SUS E A ATUALIDADE.....	11
2.2 HIERARQUIZAÇÃO DA ATENÇÃO E LINHA DE CUIDADO	13
2.3 DOENÇAS DA COLUNA VERTEBRAL NO SUS	15
2.4 LINHAS DE CUIDADO SUS – DOR LOMBAR	16
3 MATERIAL E MÉTODOS	18
3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS.....	18
3.2 AMBULATÓRIO DE COLUNA VERTEBRAL (CHC/UFPR)	18
3.2.1 Composição da amostra	18
3.3 COLETA DE DADOS	19
3.4 AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO.....	20
3.4.1 Classificação	21
3.4.2 Cálculo das taxas de adequação dos encaminhamentos	21
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	22
4 RESULTADOS.....	24
4.1 AMOSTRA	24
4.2 ORIGEM DOS ENCAMINHAMENTOS	24
4.3 FLUXOS DE REGULAÇÃO	25
4.4 TAXAS DE ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS	25
4.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS E ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS	26
4.5.1 Origem <i>versus</i> adequação.....	26
4.5.2 Fluxo <i>versus</i> adequação.....	26
4.5.3 Telerregulação <i>versus</i> adequação	27
4.6 CONDIÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES	28
4.7 SEGUIMENTO DOS PACIENTES	29
5 DISCUSSÃO	30
6 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS	37

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO CONTEÚDO FINAL	40
ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	41
ANEXO 3 – FORMULÁRIO ONLINE DE COLETA DE DADOS	42
ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	45

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado com base nos princípios de regionalização e hierarquização, conforme estabelece a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, visando organizar os serviços de saúde por níveis de complexidade. Nesse modelo, a atenção primária atua como porta de entrada preferencial, sendo responsável pela resolutividade da maioria das demandas em saúde. A atenção secundária e a terciária, por sua vez, devem ser acessadas de forma regulada, conforme a gravidade e a complexidade dos casos, buscando o uso racional dos recursos especializados (Brasil, 1990).

Apesar dessa organização, observa-se na prática a presença recorrente de fluxos desordenados, com encaminhamentos inadequados a serviços de alta complexidade. Essa desarticulação compromete o funcionamento eficiente da rede, gera sobrecarga nos serviços terciários e aumenta o tempo de espera para os pacientes que realmente necessitam de cuidado especializado (Basto et al., 2020).

A dor lombar é uma das principais causas de encaminhamento para especialidades ortopédicas no Brasil. No entanto, boa parte desses quadros apresenta caráter inespecífico e tem manejo conservador como conduta inicial, sendo resolvível na atenção primária ou secundária (SBOT, 2010). Apenas uma pequena parcela dos casos de lombalgia possui uma causa específica identificável, o que reforça a importância de um manejo adequado nos níveis iniciais de atenção (Ministério da Saúde, [s.d.]).

Dessa forma, torna-se pertinente avaliar a adequação dos encaminhamentos, com base em critérios que considerem o nível de complexidade necessário e o perfil clínico dos pacientes. Além disso, compreender os padrões de fluxo e as origens desses encaminhamentos permite visualizar o sistema e contribuir para uma análise crítica da linha de cuidado.

A relevância deste estudo está em descrever como os encaminhamentos ao Ambulatório de Coluna Vertebral do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (CHC/UFPR), serviço de atenção terciária, têm ocorrido e avaliar se estão de acordo com o perfil do serviço. O trabalho analisou a adequação desses encaminhamentos, além de examinar as origens, os fluxos de regulação e o perfil epidemiológico dos pacientes.

1.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Avaliar a taxa de adequação dos encaminhamentos ao Ambulatório de Coluna Vertebral (CHC/UFPR).

1.1.1 Objetivos secundários

- Identificar o fluxo de origem dos encaminhamentos recebidos pelo Ambulatório de Coluna Vertebral do CHC/UFPR e relacioná-lo à adequação.
- Analisar a adequação dos encaminhamentos em relação à origem.
- Levantar os principais diagnósticos ou condições clínicas entre os pacientes encaminhados ao ambulatório.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A CRIAÇÃO DO SUS E A ATUALIDADE

Durante muitos anos, o Estado brasileiro limitava-se ao controle de epidemias, o que, aliado ao crescimento urbano desorganizado e à falta de acesso à saúde e prevenção, resultou em alta incidência de doenças. No início do século XX, figuras como Oswaldo Cruz e Emilio Ribas se destacaram no combate a problemas de saúde pública, e a Revolta da Vacina (1904) marcou a primeira grande reação popular a políticas sanitárias. A partir de 1923, com a Lei Eloi Chaves, a assistência médica passou a ser garantida apenas a quem contribuía com a previdência social, modelo que perdurou até 1988 (Pitta, 2010). Quem não contribuía dependia das Santas Casas de Misericórdia, que entendiam a assistência à saúde como um ato de caridade (Bittencourt; Vilela; Nunes, 2011).

A partir da década de 1970, movimentos sociais começaram a se articular em defesa da saúde como direito universal, até que em 1986 ocorre o principal marco da reivindicação desses movimentos sociais: a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os debates realizados durante a Conferência serviram de fundamento para a redação dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, que estabeleceram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado, até hoje, como o maior marco de inclusão social de toda a história do país (Fernandes; Sousa, 2020). Desde então, saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado.

A partir das leis que instituíram o SUS, apresentam-se os seus princípios que o regem (Brasil, 1990):

- Princípios doutrinários:
 - **Universalização:** A saúde deve ser garantida a todas as pessoas, sem qualquer discriminação, sendo um direito de todos os cidadãos e uma obrigação do Estado;
 - **Equidade:** Reconhece as diferentes necessidades individuais, e por isso, busca reduzir as desigualdades sociais, oferecendo mais atenção e recursos àqueles que mais precisam;

- **Integralidade:** Propõe um cuidado completo, que leve em conta todas as dimensões da vida do indivíduo. Isso envolve a integração de diferentes áreas e serviços públicos para promover bem-estar e qualidade de vida.
- Princípios organizacionais:
 - **Regionalização e Hierarquização:** Os serviços de saúde são organizados de forma progressiva, começando pelos atendimentos mais simples até os mais complexos, e distribuídos conforme as necessidades e características de cada região. O objetivo é garantir que cada pessoa tenha acesso ao serviço adequado, de acordo com a estrutura disponível em sua área;
 - **Descentralização e Comando Único:** A gestão da saúde é compartilhada entre os três níveis de governo — federal, estadual e municipal — sendo que o município, por estar mais próximo da população, tem melhores condições de identificar e atender às necessidades locais. O princípio do comando único assegura que cada esfera de governo tenha autonomia para coordenar as ações de saúde em seu território;
 - **Participação Popular:** A população tem o direito de participar das decisões sobre as políticas de saúde por meio dos conselhos e conferências de saúde, que têm a função de propor, fiscalizar e avaliar as ações do sistema.

Atualmente, a saúde pública do Brasil acumula inúmeros avanços importantes, buscando aumentar a eficiência do sistema. Contudo, devido à demanda infinita e aos recursos escassos, enfrenta dificuldades persistentes e complexas. É fato que o SUS é um dos maiores e mais abrangentes serviços do mundo – dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 do IBGE indicam que 7 em cada 10 brasileiros são SUS-dependentes para serviços em saúde. No entanto, apesar de seus princípios, lida com questões como falta de recursos, disparidades regionais e problemas administrativos (Pereira et al., 2024).

Aprofundando-se no obstáculo da gestão, percebe-se que a descentralização da administração, embora garanta maior autonomia, dificulta a integração dos diferentes serviços. Além das variações regionais, existe fragmentação do sistema e comunicação inefetiva entre os níveis de governo e de atendimento. Isso resulta em inconsistências como duplicidade de ações, desperdício de recursos e falhas na continuidade do cuidado (Pereira et al., 2024).

2.2 HIERARQUIZAÇÃO DA ATENÇÃO E LINHA DE CUIDADO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cada município ou região de saúde adota fluxos próprios de regulação ambulatorial, estruturados conforme a disponibilidade de serviços, contratos locais e complexidade dos atendimentos. Embora as diretrizes gerais estejam descritas em normas do Ministério da Saúde, a operacionalização do acesso a especialidades varia significativamente entre os territórios, sendo mediada por sistemas informatizados de regulação e por critérios clínicos definidos localmente (Brasil, 2008, 2023).

No contexto deste estudo, o fluxo descrito a seguir — e representado na Figura 1, gentilmente cedida pela administração do CHC — corresponde à proposta inicialmente delineada para a implementação da telerregulação no município de Curitiba, no âmbito dos cuidados às doenças da coluna vertebral atendidas pelo CHC/UFPR. Trata-se de um arranjo específico para o Ambulatório de Coluna Vertebral do CHC, não sendo necessariamente aplicável a outros serviços ou regiões, os quais podem adotar diferentes formas de organização assistencial e regulatória. A porta de entrada habitual para pacientes com queixas relacionadas à coluna, fora do contexto de urgência ou emergência, é a Unidade Básica de Saúde (UBS). Quando a demanda do paciente extrapola a capacidade de cuidado a nível primário, a UBS solicita um encaminhamento que será avaliado por um médico telerregulador. Caso seja identificada a necessidade de atendimento em nível mais especializado, o paciente é referenciado, via telerregulação, para o Ambulatório de Ortopedia Geral (CHC/UFPR), serviço de nível secundário, ou diretamente para o Ambulatório de Coluna Vertebral (CHC/UFPR), que atua em nível terciário.

FIGURA 1 – PROPOSTA DE LINHA DE CUIDADOS EM PATOLOGIAS DA COLUNA VERTEBRAL



FONTE: Complexo Hospital de Clínicas (2019).

LEGENDA: UBS, Unidade Básica de Saúde.

Também há casos em que o fluxo tem início direto de outras unidades de atenção, como serviços estaduais, ambulatorios regionais ou hospitais, serviços especializados em coluna de diferentes níveis de atenção, tanto de Curitiba quanto do interior do estado, que encaminham diretamente para o Ambulatório de Coluna Vertebral (CHC/UFPR), seguindo o mesmo percurso posterior até a cirurgia. Os encaminhamentos podem ocorrer de serviços de atendimento internos do próprio CHC/UFPR secundário e terciário, ou por meio de outras unidades contratualizadas com o serviço. Esses fluxos alternativos não estão representados na Figura 1. Esse fluxo está inserido na lógica da regionalização da saúde, envolvendo tanto unidades da Região Metropolitana de Curitiba quanto de outras regionais de saúde do Paraná, que incluem Unidades Básicas de Saúde (UBS) e centros de atenção secundária. Nesses casos, a regulação é realizada pelas Secretarias Municipais de Saúde correspondentes, que possuem contrato com o CHC como serviço terciário de referência em coluna vertebral. É importante destacar que nem todo paciente com doenças da coluna encaminhado da atenção básica será direcionado ao Ambulatório

de Coluna Vertebral do CHC/UFPR, pois existem outros serviços de atenção secundária e terciária que também absorvem essa demanda, conforme a organização de cada região.

Após avaliação, os casos que realmente necessitam de tratamento cirúrgico seguem o fluxo para cirurgia. Nos casos em que não se identifica necessidade de intervenção ou acompanhamento, o paciente pode ser devolvido para a atenção primária ou reencaminhado à ortopedia geral.

2.3 DOENÇAS DA COLUNA VERTEBRAL NO SUS

As doenças da coluna vertebral representam um importante problema de saúde pública no Brasil, com impacto significativo na qualidade de vida da população e nos serviços de saúde. Segundo estudo transversal de 2022, que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a prevalência de Dor Crônica na Coluna (DCC) entre adultos brasileiros foi de 21,6%, sendo mais elevada entre mulheres (24,5%) e aumentando com a idade, especialmente após os 50 anos (Malta et al., 2022; Brasil, 2020).

A DCC está associada a diversos fatores sociodemográficos e de estilo de vida. A prevalência é maior entre indivíduos com menor nível educacional, ex-fumantes, fumantes, pessoas com sobrepeso ou obesidade, hipertensão, colesterol elevado e aqueles que realizam atividades físicas domésticas pesadas (Malta et al., 2022).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atenção primária, a dor lombar destaca-se como uma das principais causa de incapacidade funcional no Brasil (Romero et al., 2018) e no mundo (Ministério da Saúde, [s.d.]). Essa condição, altamente prevalente, compromete a autonomia dos indivíduos e sobrecarrega os serviços de saúde (Romero et al., 2018). Embora as doenças possam acometer outros segmentos da coluna vertebral, a região lombar é a mais frequentemente afetada, sendo as principais estruturas os músculos paravertebrais, as articulações interfacetárias e os discos intervertebrais (Ministério da Saúde, [s.d.]).

A grande maioria dos casos de dor lombar, estimada em cerca de 97%, tem origem mecânica, relacionada a alterações funcionais e estruturais da coluna. Dentre essas causas mecânicas, a mais comum é a torção ou estiramento de estruturas musculoesqueléticas, responsável por aproximadamente 70% dos quadros. Outras

causas incluem processos degenerativos dos discos e articulações, geralmente associados ao envelhecimento, que representam cerca de 10% dos casos. A hérnia de disco, corresponde a cerca de 4% dos diagnósticos. Já a estenose do canal vertebral é observada em aproximadamente 3% dos casos. As demais etiologias, como espondilolistese, tumores, disfunções da articulação sacroilíaca, correspondem a um grupo menos frequente, reunindo cerca de 9% dos casos de dor lombar de origem mecânica (Ministério da Saúde, [s.d.], 2013).

Além das causas mecânicas, a dor lombar também pode ter origem em doenças viscerais e condições não mecânicas, embora essas sejam menos frequentes. As causas viscerais, responsáveis por cerca de 2% dos casos, incluem cólicas renais, infecções urinárias altas, doenças ginecológicas e aneurisma de aorta abdominal. Já as condições não mecânicas, que representam cerca de 1%, englobam espondiloartrites inflamatórias, infecções vertebrais, neoplasias. Essas situações geralmente exigem investigação especializada (Ministério da Saúde, [s.d.], 2013).

2.4 LINHAS DE CUIDADO SUS – DOR LOMBAR

A linha de cuidado para dor lombar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) busca estruturar o manejo adequado desde a atenção primária até os níveis especializados, conforme a complexidade do quadro clínico. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a maioria dos casos de dor lombar pode ser conduzida com medidas clínicas e orientações sobre atividade física, ergonomia e uso racional de medicamentos. Ademais, o Ministério da Saúde estabelece critérios específicos para o encaminhamento à atenção especializada, como ortopedia ou neurocirurgia (Ministério da Saúde, [s.d.]; SBOT, 2023).

Devem ser referenciados os pacientes com síndrome radicular que não apresentam melhora após seis semanas de tratamento otimizado, aqueles com diagnóstico de estenose do canal lombar ou espondilolistese com sintomas compatíveis, casos de lombalgia mecânica associada à espondilolistese ístmica ou degenerativa grau ≥ 2 , e indivíduos com dor lombar crônica sem resposta após seis meses de manejo clínico. Também são considerados critérios de encaminhamento os sinais de alerta em pacientes com dor lombar, especialmente quando não for possível realizar exames de imagem avançados na APS. Essa linha de cuidado busca qualificar o fluxo assistencial e contribuir para que os pacientes com maior risco ou

necessidade de intervenção recebam avaliação oportuna nos serviços especializados (Ministério da Saúde, [s.d.]).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

Foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal, em que foram analisados os encaminhamentos de pacientes atendidos no Ambulatório de Coluna Vertebral (CHC/UFPR) com base nos prontuários eletrônicos, por meio da coleta de dados por um formulário online. A análise desses registros permitiu avaliar os encaminhamentos recebidos, os diagnósticos estabelecidos, as condutas médicas adotadas e as orientações para seguimento.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas UFPR (CAAE: 87053025.1.0000.0096). Todos os pacientes que consultaram no período de coleta de dados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Prontuários (TCLE).

3.2 AMBULATÓRIO DE COLUNA VERTEBRAL (CHC/UFPR)

O Ambulatório de Coluna Vertebral (CHC/UFPR) é um serviço terciário voltado ao atendimento de pacientes adultos com casos potencialmente cirúrgicos ou que exigem acompanhamento especializado. Os atendimentos ocorrem nas quartas-feiras, no período da manhã. O perfil inclui patologias como lombalgia refratária, hérnia de disco lombar e cervical, estenose de canal vertebral, infecções da coluna, doenças inflamatórias e espondilolistese. Não são atendidas neste ambulatório as deformidades da coluna (como escoliose e cifose), trauma vertebral, doenças congênitas, tumores, doenças pediátricas e outras condições ortopédicas que fogem ao escopo da equipe.

3.2.1 Composição da amostra

Para garantir a homogeneidade da amostra e a relevância dos dados analisados, foram adotados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

1. Pacientes atendidos no Ambulatório de Coluna Vertebral do CHC no período de fevereiro a maio de 2025 em primeira consulta ou retornos de até 6 meses da primeira consulta.
2. Pacientes encaminhados por qualquer fluxo de origem (primário, secundário ou terciário).
3. Encaminhamentos realizados tanto por unidades externas (município, Estado) quanto internas (ortopedia geral ou outras especialidades do CHC).

Critérios de exclusão:

1. Pacientes com ausência de dados de relevância crítica para pesquisa.
2. Pacientes atendidos exclusivamente para seguimento de casos previamente diagnosticados sem nova regulação (exemplo: pacientes já acompanhados a longo prazo no ambulatório sem nova triagem).
3. Pacientes com erro de agendamento administrativo (exemplo: alocados em outra especialidade que não a indicada).
4. Prontuários de pacientes que não assinarem TCLE – prontuários, quando durante a pesquisa o paciente comparecer na instituição para atendimento, consulta, internação ou realização de exames.

3.3 COLETA DE DADOS

Foi utilizado um formulário online (Anexo 3) para a coleta de informações específicas sobre os pacientes, a partir dos dados do prontuário eletrônico. Essa ficha inclui dados como idade, gênero, hábito tabágico, origem do encaminhamento (municipal, estadual, interno de ortopedia ou de outras especialidades), fluxo de referência (atenção primária, secundária ou terciária), motivo do encaminhamento e compatibilidade com o perfil do ambulatório. Também foram registrados a classificação da adequação do encaminhamento (adequado, parcialmente adequado ou inadequado), a presença de critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para referência de pacientes com dor lombar à atenção especializada, a necessidade ou o potencial de intervenção cirúrgica, a regulação via telerregulação ou fluxo convencional e o destino do paciente após o atendimento (alta, seguimento no ambulatório ou encaminhamento para outra especialidade).

O “fluxo de referência” corresponde ao percurso do paciente entre os níveis de atenção até chegar ao ambulatório terciário. Foram considerados quatro tipos: da atenção primária para a secundária e, posteriormente, para a terciária (fluxo 1); diretamente da atenção primária para a terciária (fluxo 2); da atenção secundária para a terciária (fluxo 3); e entre dois serviços de atenção terciária (fluxo 4).

Também foi registrado o fluxo de destino do paciente após o atendimento no ambulatório, classificado em quatro categorias: (fluxo 1) retorno à atenção primária; (fluxo 2) encaminhamento para a atenção secundária; (fluxo 3) seguimento no próprio Ambulatório de Coluna; e (fluxo 4) encaminhamento para outra especialidade.

3.4 AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO

A adequação dos encaminhamentos foi avaliada com base nos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a referência de pacientes com dor lombar à atenção especializada (Ministério da Saúde, [s.d.]). Além disso, a classificação considerou a análise de um médico especialista em coluna do ambulatório de coluna vertebral (CHC), responsável por definir o nível de complexidade de cada caso. Os critérios do Ministério da Saúde incluem:

- Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado.
- Diagnóstico de estenose de canal lombar ou espondilolistese com sintomas compatíveis com síndrome radicular e/ou claudicação neurogênica.
- Suspeita clínica de claudicação neurogênica.
- Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese ístmica (qualquer grau) ou espondilolistese degenerativa grau 2 ou superior.
- Dor lombar com sinais de alerta (como febre, perda de peso, déficits neurológicos progressivos), sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC) na atenção primária.
- Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após 6 meses de tratamento clínico otimizado para dor crônica, na ausência de um serviço especializado para tratamento da dor crônica.

3.4.1 Classificação

Com base na análise dos prontuários, os encaminhamentos foram avaliados quanto à sua adequação ao Ambulatório de Coluna Vertebral em 3 categorias:

1. Adequado – Quando o paciente apresenta um quadro que justifica atendimento em um serviço terciário, ou seja, casos com necessidade de intervenção cirúrgica, com potencial cirúrgico evidente ou necessidade de acompanhar com especialista de coluna.

2. Parcialmente adequado – Quando o paciente tem indicação de atenção especializada, mas poderia ser manejado inicialmente no nível secundário, sem necessidade de avaliação cirúrgica imediata.

3. Inadequado – Quando o encaminhamento foi feito para a atenção terciária sem que o paciente preenchesse critérios para atenção especializada, ou seja, quando a condição poderia ter sido manejada na atenção primária. Além disso, serão considerados inadequados os casos em que a demanda do paciente não corresponde ao perfil de atendimento do Ambulatório de Coluna Vertebral, como queixas não relacionadas a patologias da coluna, bem como deformidades (como escoliose e cifose), trauma vertebral, doenças congênitas, tumores espinhais, doenças pediátricas e outras condições ortopédicas que não fazem parte do escopo da equipe da coluna.

3.4.2 Cálculo das taxas de adequação dos encaminhamentos

Após a classificação dos encaminhamentos, foi calculado a Taxa de Encaminhamentos Adequados (TEA), indicador que mostra a proporção de pacientes corretamente direcionados ao Ambulatório de Coluna Vertebral (CHC/UFPR), conforme o perfil esperado para um serviço terciário. A fórmula utilizada considerou o número de encaminhamentos adequados em relação ao total avaliado.

$$TEA = \left(\frac{N^{\circ} \text{ de encaminhamentos adequados}}{N^{\circ} \text{ total de encaminhamentos analisados}} \right) \times 100$$

Também foram determinadas as seguintes taxas secundárias:

- Taxa de Encaminhamentos Parcialmente Adequados (TEPA): proporção de casos que poderiam ter sido atendidos em nível secundário, mas foram encaminhados ao terciário.

$$TEPA = \left(\frac{N^{\circ} \text{ de encaminhamentos parcialmente adequados}}{N^{\circ} \text{ total de encaminhamentos analisados}} \right) \times 100$$

- Taxa de Encaminhamentos Inadequados (TEI): proporção de pacientes cujo manejo poderia ter sido resolvido na atenção primária ou fora do perfil de atendimento do ambulatório.

$$TEI = \left(\frac{N^{\circ} \text{ de encaminhamentos inadequados}}{N^{\circ} \text{ total de encaminhamentos analisados}} \right) \times 100$$

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Além do cálculo das taxas de adequação, foi realizada uma análise estatística comparativa para investigar possíveis associações entre a adequação dos encaminhamentos e outras variáveis relevantes da amostra. Para facilitar a análise e aumentar o poder estatístico das comparações, algumas variáveis foram agrupadas.

A variável de adequação dos encaminhamentos foi analisada de duas formas:

1. De forma categorizada em três grupos — “Adequado”, “Parcialmente Adequado” e “Inadequado”.
2. De forma agregada em dois grupos — “Adequado/Parcialmente Adequado” e “Inadequado”.

Essa fusão adicional teve como objetivo distinguir os casos potencialmente compatíveis com a atenção especializada daqueles claramente incompatíveis com o perfil do Ambulatório de Coluna Vertebral.

No caso da variável “origem do encaminhamento”, foi adotada uma abordagem de comparação simultânea entre todos os subgrupos (Município, Estado, Interno - Ortopedia e Interno - Outras especialidades). Essa estratégia permitiu uma visão abrangente das diferenças entre os perfis de origem, reduzindo o risco de interpretações enviesadas que podem ocorrer em comparações isoladas.

Foi realizada também a comparação entre o tipo de regulação utilizado — se via telerregulação ou não telerregulado — e as adequações. Além disso, foram comparados os diferentes fluxos de encaminhamento (fluxos 1 a 4), permitindo uma análise mais detalhada do impacto do percurso assistencial sobre a adequação dos encaminhamentos.

As associações entre variáveis categóricas foram testadas utilizando o teste do qui-quadrado, considerando-se nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$), correspondente a um intervalo de confiança de 95%. Os dados dessas análises estão apresentados na seção de Resultados.

4 RESULTADOS

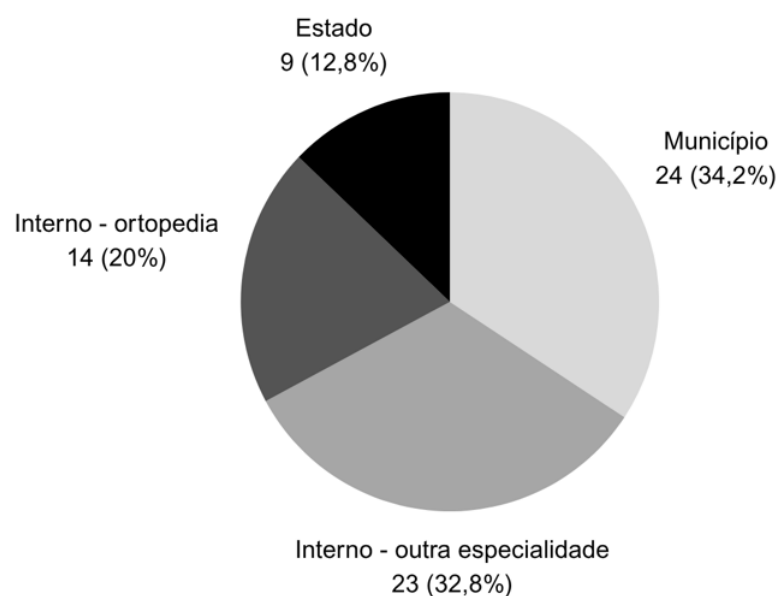
4.1 AMOSTRA

Foram analisados 71 prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Coluna Vertebral do CHC/UFPR entre fevereiro e maio de 2025. Destes, 1 prontuário foi excluído por erro de agendamento, totalizando 70 prontuários que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. A média de idade dos pacientes foi de 56,2 anos ($DP \pm 16,6$), com valores mínimo de 15 e máximo de 83 anos. Desses, 52 eram do sexo feminino (74,3%) e 18 do sexo masculino (25,7%). Em relação ao hábito tabágico, 10 pacientes eram fumantes ativos (14,3%), 17 eram ex-tabagistas (24,3%) e 43 não eram fumantes (61,4%).

4.2 ORIGEM DOS ENCAMINHAMENTOS

Dos 70 prontuários analisados, a origem dos encaminhamentos foi majoritariamente de serviços internos do CHC (totalizando 52,8%). Encaminhamentos externos representaram 47,1% dos casos. O detalhamento desses dados está exposto na Figura 2.

FIGURA 2 – GRÁFICO DE DISTRIBUIÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS POR ORIGEM

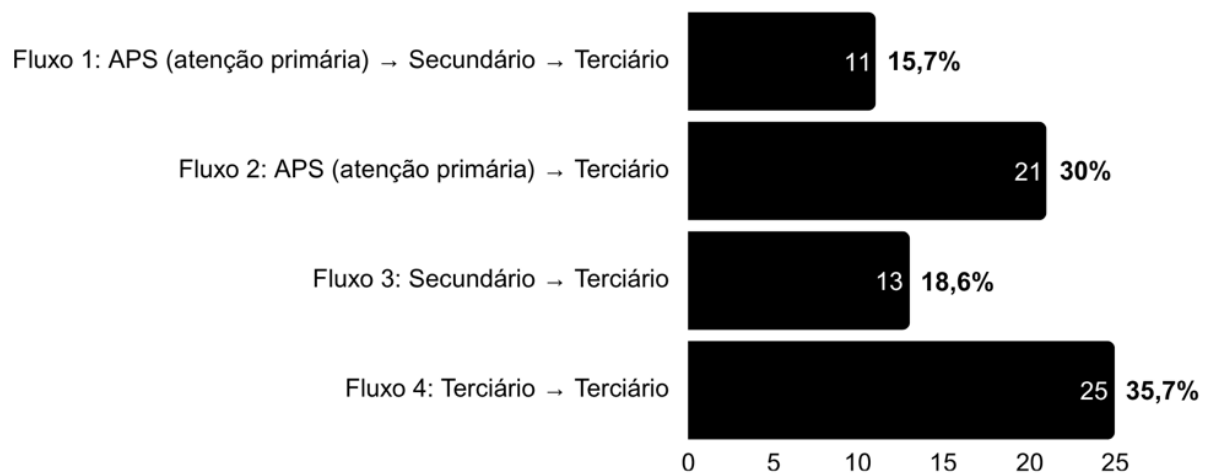


FONTE: O autor (2025).

4.3 FLUXOS DE REGULAÇÃO

Os encaminhamentos foram classificados conforme o fluxo percorrido no sistema de atenção à saúde. O Fluxo 4 (Terciário → Terciário) foi o mais frequente, representando 35,7% dos casos, seguido pelo Fluxo 2 (APS → Terciário) com 30%. O Fluxo 3 (Secundário → Terciário) correspondeu a 18,6%, enquanto o Fluxo 1 (Primário → secundário → Terciário) representou 15,7% dos atendimentos.

FIGURA 3 – GRÁFICO DE DISTRIBUIÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS POR FLUXO DE REGULAÇÃO



FONTE: O autor (2025).

4.4 TAXAS DE ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS

A Taxa de Encaminhamentos Adequados (TEA) foi de 35,71% (equação 1), indicando que cerca de um terço dos pacientes apresentavam perfil compatível com atendimento em serviço terciário. A Taxa de Encaminhamentos Parcialmente Adequados (TEPA) foi de 27,14% (equação 2). Já a Taxa de Encaminhamentos Inadequados (TEI) alcançou 37,14% (equação 3), ou seja, a maioria dos encaminhamentos analisados.

$$(1) \quad TEA = \left(\frac{25}{70}\right) \times 100 = 35,71\%$$

$$(2) \quad TEPA = \left(\frac{19}{70}\right) \times 100 = 27,14\%$$

$$(3) \quad TEI = \left(\frac{26}{70}\right) \times 100 = 37,14\%$$

4.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS E ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS

4.5.1 Origem *versus* adequação

As tabelas 1 e 2 delineiam os resultados comparativos entre a origem dos encaminhamentos e a adequação, de forma categorizada e agregada respectivamente. Destaca-se a maior adequação dos encaminhamentos municipais em relação aos demais nas duas modalidades de comparação. A maior inadequação foi obtida de encaminhamentos de outras especialidades internas. Os resultados foram estatisticamente significativos.

TABELA 1 - ADEQUAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO EM RELAÇÃO A SUA ORIGEM

Origem do encaminhamento	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	Total
Município	11 (45,8%)	8 (33,3%)	5 (20,8%)	24 (100%)
Estado	3 (33,3%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	9 (100%)
Interno - Ortopedia	3 (21,4%)	5 (35,7%)	6 (42,8%)	14 (100%)
Interno - Outras especialidades	8 (34,7%)	4 (17,4%)	11 (47,8%)	23 (100%)
Valor de p = 0.0161				

FONTE: O autor (2025).

NOTAS: Teste Qui-quadrado de Pearson (nível de significância de 5%).

TABELA 2 - ADEQUAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO EM RELAÇÃO A SUA ORIGEM, DESTACANDO INADEQUAÇÃO

Origem do encaminhamento	Adequado/Parcialmente adequado	Inadequado	Total
Município	19 (79,2%)	5 (20,8%)	24 (100%)
Estado	5 (55,5%)	4 (44,4%)	9 (100%)
Interno - Ortopedia	8 (57,1%)	6 (42,8%)	14 (100%)
Interno - Outras especialidades	12 (52,3%)	11 (47,8%)	23 (100%)
Valor de p = 0,0390			

FONTE: O autor (2025).

NOTAS: Teste Qui-quadrado de Pearson (nível de significância de 5%).

4.5.2 Fluxo *versus* adequação

Semelhante à origem, o fluxo de origem foi comparado a adequação. As tabelas 3 e 4 expõe os resultados. A maioria dos encaminhamentos originou-se de serviços terciários. Os encaminhamentos adequados predominantemente vieram do fluxo 1 (APS → Secundário → Terciário) quando analisados em 3 categorias, mas

quando agregadas as adequações houve melhor aproveitamento de pacientes do fluxo 2 (APS → Terciário). Os pacientes com maior inadequação foram provenientes do fluxo 4 (Terciário → Terciário). Há significância estatística nessas associações.

TABELA 3 - ADEQUAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO EM RELAÇÃO AO FLUXO DE ORIGEM DOS PACIENTES

Fluxo	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	Total
Fluxo 1 – APS → Secundário → Terciário	5 (45,5%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	11 (100%)
Fluxo 2 – APS → Terciário	9 (42,9%)	7 (33,3%)	5 (23,8%)	21 (100%)
Fluxo 3 – Secundário → Terciário	5 (38,5%)	3 (23,1%)	5 (38,5%)	13 (100%)
Fluxo 4 – Terciário → Terciário	6 (24,0%)	6 (24,0%)	13 (52,0%)	25 (100%)
				Valor de p = 0,0279

FONTE: O autor (2025).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson (nível de significância de 5%).

LEGENDA: APS, Atenção Primária à Saúde.

TABELA 4 - ADEQUAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO EM RELAÇÃO AO FLUXO DE ORIGEM DOS PACIENTES, DESTACANDO INADEQUAÇÃO

Fluxo	Adequado/Parcialmente adequado	Inadequado	Total
Fluxo 1 – APS → Secundário → Terciário	8 (72,7%)	3 (27,3%)	11 (100%)
Fluxo 2 – APS → Terciário	16 (76,2%)	5 (23,8%)	21 (100%)
Fluxo 3 – Secundário → Terciário	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 (100%)
Fluxo 4 – Terciário → Terciário	12 (48,0%)	13 (52,0%)	25 (100%)
			Valor de p = 0,0353

FONTE: O autor (2025).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson (nível de significância de 5%).

LEGENDA: APS, Atenção Primária à Saúde.

4.5.3 Telerregulação versus adequação

As tabelas 5 e 6 expõe os resultados comparativos de telerregulação dos pacientes e adequação. Nota-se que o maior aproveitamento se deu quando os pacientes foram telerregulados nas duas comparações, mas principalmente quando agregamos os grupos (sendo somente 20,8% totalmente inadequados).

TABELA 5 - ADEQUAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO EM RELAÇÃO À TELERREGULAÇÃO DOS PACIENTES

Telerregulação	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	Total
Sim	11 (45,8%)	8 (33,3%)	5 (20,8%)	24 (100%)
Não	14 (30,4%)	11 (23,9%)	21 (45,6%)	46 (100%)
Valor de p = 0,0409				

FONTE: O autor (2025).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson (nível de significância de 5%).

TABELA 6 - ADEQUAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO EM RELAÇÃO À TELERREGULAÇÃO DOS PACIENTES, DESTACANDO INADEQUAÇÃO

Telerregulação	Adequado/Parcialmente adequado	Inadequado	Total
Sim	19 (79,2%)	5 (20,8%)	24 (100%)
Não	25 (54,3%)	21 (45,6%)	46 (100%)
Valor de p = 0,0414			

FONTE: O autor (2025).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson (nível de significância de 5%).

4.6 CONDIÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES

Entre os 70 prontuários analisados, foram identificadas várias condições clínicas relacionadas à coluna vertebral. As queixas mais frequentes foram agrupadas por similaridade clínica, destacando-se as síndromes lombares (n = 34), seguidas pelas doenças degenerativas da coluna (n = 14) e pelas síndromes cervicais (n = 4). Também foram registrados casos de síndrome neurológica específica (n = 1).

Além disso, um grupo heterogêneo de diagnósticos foi reunido na categoria outros diagnósticos fora do escopo do ambulatório, incluindo deformidades da coluna, traumas, complicações pós-cirúrgicas e outras condições clínicas diversas, totalizando 17 casos.

Na tabela 7, evidencia-se a distribuição dos diagnósticos por categoria.

TABELA 7 - CONDIÇÕES CLÍNICAS POR INCIDÊNCIA NA AMOSTRA (continua)

Categoria	Diagnósticos incluídos	Incidência na amostra (n)
Síndromes lombares	Lombociatalgia, lombalgia, lombalgia crônica, lombociatalgia crônica, dorsalgia crônica, dorsolombalgia crônica, lombalgia e cervicalgia	34 (48,6%)

TABELA 7 - CONDIÇÕES CLÍNICAS POR INCIDÊNCIA NA AMOSTRA (conclusão)

Categoria	Diagnósticos incluídos	Incidência na amostra (n)
Doença degenerativa da coluna	Hérnia de disco, estenose de canal, estenose lombar, estenose foraminal, espondilólise, espondilolistese, mielopatia cervical, osteoartrose, retrolistese	14 (20%)
Síndromes cervicais	Cervicalgia, cervicobraquialgia, cervicodorsalgia crônica	4 (5,7%)
Síndrome neurológica	Síndrome da cauda equina	1 (1,4%)
Outros diagnósticos	Escolioses, deformidade torácica, fratura de L5 prévia, dor pós-fratura de tornozelo, trauma raquimedular, complicação pós-cirúrgica, distúrbio neurológico, tumor em coxa direita, poliartralgia, suspeita de claudicação neurogênica	17 (24,3%)

FONTE: O autor (2025).

4.7 SEGUIMENTO DOS PACIENTES

Dos 70 pacientes analisados, observou-se que a maioria permaneceu em seguimento no próprio Ambulatório de Coluna. Em três casos (4,3%), foram registrados múltiplos destinos simultâneos, como permanência no ambulatório associada ao encaminhamento para a atenção secundária ou para outra especialidade. A distribuição dos destinos encontra-se detalhada na Tabela 8.

TABELA 8 - SEGUIMENTO DOS PACIENTES DA AMOSTRA PÓS-ATENDIMENTO

Fluxo de destino	n (%)
Fluxo 1 – Terciário → Primário	2 (2,9%)
Fluxo 2 – Terciário → Secundário	15 (21,4%)
Fluxo 3 – Permanece no ambulatório	32 (45,7%)
Fluxo 4 – Outra especialidade	18 (25,7%)
Múltiplos destinos*	3 (4,3%)

FONTE: O autor (2025).

NOTA: *Pacientes registrados com Fluxo 2 + 3 (n=1), Fluxo 2 + 4 (n=1) e Fluxo 3 + 4 (n=1).

5 DISCUSSÃO

A principal constatação deste estudo foi a alta proporção de encaminhamentos inadequados ao Ambulatório de Coluna Vertebral, com uma Taxa de Encaminhamentos Inadequados (TEI) de 37,14%. Esse percentual supera tanto a Taxa de Encaminhamentos Adequados (TEA), de 35,71%, quanto a Taxa de Encaminhamentos Parcialmente Adequados (TEPA), de 27,14%, evidenciando um importante problema na triagem e na organização da rede de atenção à saúde. O dado mais preocupante reside justamente na elevada frequência de casos que não se enquadravam no perfil do serviço terciário, o que sugere falhas no processo de referência e sobrecarga do ambulatório com demandas que poderiam ser resolvidas em níveis secundários ou até mesmo primários de atenção. Não foram localizados na literatura nacional estudos que abordem de forma específica a adequação dos encaminhamentos para serviços especializados em ortopedia da coluna vertebral, o que confere a este trabalho um caráter inédito e relevante. Essa lacuna de estudos escassos dificulta comparações diretas com outras pesquisas, mas, ao mesmo tempo, ressalta a importância de ampliar a discussão.

A validade da elevada proporção de encaminhamentos inadequados observada na análise descritiva inicial é reforçada pelos testes estatísticos aplicados à origem dos encaminhamentos, os quais demonstraram associação significativa com a adequação. Quando os encaminhamentos foram agrupados em adequados e parcialmente adequados, em oposição aos inadequados, observou-se uma diferença significativa entre as origens ($p = 0,0390$), com destaque para os encaminhamentos provenientes dos municípios, que apresentaram a menor proporção de inadequação (20,8%) e a maior taxa de aproveitamento (79,2%). Já ao se analisar a adequação em três categorias distintas (adequado, parcialmente adequado e inadequado), a associação também se manteve significativa ($p = 0,0161$), evidenciando padrões distintos entre os grupos. Chamam atenção especialmente os encaminhamentos internos, tanto de outras especialidades quanto da ortopedia, com taxas de inadequação elevadas (47,8% e 42,8%, respectivamente), além de uma baixa proporção de encaminhamentos plenamente adequados. Esses dados sugerem que, embora se esperasse maior precisão nos encaminhamentos internos de um hospital terciário, os municípios demonstraram maior aderência ao perfil esperado do ambulatório, o que pode indicar fragilidades nos processos de contrarreferência e

regulação interna da própria instituição. Isso pode ser discutido, em um primeiro momento, considerando que uma das atribuições do médico da atenção primária é identificar os pacientes mais complexos, diferenciando-os daqueles com condições manejáveis primariamente. Por outro lado, profissionais da atenção secundária e terciária, inseridos em um contexto distinto — focados nas doenças específicas de suas áreas — e muitas vezes desvinculados das condições de coluna vertebral, podem não ter o mesmo domínio dos critérios de encaminhamento, o que pode contribuir para as maiores taxas de inadequação observadas nesses fluxos.

Tendo em vista que a maioria dos pacientes avaliados neste estudo apresentava diagnóstico de síndromes lombares, torna-se pertinente a comparação com o estudo argentino realizado por Besse et al. (2024), que analisou 44 pacientes adultos com dor lombar encaminhados a especialistas em coluna de clínicas ambulatoriais de ortopedia e traumatologia. Observou-se que a maioria dos encaminhamentos foi considerada adequada. No entanto, o mesmo estudo identificou fragilidades importantes no processo de referência, com predomínio de encaminhamentos informais, apenas 20% dos pacientes adequadamente examinados e menos de 30% apresentando sinais de alerta documentados com exames complementares pertinentes. Ao contrastar esses achados com os do presente estudo, que identificou uma Taxa de Encaminhamentos Inadequados (TEI) de 37,14%, nota-se que, embora os contextos assistenciais sejam distintos, ambos os trabalhos apontam para deficiências estruturais na qualificação do encaminhamento. A semelhança entre os estudos reforça a hipótese de que a dor lombar, apesar de frequente, ainda é manejada de forma subótima em diversos níveis da atenção à saúde, comprometendo a eficiência dos fluxos assistenciais e a utilização racional dos recursos especializados.

O Ambulatório de Coluna Vertebral do CHC possui um perfil predominantemente cirúrgico, recebendo majoritariamente pacientes com condições como estenose degenerativa lombar (com ou sem listese), estenose cervical, hérnias discais lombares e cervicais, espondilodiscite, espondilólise, indicações de infiltração guiada e revisões de cirurgias prévias. Esse panorama demonstra que a maioria dos pacientes atendidos demanda investigação por exames de imagem para planejamento terapêutico adequado, especialmente a ressonância magnética da coluna. Dentro dessa lógica, é pertinente a comparação com o estudo de Krogh et al. (2022), que analisou a adequação dos encaminhamentos da atenção primária para ressonância

magnética lombar, e encontrou que apenas 24,5% dos pedidos foram considerados apropriados, enquanto 75,5% foram inadequados. Destaca-se ainda que, entre os encaminhamentos inadequados, 51% não mencionavam tratamento não cirúrgico prévio e 49% não informavam a duração desse tratamento conservador. Esses achados reforçam a importância de um manejo inicial bem documentado e resolutivo antes da referência ao nível terciário, colaborando com a compreensão da elevada Taxa de Encaminhamentos Inadequados (TEI) de 37,14% identificada neste estudo.

Os dados deste estudo revelaram uma associação estatisticamente significativa entre a presença de telerregulação e a adequação dos encaminhamentos ao Ambulatório de Coluna Vertebral. Quando os casos foram agrupados em adequados e parcialmente adequados e comparado aos inadequados, os encaminhamentos submetidos à telerregulação apresentaram uma taxa de aproveitamento de 79,2%, contra apenas 54,3% nos casos não telerregulados ($p = 0,0414$). Essa tendência se manteve mesmo quando a adequação foi analisada em três categorias distintas (adequado, parcialmente adequado e inadequado), com $p = 0,0409$. Esses achados sugerem que a triagem especializada realizada por meio da telerregulação está associada a um maior alinhamento com o perfil esperado do serviço terciário, promovendo maior racionalidade no uso do ambulatório especializado. Uma possível justificativa para esse desempenho mais favorável reside no próprio funcionamento da telerregulação no município de Curitiba. Nesse sistema, os pedidos de encaminhamento para atendimento especializado em coluna são avaliados por um médico ortopedista regulador, que acessa eletronicamente os dados clínicos do paciente, incluindo sintomas, tratamentos instituídos e justificativa do encaminhamento. A partir dessa análise, o regulador pode devolver o pedido ao profissional da atenção primária com orientações específicas, como a solicitação de complementação de informações clínicas e a tentativa de medidas terapêuticas de acordo com protocolos e diretrizes. Quando indicado, também pode autorizar o encaminhamento. Esse processo qualificado contribui para uma triagem mais precisa dos casos que de fato necessitam de atenção terciária, o que auxilia a explicar a maior taxa de adequação observada entre os encaminhamentos submetidos à telerregulação.

Os encaminhamentos originados de serviços internos — tanto de outras especialidades quanto da própria ortopedia — e da esfera estadual apresentaram taxas de inadequação superiores às observadas nos encaminhamentos provenientes

dos municípios. Uma possível justificativa para essa diferença está na ausência de um sistema estruturado de telerregulação para esses fluxos. Ao contrário do que ocorre na rede municipal, onde a análise prévia por um regulador especializado permite alinhar o perfil dos casos ao serviço de destino, os encaminhamentos internos e estaduais costumam ocorrer forma mais direta, sem mediação técnica intermediária. Ademais, profissionais de outras especialidades que atuam no hospital, ainda que inseridos em um contexto terciário, não necessariamente possuem instrução ou familiaridade com os critérios específicos de encaminhamento em ortopedia da coluna vertebral. Soma-se a isso o fato de que esses profissionais exercem predominantemente funções clínicas e assistenciais, sem participação ativa nos processos de gestão da rede ou conhecimento aprofundado sobre fluxos regulatórios e diretrizes de acesso aos diferentes níveis de atenção. Já no caso da ortopedia interna, embora haja domínio técnico sobre quadros ortopédicos e autonomia para solicitar exames de imagem, a taxa de inadequação observada pode refletir limitações operacionais, dificuldades na condução de tratamentos conservadores mais prolongados ou mesmo interpretações divergentes sobre os critérios de complexidade. A inexistência de uma instância reguladora que ofereça suporte técnico e normativo, como ocorre na telerregulação, possivelmente contribui para essas discrepâncias de adequação.

Resultados semelhantes aos observados na telerregulação municipal de Curitiba foram descritos em um estudo retrospectivo realizado nos Estados Unidos, que avaliou o modelo *Primary Spine Care* (PSC) no manejo inicial de distúrbios da coluna vertebral. Nesse modelo, profissionais com formação específica atuam como primeiro ponto de contato, utilizando protocolos clínicos para evitar o encaminhamento precoce a especialistas. Ao comparar mais de 2.600 pacientes, Bezdjian et al. (2022) observaram que aqueles atendidos por médicos PSC apresentaram menores taxas de hospitalizações, uso de opioides, injeções espinhais e encaminhamentos especializados nos seis meses subsequentes à consulta inicial. Esses achados reforçam a efetividade de abordagens estruturadas e baseadas em evidências para qualificar a porta de entrada dos pacientes com queixas de coluna. De forma análoga, os resultados do presente estudo indicam que a atuação de um ortopedista regulador na telerregulação de Curitiba esteve associada a uma taxa significativamente maior de adequação dos encaminhamentos (79,2%), quando comparada à observada nos fluxos internos e estaduais, nos quais esse tipo de mediação especializada ainda não

está presente. Ambas as experiências sugerem que modelos de triagem especializada podem contribuir de forma significativa para a organização do acesso à atenção terciária em ortopedia de coluna.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A primeira refere-se à subjetividade na avaliação da adequação dos encaminhamentos, uma vez que, apesar da utilização de critérios objetivos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a decisão final foi influenciada pela análise clínica individual realizada por um único especialista. Essa abordagem, embora prática, pode introduzir viés de julgamento, sobretudo em casos limítrofes entre os níveis de atenção. Além disso, o estudo foi realizado em apenas um centro terciário de referência, o que limita a generalização dos achados para outros contextos regionais ou instituições com organização assistencial distinta. Soma-se a isso o fato de o Ambulatório de Coluna Vertebral do CHC/UFPR possuir características assistenciais específicas, como a exclusão de casos de trauma, deformidades da coluna, doenças pediátricas, entre outros. Tais condições podem influenciar o perfil de adequação observado. A ausência de padronização ou detalhamento da origem dos encaminhamentos internos dentro do próprio hospital (como especialidades clínicas, cirúrgicas) também impede uma análise mais refinada do papel da triagem intra-hospitalar. Ainda, por se tratar de um estudo de corte transversal, a investigação se limita a um retrato de um único período, sem considerar variações sazonais ou mudanças estruturais no sistema de regulação. Por fim, cabe destacar que, na contabilização dos critérios de exclusão, foram considerados apenas prontuários de relevância crítica para o estudo. Assim, casos excluídos por não se tratarem de primeira consulta ou de retorno semestral pós-primeira consulta não foram contabilizados, ao contrário dos erros de agendamento, que foram mantidos na análise por apresentarem relação administrativa.

Diante das lacunas evidenciadas, este trabalho abre espaço para aprofundamentos futuros que possam qualificar ainda mais a discussão sobre a adequação de encaminhamentos para serviços terciários. Estudos multicêntricos, com participação de outras instituições e realidades regionais, poderiam ampliar a aplicabilidade dos achados e revelar variações estruturais nos fluxos assistenciais. A adoção de critérios objetivos com avaliação por mais de um especialista, de forma cega ou em consenso, ajudaria a reduzir a subjetividade nas decisões clínicas, especialmente em casos limítrofes. Além disso, seria útil que pesquisas futuras

identificassem de forma mais precisa a origem dos encaminhamentos internos, o que permitiria compreender melhor a dinâmica intra-hospitalar. Investigações longitudinais também poderiam analisar os desfechos dos pacientes encaminhados, oferecendo uma perspectiva mais ampla sobre a resolutividade das decisões tomadas. Por fim, estudos qualitativos com profissionais da rede assistencial podem contribuir para entender os fatores que motivam o encaminhamento ao nível terciário, favorecendo intervenções direcionadas para o fortalecimento da regionalização e da contrarreferência.

Em suma, os resultados evidenciam a importância de mecanismos regulatórios bem estruturados para garantir a adequação dos encaminhamentos ao nível terciário, além de revelarem fragilidades no fluxo assistencial que merecem atenção. Ao lançar luz sobre esses pontos críticos, este estudo contribui para o aprimoramento da organização da rede, para a qualificação do acesso aos serviços especializados e para a redução da sobrecarga do sistema terciário, que já enfrenta uma demanda naturalmente elevada.

6 CONCLUSÃO

1. O estudo identificou que a Taxa de Encaminhamentos Adequados (TEA) foi de 35,71%, a Taxa de Encaminhamentos Parcialmente Adequados (TEPA) de 27,14% e a Taxa de Encaminhamentos Inadequados (TEI) de 37,14% no Ambulatório de Coluna Vertebral do CHC/UFPR. Esse cenário evidencia uma proporção elevada de inadequação, indicando fragilidades na organização dos fluxos assistenciais.
2. A maioria dos encaminhamentos foi proveniente do fluxo Terciário-Terciário, sendo esse o fluxo com maior inadequação. Os fluxos originários da APS, com e sem intermédio do nível secundário, foram os que apresentaram maior adequação.
3. Encaminhamentos municipais foram os mais adequados, enquanto que encaminhamentos internos de outras especialidades foram os mais inadequados.
4. As síndromes lombares foram as condições clínicas mais frequentes, incluindo lombalgia, lombociatalgia, dorsalgia, dorsolombalgia e lombalgia com cervicalgia.

REFERÊNCIAS

- BASTO, L. B. R. et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/166636>. Acesso em: 3 mai. 2025.
- BESSE, M. et al. Lumbalgia y derivación al especialista de columna: situación y recursos en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Medicina*, Buenos Aires, v.84, n.3, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38907954/>. Acesso em: 1 jun. 2025.
- BEZDJIAN, S. et al. Efficiency of primary spine care as compared to conventional primary care: a retrospective observational study at an Academic Medical Center. **Chiropractic & Manual Therapies**, [s.l.], v.30, n.1, 2022. Disponível em: <https://chiromt.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12998-022-00411-x>. Acesso em: 2 jun. 2025.
- BITTENCOURT, I. S; VILELA, A. B. A; NUNES, E. C. D. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v.10, n.2, p.131-136, mar/abr. 2011. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3851>. Acesso em: 3 mai. 2025.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>. Acesso em: 4 mai. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 1 ago. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 3 mai. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 20 out. 2023. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html.

Acesso em: 3 mai. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html. Acesso em: 3 mai. 2025.

FERNANDES, V. C; SOUSA, C. L. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v.12, n.1, p.1-17, jan.2020. Disponível em:

<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/579/898>. Acesso em: 3 mai. 2025.

KROGH, S.B. et al. Appropriateness of referrals from primary care for lumbar MRI.

Chiropractic & Manual Therapies, [s.l.], v.30, n.9, 2022. Disponível em:

<https://chiromt.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12998-022-00418-4>. Acesso em: 2 jun. 2025.

MALTA, D. C. et al. Dor crônica na coluna entre adultos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n.25, p. 1-7, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ntLgwX3yM3d4Nm4CwRD654R/>. Acesso em: 4 mai. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, Brasília**, v.2, n.1, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 4 mai. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Definição – Dor Lombar. **Linhas de Cuidado**. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-lombar/definicao/>. Acesso em: 3 mai. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Planejamento Assistencial. **Linhas de Cuidado**.

Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-lombar/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-assistencial/#pills-encaminhamento>. Acesso em: 3 mai. 2025.

PEREIRA, M. C. L. et al. Saúde pública no brasil: desafios estruturais e necessidades de investimentos sustentáveis para a melhoria do sistema. **Revista**

Cedigma, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 64–80, 2024. Disponível em:

<https://revistacedigma.cedigma.com.br/index.php/cedigma/article/view/21>. Acesso em: 4 mai. 2025.

PITTA, A. M. da R. O balanço de um século da saúde pública no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.127-130, 2010. Disponível em:

<https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/656>. Acesso em: 3 mai. 2025.

ROMERO, D. E. et al. Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crônico de coluna entre adultos e idosos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v.34, n.2, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n2/e00012817>. Acesso em: 4 mai. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SBOT).

Lombalgia e lombociatalgia. **Manual Básico de Ortopedia**, São Paulo, p. 95, 2010.

Disponível em: <https://sbot.org.br/manual-basico-da-ortopedia/>. Acesso em: 3 mai. 2025.

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO CONTEÚDO FINAL

APROVAÇÃO DO CONTEÚDO FINAL



DECLARAÇÃO

Eu, Pedro Reggiani Anzuatégui, declaro conhecer e aprovar o conteúdo do trabalho intitulado “Doenças da Coluna Vertebral e o Princípio da Hierarquização do SUS: um estudo descritivo no ambulatório do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR” de autoria do estudante Pedro Emanuel Teixeira Oliveira, GRR 20201432, liberando-o para ser apresentado. Estou também ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho.

Curitiba,



Documento assinado digitalmente
PEDRO REGGIANI ANZUATEGUI
Data: 22/06/2025 15:29:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

.....
Pedro Reggiani Anzuatégui

ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR

CAEE	87053025.1.0000.0096
TÍTULO DA PESQUISA	DOENÇAS DA COLUNA VERTEBRAL E O PRINCÍPIO DA HIERARQUIZAÇÃO DO SUS: UM ESTUDO DESCRITIVO NO AMBULATÓRIO DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR
PESQUISADOR PRINCIPAL	PEDRO REGGIANI ANZUATÉGUI
EQUIPE DE PESQUISA	PEDRO EMANOEL TEIXEIRA OLIVEIRA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa supracitada, encontra-se com os documentos e relatórios obrigatórios atualizados e incluídos na Plataforma Brasil.

Curitiba, 29 de maio de 2025.

Danielle Elias da Silva
Matrícula 3003425

Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC/UFPR-Ebserh

ANEXO 3 – FORMULÁRIO ONLINE DE COLETA DE DADOS

Ficha - Coleta de Dados de Prontuário

Esse formulário foi elaborado para uso interno e exclusivo da equipe de pesquisa do projeto intitulado "Doenças da Coluna Vertebral e o Princípio da Hierarquização do SUS: um estudo descritivo no ambulatório do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR", com aplicação sobre o prontuário eletrônico de pacientes do Ambulatório de Coluna Vertebral do Complexo Hospital de Clínicas, Curitiba-PR.

mariaclara.brasil@gmail.com [Mudar de conta](#)

 Não compartilhado

** Indica uma pergunta obrigatória*

Nome do paciente *

Sua resposta

Gênero

☐ Masculino

☐ Feminino

Idade *

Sua resposta

Registro HC *

Sua resposta

Data da consulta *

Data

dd/mm/aaaa

Tipo de consulta *

☐ Primeira consulta

☐ Retorno em até 6 meses da primeira consulta



(CONTINUA)

Encaminhamento: *

- ☐ Município
- ☐ Estado
- ☐ Interno - outra especialidade
- ☐ Interno - ortopedia

Encaminhamento foi telerregulado? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Fluxo de encaminhamento: *

- ☐ Fluxo 1 – APS (atenção primária) → Secundário → Terciário
- ☐ Fluxo 2 – APS (atenção primária) → Terciário
- ☐ Fluxo 3 – Secundário → Terciário
- ☐ Fluxo 4 – Terciário → Terciário

Diagnóstico atual (se houver): *

Sua resposta

Hábito tabágico *

- ☐ Fumante ativo
- ☐ Ex-tabagista
- ☐ Não fumante

Potencial cirúrgico: *

- ☐ Necessidade de cirurgia evidente
- ☐ Potencialmente cirúrgico (caso possa evoluir para cirurgia)
- ☐ Sem necessidade de cirurgia no momento



(CONTINUA)

Classificação da adequação do encaminhamento: *

- ☐ Adequado – Encaminhamento correto ao serviço terciário, com necessidade cirúrgica, potencial cirúrgico evidente ou necessidade de acompanhar com especialista de coluna.
- ☐ Parcialmente adequado – Encaminhamento para atenção especializada necessário, mas sem demanda imediata de serviço terciário; poderia ser atendido em nível secundário.
- ☐ Inadequado

Se "Inadequado", justifique.

Sua resposta _____

Fluxo de destino do paciente: *

- ☐ Fluxo 1 – Terciário → Primário
- ☐ Fluxo 2 – Terciário → Secundário
- ☐ Fluxo 3 – Terciário → Permanece no Ambulatório de Coluna
- ☐ Fluxo 4 – Terciário → Outra especialidade

Se dor lombar, marque os critérios de encaminhamento (se houver):

- ☐ Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado
- ☐ Diagnóstico de estenose de canal lombar ou espondilolistese com sintomas compatíveis com síndrome radicular e/ou claudicação neurogênica.
- ☐ Suspeita clínica de claudicação neurogênica
- ☐ Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese ístmica (qualquer grau) ou espondilolistese degenerativa grau 2 ou superior.
- ☐ Dor lombar com sinais de alerta (febre, perda de peso inexplicada, déficits neurológicos progressivos) sem indicação emergencial e sem acesso a RM/TC na APS
- ☐ Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após 6 meses de tratamento clínico otimizado, sem acesso a serviço especializado de dor

Comentários e observações adicionais:

Sua resposta _____

Enviar

[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Does this form look suspicious? [Relatório](#)

Google Formulários



ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS

Sr(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Através deste termo solicitamos sua autorização para utilização dos dados clínicos coletados em prontuários eletrônicos de atendimento no Ambulatório de Coluna Vertebral, localizado no Complexo Hospital de Clínicas (CHC/UFPR), para o projeto de pesquisa “DOENÇAS DA COLUNA VERTEBRAL E O PRINCÍPIO DA HIERARQUIZAÇÃO DO SUS: UM ESTUDO DESCRITIVO NO AMBULATÓRIO DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR”, que será realizado pelos pesquisadores Pedro Reggiani Anzuatégui e Pedro Emanuel Teixeira Oliveira.

Essa pesquisa é relevante para avaliar a adequação dos encaminhamentos recebidos pelo Ambulatório de Coluna Vertebral do CHC, contribuindo para a melhoria do fluxo de pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, será possível entender se os pacientes encaminhados ao ambulatório realmente necessitam de atendimento especializado terciário ou se poderiam ser melhor atendidos em outros níveis de atenção à saúde. Os resultados podem auxiliar a tomar decisões baseadas em evidências para melhorar a organização.

O estudo tem como objetivo analisar os encaminhamentos recebidos pelo ambulatório, classificando-os como adequados, parcialmente adequados ou inadequados, com base nos critérios do Ministério da Saúde quando aplicável, e na avaliação de um especialista. Pretendemos identificar se os casos atendidos realmente justificam a necessidade de avaliação terciária, quais patologias são mais prevalentes e como se distribuem os fluxos de regulação (interna, municipal e estadual).

Por meio do levantamento de dados de prontuários iremos coletar informações como idade, gênero, hábito tabágico, origem do encaminhamento (regulação interna, municipal ou estadual), telerregulação, fluxo de origem e destino, diagnóstico, indicação ou não de cirurgia, realização de tratamento clínico prévio.

Os riscos dessa pesquisa são considerados mínimos por se tratar de levantamento de dados de prontuários já coletados no Ambulatório de Coluna Vertebral, mas pode haver o risco de vazamento de dados do paciente. O sigilo das informações deve ser assegurado pelos pesquisadores do projeto.

Os benefícios dessa pesquisa serão indiretos, contribuindo para a melhoria do fluxo de encaminhamentos no SUS, podendo evitar futuramente que pacientes com menor complexidade ocupem vagas em serviços especializados desnecessariamente. A longo prazo, pode reduzir o tempo de espera e melhorar a assistência para quem realmente precisa de atendimento especializado.

É garantido ao participante da pesquisa o direito de retirar a qualquer momento dessa pesquisa sem qualquer prejuízo à comunidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Versão: 1
Data: ____/____/____

1

(CONTINUA)

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, por tratar-se de um estudo descritivo, com coleta de dados do seu prontuário. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O pesquisador responsável é Pedro Reggiani Anzuatégui, que pode ser contatado em situações relacionadas à pesquisa de segunda a sexta-feira, pelo telefone 41 992880702, horário (08:00 às 18 horas).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFPR – Rua General Carneiro 181 – Alto da Glória – Curitiba/PR. Fone 41 3360-1041 das 08:00 horas às 16:30 horas de segunda a sexta-feira.

Caso se faça necessário direcionamento do problema a instâncias superiores, você poderá entrar em contato diretamente com a CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, pelo telefone (61)3315-5877 ou pelo e-mail conep@saude.gov.br

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

Se você concordar em participar desta pesquisa fornecendo os dados de seu prontuário assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome em letra de forma e assinatura.

Nome: (do participante):
Assinatura:
Data: ____/____/____.

Nome: (do representante legal)
Nível de representação: (genitor, tutor, curador, procurador.)
Nome do participante:
Data: ____/____/____.

Declaro(amos) que obtive(mos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Nome e Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Data: ____/____/____.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
--

Versão: 1 Data: ____/____/____
