



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

GABRIELA CARVALHO NASCIMENTO

Avaliação de um Programa Estadual de Incentivo para o tratamento cirúrgico da escoliose: impacto sobre a demanda reprimida e a judicialização

PORTO ALEGRE

2026



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

GABRIELA CARVALHO NASCIMENTO

Avaliação de um Programa Estadual de Incentivo para o tratamento cirúrgico da escoliose: impacto sobre a demanda reprimida e a judicialização

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Prof^a. Dra. Adriana Silveira de Almeida

PORTO ALEGRE

2026



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

Banca Examinadora

Prof^a. Dra Luciane Kopittke

Prof^a. Dra Claunara Mendonça

Prof. Thiago Hessel

Prof^a. Marcelle Guimaraes

ATA DE APROVAÇÃO
(versão final - após defesa)

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é resultado de uma trajetória que nunca foi construída sozinha. Ela nasce de um projeto em que muitas pessoas acreditaram, de desafios compartilhados, de encontros que me ensinaram a olhar para o Sistema Único de Saúde com ainda mais responsabilidade e, sobretudo, da convicção de que é possível transformar realidades quando encontramos pessoas dispostas a construir juntas. Por isso, chegar até aqui é também reconhecer e agradecer a todos que fizeram parte desse caminho.

À **Arita Bergmann**, Secretária Estadual da Saúde à época da implantação do Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose, por acreditar no potencial transformador do projeto e por possibilitar que uma ideia se tornasse uma política capaz de produzir mudanças concretas na assistência.

À **Lisiane Fagundes**, então Diretora do Departamento de Gestão da Atenção Especializada e atual Secretária Estadual da Saúde, por nos provocar constantemente a ir além, por nos ensinar a defender nossas ideias e projetos com fundamento, coragem e responsabilidade e, principalmente, por mostrar que boas propostas precisam também ser sustentadas, explicadas e defendidas para que possam se tornar realidade.

À **Lieli Dapievi**, então chefe da Divisão da Atenção Especializada e atual Diretora Adjunta do Departamento, pela confiança depositada em mim em tantas frentes de trabalho. Obrigada pelas oportunidades, pelos desafios compartilhados e por ter me permitido crescer tanto profissionalmente ao seu lado.

Ao **João Marcelo Fonseca**, então chefe adjunto da Divisão, por, com sua calma e generosidade, tantas vezes direcionar caminhos, ampliar perspectivas e me ensinar a reconhecer as “janelas de oportunidade” que surgem mesmo diante dos problemas mais complexos.

Aos meus **colegas do Departamento de Gestão da Atenção Especializada (DGAE)**, por estarem juntos neste e em tantos outros desafios cotidianos. Trabalhar ao lado de pessoas comprometidas com a construção de um SUS mais equitativo, mais resolutivo e mais potente para responder às necessidades da população dá sentido ao trabalho e renova, diariamente, a vontade de seguir buscando soluções.

Aos colegas da **Procuradoria do Estado**, especialmente ao **Dr. Lourenço Orlandini**, pela disponibilidade constante para o diálogo, pela abertura para discutir

tantas pautas e por impulsionar reflexões e debates fundamentais para transformar propostas em caminhos possíveis.

Aos colegas da **Assessoria Jurídica**, especialmente à **Isabella Poglia**, pela parceria, disponibilidade e construção conjunta no trabalho diário.

Aos colegas do **Departamento de Regulação Estadual (DRE)**, em especial ao **Dr. José Inácio**, que, mesmo hoje aposentado, deixou tantos ensinamentos sobre os desafios da ortopedia no Estado e contribuiu de maneira especial para a compreensão do tema que deu origem a esta dissertação. À **Rose Kelly**, diretamente envolvida nesta pauta, por dividir os desafios, buscar soluções e, tantas vezes, ser apoio durante esse percurso.

Aos colegas do **Telessaúde**, especialmente ao **Justino Noble**, pela contribuição na construção deste projeto e dos protocolos necessários para que ele pudesse se concretizar.

Às **equipes dos hospitais que integram o Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose**, que transformam planejamento, financiamento e organização da rede em cuidado concreto às crianças, aos adolescentes e às suas famílias. Em especial, aos **Drs. Calieron, Samuel e Falavigna**, representando as equipes assistenciais envolvidas no programa, pelas intensas horas dedicadas ao bloco cirúrgico, pela complexidade e responsabilidade de cada procedimento e pelos tantos dias de ambulatório destinados a avaliar, acompanhar e cuidar de cada paciente e de sua família. Por trás dos números apresentados nesta dissertação existem histórias, expectativas e vidas que passam pelo trabalho e pela dedicação dessas equipes.

Às **direções e equipes de gestão dos hospitais participantes**, que tornam possível que esse cuidado aconteça e que o fluxo planejado se concretize no cotidiano dos serviços. Em nome de **Lucas Basso, Cinara Maisonette, Ionara Braga e Cristiane Jaques**, agradeço a todos os profissionais envolvidos na organização das agendas, dos ambulatórios, das internações, dos blocos cirúrgicos e de tantas outras etapas, muitas vezes invisíveis, necessárias para que cada paciente percorra sua trajetória assistencial.

À minha orientadora, **Adriana de Almeida**, por aceitar mergulhar comigo neste tema, acolher minhas inquietações e me acompanhar na transformação de uma experiência vivida na gestão em uma pergunta de pesquisa e, finalmente, nesta dissertação.

Aos **professores do mestrado**, por todo o conhecimento compartilhado e pelas provocações que ampliaram meu olhar ao longo desta trajetória. E aos meus **colegas de turma**, com quem compartilhei estes dois anos tão singulares. Nossa caminhada começou em meio às enchentes de 2024, quando todos nós, de diferentes formas, fomos atingidos e desafiados a conciliar estudo, trabalho, vida e as consequências de um dos momentos mais difíceis vividos pelo Rio Grande do Sul. Chegar juntos até aqui torna essa trajetória ainda mais significativa.

Aos **amigos da vida**, que são suporte para tudo e para tanto, por compreenderem as ausências, ouvirem as histórias — mesmo quando o assunto era fila, regulação, cirurgia de escoliose ou SUS — e permanecerem sempre por perto.

Ao **meu namorado**, por estar verdadeiramente presente durante esse percurso, por se interessar, aprender comigo sobre um tema que inicialmente não era seu e, ainda assim, torná-lo um pouco seu também. Obrigada pela disponibilidade para ajudar, pela paciência, pelo incentivo e por dividir comigo não apenas as dificuldades, mas também a alegria de cada pequena conquista ao longo deste caminho.

E, por fim, à **minha família**, que é o começo, a base e a razão de tudo. Por todo o amor, pelo apoio incondicional e por serem o lugar para onde sempre posso voltar. Tudo o que construo carrega um pouco de vocês e encontra em vocês a sua razão maior.

A todos que, de alguma forma, participaram da construção deste projeto, desta pesquisa e da profissional que me tornei ao longo desse caminho, **meu mais sincero agradecimento**.

Esta dissertação leva meu nome, mas carrega o trabalho, os ensinamentos, a confiança e o cuidado de muitas pessoas.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as mudanças observadas após a implantação do Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose na produção cirúrgica, no perfil dos pacientes e nas filas de espera para consulta especializada e tratamento cirúrgico no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo, quantitativo e avaliativo, com delineamento transversal repetido. Foram analisados dados dos sistemas estaduais de regulação e da produção assistencial. As filas para consulta em Ortopedia de Coluna Pediátrica e tratamento cirúrgico foram comparadas em janeiro de 2023 e janeiro de 2026, e a produção cirúrgica dos hospitais participantes foi analisada entre 2023 e 2025. Foram avaliadas características demográficas e geográficas, classificação regulatória, tempo de espera e produção cirúrgica, utilizando-se os testes *t* de Student, Mann-Whitney e qui-quadrado de Pearson.

Resultados: Foram realizados 181 procedimentos cirúrgicos, sendo 14 em 2023, 80 em 2024 e 87 em 2025. A produção média mensal aumentou de 1,6 para 7,0 procedimentos após a implantação do programa ($p=0,0001$), sem diferenças significativas na idade e no sexo dos pacientes operados. Houve mudança na distribuição por macrorregião de residência ($p=0,0058$), com maior diversidade regional no período pós-implantação. A fila para consulta especializada aumentou de 104 para 327 pacientes, e a idade média diminuiu de 15,4 para 13,3 anos ($p<0,001$). A mediana do tempo entre solicitação e realização da consulta foi de 431 dias no período pré e 442 dias no pós ($p=0,506$), com redução da dispersão dos tempos de espera. A fila cirúrgica passou de 100 para 119 pacientes, sem diferenças significativas nas características demográficas ou na distribuição regional.

Conclusão: A implantação do programa foi acompanhada por aumento superior a quatro vezes na produção cirúrgica mensal e maior abrangência regional dos pacientes operados, sem alteração relevante do perfil demográfico. A ampliação da oferta cirúrgica coexistiu com crescimento das filas de consulta especializada e tratamento cirúrgico, cujo comportamento deve ser interpretado considerando limitações de cobertura e atualização dos sistemas de regulação.

Palavras-chave: Escoliose; Programa de Estímulos e Incentivos; Gestão em Saúde;

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate changes following the implementation of the State Incentive Program for Surgical Treatment of Scoliosis in surgical volume, patient characteristics, and waiting lists for specialist consultation and surgical treatment within the Brazilian Unified Health System in Rio Grande do Sul, Brazil.

METHODS: This was a retrospective, quantitative, evaluative observational study with a repeated cross-sectional design. Data from state healthcare regulation systems and surgical production records were analyzed. Waiting lists for Pediatric Spine Orthopedics consultations and surgical treatment were compared between January 2023 and January 2026, and surgical procedures performed at participating hospitals were analyzed from 2023 to 2025. Demographic and geographic characteristics, regulatory priority classification, waiting time, and surgical volume were assessed using Student's *t*-test, the Mann-Whitney test, and Pearson's chi-square test.

RESULTS: A total of 181 surgical procedures were performed: 14 in 2023, 80 in 2024, and 87 in 2025. Mean monthly surgical volume increased from 1.6 to 7.0 procedures after program implementation ($p=0.0001$), with no significant differences in the age or sex of patients undergoing surgery. The distribution by health macroregion of residence changed ($p=0.0058$), with greater regional diversity in the post-implementation period. The waiting list for specialist consultation increased from 104 to 327 patients, while mean age decreased from 15.4 to 13.3 years ($p<0.001$). The median time from consultation request to completion was 431 days in the pre-implementation period and 442 days in the post-implementation period ($p=0.506$), with reduced variability in waiting times. The surgical waiting list increased from 100 to 119 patients, with no significant differences in demographic characteristics or regional distribution.

CONCLUSION: Program implementation was accompanied by a more than fourfold increase in monthly surgical volume and broader regional representation among patients undergoing surgery, with no relevant change in their demographic profile. The expansion of surgical capacity coexisted with growth in waiting lists for specialist consultation and surgical treatment, which should be interpreted considering limitations in the coverage and updating of the healthcare regulation systems.

Keywords:

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1. Valor atribuído aos procedimentos para tratamento cirúrgico de deformidade da coluna

Tabela 2. Valor atribuído às OPMES compatíveis com os procedimentos para tratamento cirúrgico de deformidade da coluna

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	112
1 OBJETIVOS	13
1.1 OBJETIVO GERAL	Erro! Indicador não definido.
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Erro! Indicador não definido.
2 INTRODUÇÃO	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ARTIGO/PARECER/RS/OUTRO PRODUTO TÉCNICO	36
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
APÊNDICE E ANEXOS	5153
A. APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA [SE HOVER]	51
B. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA	52

APRESENTAÇÃO

Minha aproximação com o tema desta dissertação começou muito antes de eu imaginar que trabalharia com gestão em saúde ou que, algum dia, a escoliose se tornaria também objeto da minha trajetória acadêmica e profissional.

Em 2009, iniciei a graduação em Engenharia Ambiental. Depois de aproximadamente um ano e meio de curso, percebi que aquela não era a trajetória profissional que desejava seguir. A decisão de interromper uma graduação sem ainda saber qual caminho escolher em seguida trouxe um período de incertezas, mas também a oportunidade de descobrir outros interesses.

Foi justamente nesse intervalo que, passando menos tempo em movimento e em atividades cotidianas, comecei a sentir dores na coluna e procurei atendimento fisioterapêutico. Durante esse acompanhamento, descobri que tinha escoliose e passei a realizar tratamento por meio de exercícios posturais. O contato com a Fisioterapia despertou um interesse que, até então, eu desconhecia. Gostei tanto daquele universo e das possibilidades de cuidado que encontrei ali que decidi transformar essa experiência em uma nova escolha profissional.

Ingressei, então, no curso de Fisioterapia, concluído em 2016. Após a graduação, realizei residência no Grupo Hospitalar Conceição, na área de Atenção ao Paciente Crítico, e posteriormente atuei na assistência hospitalar. Durante esses anos, minha trajetória profissional esteve predominantemente relacionada ao cuidado direto ao paciente, distante ainda da dimensão da gestão e da organização das redes de atenção que mais tarde passaria a ocupar grande parte do meu trabalho.

Em 2022, iniciei minha atuação na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Entre as áreas pelas quais passaria a ser responsável estava a traumatologia e ortopedia. Foi nesse contexto que a escoliose, tantos anos depois, retornou à minha trajetória, dessa vez sob uma perspectiva completamente diferente.

O cenário encontrado naquele momento era desafiador. Após a pandemia de COVID-19, a realização de cirurgias para tratamento das deformidades da coluna havia sido significativamente reduzida, contribuindo para o acúmulo de pacientes aguardando atendimento e para a necessidade de reorganização dessa oferta no Estado. A escoliose deixou, então, de ser para mim apenas uma condição que havia conhecido sob a perspectiva de paciente e fisioterapeuta e passou a representar um problema concreto de acesso, regulação, organização da rede e gestão do Sistema Único de Saúde.

A partir desse desafio, iniciamos um processo de compreensão do cenário existente, análise das filas de espera, avaliação da capacidade dos serviços e discussão com os hospitais e equipes envolvidas. Era necessário compreender não apenas quantos pacientes aguardavam, mas quais eram os obstáculos que impediam a retomada e a ampliação da assistência e quais estratégias poderiam contribuir para restabelecer a oferta do tratamento cirúrgico da escoliose no Rio Grande do Sul.

Desse trabalho nasceu o Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose, implantado em 2023. E, com sua implantação, surgiram também novas perguntas. Depois de construir uma estratégia para enfrentar o problema, tornou-se necessário avaliar seus resultados: compreender se a ampliação da oferta havia efetivamente ocorrido, como as filas de espera haviam se comportado e em que medida a política implementada havia sido capaz de modificar o cenário que motivou sua criação. Foi assim que um problema vivenciado no cotidiano da gestão se transformou também em uma pergunta de pesquisa e deu origem a esta dissertação.

Ao revisitar essa trajetória, percebo que a escoliose esteve presente em momentos muito distintos da minha formação. Primeiro, como paciente, contribuiu inesperadamente para que eu encontrasse a profissão que escolheria seguir. Depois, como fisioterapeuta, fez parte do campo de conhecimento no qual me formei. Anos mais tarde, já na gestão do SUS, reapareceu como um desafio de política pública e de garantia de acesso à assistência especializada.

Esta dissertação nasce desse último encontro. Mais do que avaliar um programa, ela representa a oportunidade de analisar, com o rigor da pesquisa, uma estratégia construída a partir de um problema real do SUS e de devolver à gestão conhecimento capaz de contribuir para seu aprimoramento. É também o encontro entre diferentes partes da minha trajetória e a reafirmação de uma convicção que o trabalho na saúde pública fortaleceu em mim: compreender os problemas, produzir evidências e avaliar aquilo que fazemos são etapas fundamentais para transformar boas intenções em políticas capazes de produzir mudanças concretas na vida das pessoas.

1 OBJETIVOS

- 1.1 Objetivo Geral:** Avaliar os resultados da implantação do Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose sobre a produção cirúrgica, o perfil dos pacientes atendidos e a evolução das filas de espera para consulta especializada e tratamento cirúrgico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado do Rio Grande do Sul.
- 1.2 Objetivos Específicos:**
 - 1.2.1** Descrever o contexto assistencial da escoliose idiopática do adolescente no Estado do Rio Grande do Sul, no período pré-implantação do programa;
 - 1.2.2** Analisar a evolução da produção cirúrgica para tratamento de escoliose após a implementação do programa;
 - 1.2.3** Avaliar a variação da demanda reprimida, por meio do número de pacientes em fila de espera;
 - 1.2.4** Estimar o dano financeiro potencial evitado das ações judiciais para o tratamento cirúrgico da escoliose após a implementação do Programa;
 - 1.2.5** Identificar possíveis limitações e potencialidades do programa enquanto estratégia de ampliação do acesso à alta complexidade no SUS.

2 INTRODUÇÃO

O acesso oportuno aos procedimentos cirúrgicos representa um dos principais desafios enfrentados pelos sistemas públicos de saúde. O crescimento da demanda por cirurgias eletivas, associado à insuficiência da capacidade instalada, à distribuição desigual dos serviços especializados e às limitações de financiamento, tem contribuído para a formação de extensas listas de espera, comprometendo o acesso ao tratamento em tempo adequado (Guiroy et al., 2023; Lemos et al., 2025). Além de representar um problema organizacional, a demora para realização dos procedimentos pode modificar a evolução das doenças, aumentar a complexidade terapêutica, elevar os custos assistenciais e ampliar as desigualdades no acesso aos serviços especializados, tornando a redução das filas cirúrgicas uma prioridade para gestores e sistemas de saúde (Rathnayake & Clarke, 2021; Lemos et al., 2025).

Entre as condições em que o acesso oportuno ao tratamento cirúrgico exerce influência direta sobre a evolução clínica destaca-se a escoliose idiopática do adolescente (EIA), principal deformidade estrutural da coluna vertebral na infância e adolescência (Grossman et al., 2018; Hresko, 2013). A cirurgia constitui o tratamento indicado para pacientes com deformidades progressivas de maior magnitude e tem como objetivos interromper a progressão da curva, restaurar o alinhamento da coluna vertebral e melhorar a função e a qualidade de vida (Hresko, 2013; Oliveira et al., 2024). Entretanto, a efetividade dessa intervenção depende de sua realização em tempo oportuno, uma vez que o atraso está associado à progressão da deformidade, aumento da complexidade cirúrgica, maior utilização de recursos hospitalares e piores desfechos clínicos e funcionais (Miyajima et al., 2015; Tarrant et al., 2016; Ramo et al., 2019). Além disso, pacientes submetidos a longos períodos de espera apresentam pior qualidade de vida, especialmente nos domínios relacionados à dor, função física e autoimagem (Calman et al., 2013; Bressan-Neto et al., 2021).

Apesar da reconhecida importância do tratamento oportuno, as filas para cirurgia de escoliose permanecem como realidade em diversos sistemas públicos de saúde. Na América Latina, limitações relacionadas ao financiamento, à disponibilidade de profissionais especializados, à concentração dos centros de referência e à insuficiência da capacidade instalada dificultam o acesso aos procedimentos cirúrgicos (Guiroy et al., 2023). No Brasil, estudos realizados em hospitais públicos

demonstram tempos prolongados de espera, pacientes frequentemente encaminhados em estágios avançados da doença e importantes desigualdades no acesso ao tratamento especializado (Bressan-Neto et al., 2021; Dorneles Filho et al., 2023; Ferreri et al., 2025). Esse cenário foi agravado pela pandemia de COVID-19, que reduziu temporariamente a realização de procedimentos eletivos e contribuiu para o aumento da demanda reprimida em diversas especialidades cirúrgicas (Dermott et al., 2021; Castanheira et al., 2022).

A demanda reprimida por procedimentos cirúrgicos resulta de múltiplos fatores relacionados tanto à capacidade de oferta quanto à organização dos sistemas de saúde. Além das limitações estruturais, aspectos como a organização da regulação assistencial, a coordenação entre os diferentes níveis de atenção e a gestão das listas de espera influenciam diretamente o acesso aos serviços especializados (Lemos et al., 2025; Guiroy et al., 2023). Nesse contexto, diferentes estratégias vêm sendo adotadas para qualificar o acesso aos procedimentos eletivos, incluindo protocolos clínicos de regulação, mecanismos de priorização, organização regional das filas e ampliação da oferta assistencial (Rathnayake & Clarke, 2021; Katz et al., 2020). No Rio Grande do Sul, a implantação de protocolos clínicos de regulação mostrou-se efetiva para qualificar o acesso às consultas especializadas; entretanto, nas especialidades cirúrgicas, a reorganização da regulação, isoladamente, mostrou-se insuficiente para reduzir os tempos de espera, evidenciando a necessidade de intervenções voltadas também ao incremento da capacidade assistencial (Katz et al., 2020).

Embora a literatura apresente evidências consistentes sobre os impactos da demora para realização da cirurgia e descreva diferentes estratégias para qualificação do acesso, permanecem escassos os estudos que avaliam políticas públicas estruturadas de financiamento destinadas especificamente à ampliação da oferta de cirurgias de escoliose em sistemas públicos universais de saúde. A maior parte das publicações concentra-se na caracterização das filas de espera, na evolução clínica dos pacientes ou na descrição de experiências locais, havendo limitada produção científica sobre os efeitos dessas políticas na ampliação da capacidade assistencial, na redução da demanda reprimida e na organização do acesso aos serviços especializados (Guiroy et al., 2023; Lemos et al., 2025; Lisboa et al., 2022).

Com o objetivo de enfrentar esse cenário, o Estado do Rio Grande do Sul instituiu, em novembro de 2023, o Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose. A iniciativa foi estruturada a partir da identificação de hospitais habilitados em alta complexidade em ortopedia e traumatologia que apresentavam equipes especializadas e capacidade assistencial disponível para ampliar a realização desses procedimentos mediante incentivo financeiro estadual. Entre novembro de 2023 e dezembro de 2025, o Programa destinou R\$ 10.176.000,00 para ampliação da oferta de cirurgias de escoliose no âmbito do SUS (Portaria SES/RS 985/2023 e alterações) constituindo uma estratégia de utilização da capacidade instalada para enfrentamento da demanda reprimida.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da implantação do Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose sobre a produção cirúrgica, o perfil dos pacientes e o comportamento das filas de espera para consulta especializada e tratamento cirúrgico no âmbito do SUS do Estado do Rio Grande do Sul. Espera-se que as evidências produzidas contribuam para o aperfeiçoamento das políticas públicas voltadas à organização da atenção especializada e à ampliação do acesso oportuno a procedimentos cirúrgicos de alta complexidade no SUS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ESCOLIOSE

A escoliose é uma deformidade tridimensional da coluna vertebral caracterizada por desvio lateral no plano coronal igual ou superior a 10°, mensurado pelo método de Cobb, associado à rotação vertebral e alterações nos planos sagital e axial (Hresko, 2013; Oliveira et al., 2024). Trata-se de uma condição heterogênea, classificada conforme sua etiologia em idiopática, congênita, neuromuscular, sindrômica e degenerativa, entre outras formas menos frequentes (Costa & Silva, 2020; Oliveira et al., 2024). Dentre essas, a escoliose idiopática do adolescente (EIA) representa aproximadamente 80% a 85% dos casos de escoliose idiopática (Grossman et al., 2018; Oliveira et al., 2024). A doença manifesta-se entre os 10 anos de idade e a maturidade esquelética, apresentando prevalência estimada entre 1% e 3% da população adolescente (Grossman et al., 2018). Embora acometa ambos os sexos, a progressão das curvas é significativamente mais frequente no sexo feminino, razão pela qual meninas apresentam maior probabilidade de necessitar tratamento especializado (Hresko, 2013; Costa & Silva, 2020).

A etiologia da EIA permanece desconhecida, sendo considerada uma condição multifatorial na qual fatores genéticos, biomecânicos, hormonais e neuromusculares provavelmente atuam de forma integrada no desenvolvimento da deformidade (Costa & Silva, 2020; Oliveira et al., 2024). A evolução clínica é variável e depende principalmente do potencial de crescimento remanescente do paciente (Hresko, 2013). Enquanto a maioria dos adolescentes apresenta curvas de pequena magnitude, que permanecem estáveis durante o crescimento, uma parcela evolui com progressão significativa da deformidade, sobretudo durante o estirão puberal (Hresko, 2013; Grossman et al., 2018). Entre os principais fatores associados à progressão destacam-se a idade inferior a 12 anos, a imaturidade esquelética, representada pelos estágios iniciais do sinal de Risser, a maior magnitude inicial da curva e o sexo feminino (Hresko, 2013; Costa & Silva, 2020). Esses fatores constituem os principais parâmetros utilizados para estimar o risco de progressão e orientar o seguimento clínico dos pacientes (Grossman et al., 2018; Oliveira et al., 2024).

As repercussões da EIA extrapolam a deformidade radiográfica da coluna vertebral. A progressão das curvas pode ocasionar alterações posturais, assimetria

do tronco, desequilíbrio corporal e limitação funcional (Costa & Silva, 2020; Oliveira et al., 2024). Em deformidades de maior magnitude, particularmente na região torácica, podem ocorrer repercussões respiratórias decorrentes da redução da complacência da caixa torácica e da limitação da expansão pulmonar (Hresko, 2013; Oliveira et al., 2024). Além das manifestações físicas, a doença produz importante impacto psicossocial durante a adolescência, comprometendo a autoimagem, a autoestima e a participação social dos pacientes (Calman et al., 2013; Bressan-Neto et al., 2021). Estudos demonstram que a pior percepção da imagem corporal frequentemente está associada à redução da qualidade de vida, mesmo na ausência de limitações funcionais importantes (Calman et al., 2013; Ferreri et al., 2025).

O diagnóstico da EIA baseia-se na avaliação clínica associada ao exame radiográfico (Costa & Silva, 2020). Durante o exame físico, o teste de inclinação anterior de Adams constitui o principal método de rastreamento clínico da deformidade (Grossman et al., 2018; Costa & Silva, 2020). A confirmação diagnóstica é realizada por meio da mensuração do ângulo de Cobb em radiografias panorâmicas da coluna vertebral (Hresko, 2013; Oliveira et al., 2024). A avaliação radiográfica permite ainda determinar a localização da curva, estimar a maturidade esquelética e acompanhar sua progressão ao longo do crescimento (Costa & Silva, 2020). Embora o rastreamento populacional permaneça tema de debate, existe consenso de que a identificação precoce dos pacientes com maior risco de progressão amplia as possibilidades de tratamento conservador e reduz a ocorrência de deformidades graves (Grossman et al., 2018; Costa & Silva, 2020).

A compreensão da história natural da EIA possui implicações diretas para a organização da assistência em saúde. Como a progressão da deformidade ocorre predominantemente durante o período de crescimento, o diagnóstico oportuno, o acompanhamento especializado e a definição precoce da estratégia terapêutica tornam-se fundamentais para evitar a evolução para curvas de maior magnitude (Hresko, 2013; Oliveira et al., 2024). Dessa forma, o acesso tempestivo aos serviços especializados constitui componente essencial da linha de cuidado da escoliose (Guiroy et al., 2023). A organização de fluxos assistenciais capazes de garantir avaliação especializada em tempo oportuno representa etapa fundamental para prevenir a progressão da doença e favorecer melhores desfechos clínicos (Pontes et al., 2023; Guiroy et al., 2023).

3.2 TRATAMENTO DA ESCOLIOSE NO SUS

O tratamento da escoliose idiopática do adolescente é definido de acordo com a magnitude da curva, o potencial de crescimento esquelético e o risco de progressão da deformidade (Hresko, 2013; Oliveira et al., 2024). Pacientes com curvas leves são acompanhados clinicamente, enquanto deformidades moderadas em indivíduos ainda em crescimento podem ser tratadas com órteses, visando reduzir a progressão da curva e evitar a necessidade de intervenção cirúrgica (Grossman et al., 2018; Costa & Silva, 2020). A cirurgia está indicada principalmente para pacientes com curvas progressivas superiores a 45°–50°, uma vez que deformidades dessa magnitude tendem a continuar progredindo mesmo após a maturidade esquelética, podendo ocasionar repercussões funcionais e comprometimento da qualidade de vida (Hresko, 2013; Oliveira et al., 2024; Curbelo-Nova et al., 2021).

A artrodese posterior da coluna vertebral constitui atualmente o procedimento cirúrgico mais utilizado para o tratamento da EIA (Oliveira et al., 2024). Os principais objetivos da cirurgia incluem interromper a progressão da deformidade, restaurar o alinhamento e o equilíbrio da coluna vertebral, preservar a função neurológica e melhorar aspectos relacionados à dor, capacidade funcional, autoimagem e qualidade de vida (Hresko, 2013; Oliveira et al., 2024; Curbelo-Nova et al., 2021). Estudos recentes demonstram que o tratamento cirúrgico proporciona importante correção da deformidade, melhora da função pulmonar nos casos mais graves e manutenção dos resultados clínicos em longo prazo, constituindo uma intervenção efetiva para pacientes com indicação adequada (Oliveira et al., 2024).

Apesar de sua efetividade, a cirurgia para correção da escoliose caracteriza-se como procedimento de alta complexidade, exigindo equipes multiprofissionais experientes, infraestrutura hospitalar especializada, disponibilidade de centro cirúrgico, leitos de terapia intensiva, monitorização neurofisiológica intraoperatória e implantes de elevado custo (Guiroy et al., 2023; Oliveira et al., 2024). Essas características tornam a oferta assistencial limitada em diversos sistemas públicos de saúde, particularmente em países de média renda, onde a concentração dos serviços especializados e as restrições orçamentárias dificultam a ampliação da capacidade instalada (Guiroy et al., 2023).

No SUS, os pacientes com suspeita de deformidades da coluna são encaminhados pela Rede de Atenção à Saúde para serviços especializados habilitados em alta complexidade. Após avaliação pelo cirurgião de coluna e confirmação da indicação operatória, os pacientes passam a compor listas de espera para realização do procedimento, cuja duração depende da disponibilidade de vagas cirúrgicas, da capacidade instalada dos hospitais e da organização dos sistemas de regulação (Pontes et al., 2023; Katz et al., 2020). A elevada demanda por procedimentos, associada ao número reduzido de centros especializados e ao elevado custo do tratamento, contribui para a formação de filas de espera prolongadas, constituindo um importante desafio para a gestão da atenção especializada (Guiroy et al., 2023; Pontes et al., 2023).

Diversos estudos demonstram que o prolongamento do tempo de espera repercute negativamente sobre a evolução clínica dos pacientes. A demora para realização da cirurgia está associada à progressão do ângulo de Cobb, principalmente em pacientes esqueleticamente imaturos, além do aumento da rigidez da deformidade e da necessidade de procedimentos cirúrgicos mais extensos (Miyanji et al., 2015; Guiroy et al., 2023). Pacientes submetidos ao tratamento após longos períodos de espera apresentam maior número de níveis vertebrais instrumentados, maior tempo operatório, maior perda sanguínea intraoperatória e maior utilização de recursos hospitalares, fatores que aumentam a complexidade do procedimento e os custos assistenciais (Tarrant et al., 2016; Ramo et al., 2019). Em deformidades de maior magnitude, o atraso terapêutico pode ainda exigir técnicas cirúrgicas adicionais para obtenção de correção satisfatória da coluna vertebral (Tarrant et al., 2016).

Além das repercussões técnicas, a espera prolongada exerce impacto importante sobre a qualidade de vida dos pacientes. Estudos realizados com indivíduos em lista de espera demonstram piora progressiva dos domínios relacionados à dor, função física, autoimagem e saúde mental durante o período que antecede a cirurgia (Calman et al., 2013; Bressan-Neto et al., 2021). Em estudo multicêntrico conduzido em países da América Latina, Guiroy et al. (2023) observaram que o aumento do tempo de espera esteve diretamente associado à progressão da deformidade, tendo como principais fatores relacionados ao atraso as limitações econômicas e a insuficiência da capacidade instalada dos hospitais. No contexto brasileiro, Pontes et al. (2023) destacam que a demora para realização da cirurgia

repercute no agravamento da doença, no aumento dos custos do tratamento e na piora da qualidade de vida dos pacientes, reforçando a necessidade de estratégias capazes de ampliar o acesso oportuno ao tratamento cirúrgico.

A pandemia de COVID-19 agravou esse cenário ao provocar a suspensão temporária de procedimentos eletivos em diversos serviços de saúde, em decorrência da necessidade de direcionamento de leitos hospitalares, unidades de terapia intensiva e recursos humanos para o atendimento de pacientes acometidos pela infecção (Dermott et al., 2021; Castanheira et al., 2022). Como consequência, observou-se aumento da demanda reprimida e progressão clínica de pacientes que permaneceram aguardando tratamento cirúrgico, evidenciando a vulnerabilidade das linhas de cuidado altamente dependentes de infraestrutura hospitalar especializada (Castanheira et al., 2022).

A evidência disponível demonstra que o sucesso do tratamento da escoliose idiopática do adolescente depende não apenas da adequada indicação cirúrgica, mas também da realização do procedimento em tempo oportuno. A demora para acesso ao tratamento está associada à progressão da deformidade, aumento da complexidade cirúrgica, maior utilização de recursos hospitalares e piora da qualidade de vida dos pacientes (Miyaji et al., 2015; Tarrant et al., 2016; Ramo et al., 2019; Calman et al., 2013; Bressan-Neto et al., 2021; Guiroy et al., 2023; Pontes et al., 2023). Esses achados evidenciam que a oportunidade do tratamento constitui componente essencial da qualidade da atenção prestada aos pacientes com escoliose e reforçam a relevância de compreender os fatores que interferem no acesso aos serviços especializados.

3.3 DEMANDA REPRIMIDA E ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO

A demanda reprimida em saúde corresponde ao conjunto de indivíduos que necessitam de determinado cuidado, mas não conseguem acessá-lo em tempo oportuno em razão da insuficiência da oferta assistencial ou da existência de barreiras organizacionais ao longo da rede de atenção. Nesse contexto, as listas de espera constituem uma das principais manifestações da demanda reprimida, refletindo o desequilíbrio entre a necessidade da população e a capacidade do sistema de saúde em ofertar consultas, exames e procedimentos especializados (Lemos et al., 2025;

Pontes et al., 2023). Entretanto, o número absoluto de pacientes registrados em uma fila não representa, isoladamente, a magnitude da demanda reprimida, uma vez que fatores relacionados ao acesso, aos critérios de encaminhamento, à organização dos sistemas de regulação e à qualidade dos registros também influenciam o comportamento das listas de espera (Guiroy et al., 2023; Lisboa et al., 2022).

A formação e a manutenção das listas de espera constituem fenômenos multifatoriais, determinados pela interação entre fatores relacionados à oferta e à demanda por serviços especializados (Lemos et al., 2025). Entre os fatores associados à oferta destacam-se a insuficiência da capacidade instalada, a limitação do financiamento, a concentração regional de serviços especializados e a disponibilidade restrita de leitos hospitalares, unidades de terapia intensiva, salas cirúrgicas e equipes capacitadas (Guiroy et al., 2023). Sob a perspectiva da demanda, encaminhamentos inadequados, ausência de protocolos de priorização clínica, fragilidades na coordenação do cuidado e limitações dos processos regulatórios também contribuem para o prolongamento dos tempos de espera e para a utilização ineficiente dos recursos disponíveis (Katz et al., 2020; Lemos et al., 2025).

No contexto da cirurgia para correção da escoliose, esses fatores assumem importância ainda maior em virtude da elevada complexidade dos procedimentos e da limitada disponibilidade de serviços habilitados para sua realização. Estudo multicêntrico conduzido em seis países da América Latina demonstrou importante heterogeneidade nos tempos de espera entre hospitais e países, evidenciando que o atraso para realização da cirurgia não se relaciona exclusivamente ao número de pacientes em lista de espera, mas também à capacidade instalada dos serviços e à disponibilidade de recursos hospitalares (Guiroy et al., 2023). Os autores identificaram como principais fatores associados ao prolongamento da espera as limitações econômicas, a insuficiência de leitos de terapia intensiva, salas cirúrgicas e leitos de internação, concluindo que a ampliação da capacidade dos centros já existentes representa estratégia potencialmente mais efetiva do que a simples criação de novas listas ou alterações nos critérios de priorização (Guiroy et al., 2023).

No Brasil, a organização da atenção especializada também impõe desafios adicionais ao enfrentamento da demanda reprimida. Estudo conduzido em hospitais públicos de diferentes regiões do país evidenciou importantes desigualdades no

acesso ao tratamento cirúrgico, demonstrando que o tempo de espera varia conforme características regionais, disponibilidade de serviços especializados e organização da rede assistencial (Lemos et al., 2025). Os autores observaram ainda fragilidades na continuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção, com pacientes frequentemente necessitando percorrer múltiplos serviços até obtenção do diagnóstico definitivo e da indicação cirúrgica, evidenciando limitações na coordenação do cuidado e no acesso oportuno aos serviços especializados (Lemos et al., 2025).

A pandemia de COVID-19 agravou significativamente esse cenário. A necessidade de direcionamento de recursos hospitalares para o atendimento de pacientes acometidos pela infecção resultou na suspensão temporária de procedimentos eletivos em diversos países, ocasionando aumento expressivo da demanda reprimida (Dermott et al., 2021; Castanheira et al., 2022). No caso específico da escoliose, esse represamento foi acompanhado pela progressão das deformidades durante o período de espera, piora da qualidade de vida e aumento da complexidade dos procedimentos cirúrgicos realizados após a retomada das atividades assistenciais (Castanheira et al., 2022).

Diante desse contexto, diferentes estratégias vêm sendo propostas para reduzir os tempos de espera e ampliar o acesso aos procedimentos eletivos. De forma geral, essas intervenções podem ser agrupadas em três grandes eixos: qualificação da demanda, aprimoramento da gestão das listas de espera e ampliação da oferta assistencial (Lemos et al., 2025; Lisboa et al., 2022.). No âmbito da qualificação da demanda destacam-se a implementação de protocolos clínicos, mecanismos de estratificação e priorização de pacientes, fortalecimento da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde e adoção de modelos de entrada única para encaminhamento aos serviços especializados (Katz et al., 2020). Essas estratégias buscam promover maior adequação dos encaminhamentos, racionalizar a utilização dos recursos disponíveis e garantir maior equidade no acesso aos serviços especializados (Katz et al., 2020).

Paralelamente, estratégias voltadas ao aprimoramento da gestão das listas incluem maior transparência dos registros, monitoramento sistemático dos tempos de espera, organização regional dos fluxos regulatórios e qualificação das informações

utilizadas para o gerenciamento das filas (Lisboa et al.,2022). Essas iniciativas partem do reconhecimento de que a gestão eficiente das listas de espera constitui componente essencial da governança dos sistemas de saúde, permitindo melhor utilização da capacidade instalada e maior racionalidade na programação assistencial (Lisboa et al.,2022; Lemos et al., 2025).

As estratégias destinadas à ampliação da oferta assistencial incluem expansão da capacidade operacional dos serviços próprios, contratação complementar de procedimentos, pagamento por produtividade, realização de mutirões cirúrgicos e financiamento adicional para utilização da capacidade instalada existente (Bitencourt Júnior et al., 2025; Guiroy et al., 2023). Entre essas alternativas, destaca-se o incremento temporário do financiamento para hospitais que já dispõem de infraestrutura e equipes especializadas, permitindo ampliar a produção assistencial em curto prazo sem necessidade imediata de expansão física dos serviços (Guiroy et al., 2023). Experiências brasileiras com mutirões cirúrgicos também demonstraram potencial para ampliar temporariamente a oferta de procedimentos e reduzir a demanda reprimida, mantendo resultados assistenciais satisfatórios e segurança para os pacientes (Lisboa et al.,2022, 2025).

Embora essas estratégias possam contribuir para redução do passivo assistencial acumulado, a literatura destaca que intervenções voltadas exclusivamente ao aumento da produção não são suficientes para solucionar, de forma permanente, o problema das listas de espera (Lemos et al., 2025; Guiroy et al., 2023). O enfrentamento da demanda reprimida requer atuação integrada sobre os diferentes determinantes do acesso, incluindo fortalecimento da capacidade instalada, aperfeiçoamento da regulação assistencial, qualificação dos processos de encaminhamento e utilização eficiente dos recursos disponíveis (Katz et al., 2020; Lisboa et al.,2022; Guiroy et al., 2023).

3.4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

De acordo com os dados do Sistema de Internações Hospitalares, em 2022 foram realizados 951 procedimentos de tratamento cirúrgico de deformidade da coluna, incluindo todas as faixas etárias, em 25 dos 27 estados brasileiros (DATASUS, 2022). O Estado do Rio Grande do Sul ficou na 9ª posição em volume de produção cirúrgica.

Os valores atribuídos aos procedimentos de tratamento cirúrgico de deformidade da coluna, incluídos pela Portaria MS/SAS nº 7 de 04/01/2008 (MS, 2008) no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SUS/SIGTAP), estão descritos na Tabela 1 e variam de acordo com a via e os níveis abordados.

Tabela 1. Valor atribuído aos procedimentos para tratamento cirúrgico de deformidade da coluna

Procedimento	Valor total
04.08.03.065-8 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via antero-posterior nove ou mais níveis	R\$ 4.251,29
04.08.03.066-6 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior oito níveis	R\$ 3.780,09
04.08.03.067-4 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior quatro níveis	R\$ 1.720,27
04.08.03.068-2 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior cinco níveis	R\$ 2.006,34
04.08.03.069-0 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior posterior até oito níveis	R\$ 2.873,08
04.08.03.071-2 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior seis níveis	R\$ 2.780,77
04.08.03.072-0 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior sete níveis	R\$ 2.873,08
04.08.03.073-9 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior oito níveis	R\$ 2.970,15
04.08.03.076-3 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior nove níveis	R\$ 3.781,53
04.08.03.080-1 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior doze níveis ou mais	R\$ 3.781,53
04.08.03.081-0 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior dez níveis	R\$ 3.781,53
04.08.03.082-8 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior onze níveis	R\$ 3.781,53
04.08.03.083-6 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior dois níveis	R\$ 2.640,73
04.08.03.084-4 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via anterior três níveis	R\$ 2.640,73
04.08.03.085-2 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior cinco níveis	R\$ 2.640,73
04.08.03.086-0 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior seis níveis	R\$ 3.589,94

04.08.03.087-9 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior três níveis	R\$ 2.640,73
04.08.03.089-5 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior dois níveis	R\$ 2.620,73
04.08.03.090-9 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior sete níveis	R\$ 3.752,89

Fonte: Tabela SUS/SIGTAP, competência 08/2026, disponível em <https://datasus.saude.gov.br/>

O valor atribuído às Órteses Próteses e Materiais Especiais (OPMEs), compatíveis com os procedimentos de tratamento cirúrgico de deformidade da coluna na Tabela SUS/SIGTAP, estão descritos na Tabela 2 e as quantidades variam de acordo com a via e os níveis abordados. Para os dois procedimentos exemplificados abaixo, os valores atribuídos às OPMEs variam de R\$ 6.362,66 a R\$ 20.048,72:

Tabela 2. Valor atribuído às OPMEs compatíveis com os procedimentos para tratamento cirúrgico de deformidade da coluna

Procedimento	04.08.03.089-5 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior dois níveis			0408030801 - Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior doze níveis ou mais		
OPME	Valor unitário	Qtd	Valor total	Valor unitário	Qtd	Valor total
0702050199 - Fio maleável de cerclagem, de titânio, p/ coluna, metáfise e diáfise	R\$ 138,24	6	R\$ 829,44	R\$ 138,24	26	R\$ 3.594,24
0702050334 - Haste para associação com parafusos de titânio	R\$ 461,36	2	R\$ 922,72	R\$ 461,36	2	R\$ 922,72
0702050512 - Retângulo tipo hartshill / similar	R\$ 829,24	1	R\$ 829,24	R\$ 829,24	1	R\$ 829,24
0702050520 - Sistema para fixação transversal de titânio	R\$ 781,26	1	R\$ 781,26	R\$ 781,26	2	R\$ 1.562,52

0702050784 - Conector barra junção cérico torácica	R\$ 70,00	0	R\$ 0,00	R\$ 70,00	2	R\$ 140,00
0702050822 - Dispositivo pedicular para fixação de haste (inclui bloqueador)	R\$ 500,00	6	R\$ 3.000,00	R\$ 500,00	26	R\$ 13.000,00
TOTAL			R\$ 6.362,66			R\$ 20.048,72

Fonte: Tabela SUS/SIGTAP, competência 08/2026, disponível em <https://datasus.saude.gov.br/>

Assim, considerando o valor atribuído aos procedimentos e às OPMEs, somados, verificamos que estes podem variar de R\$ 8.983,39 (procedimento 04.08.03.089-5, dois níveis) a R\$23.830,25 (procedimento 04.08.03.080-1, doze níveis).

3.5 CENÁRIO PRÉ IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ESCOLIOSE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Em consulta aos dados do Sistema de Internações Hospitalares [28], foram realizadas 1.458 cirurgias de traumatologia e ortopedia na forma de organização “coluna vertebral e caixa torácica” (forma de organização 040803) de alta complexidade em 2019 e 1.223 cirurgias em 2022. Para a faixa etária de 0 a 19 anos, foram realizadas 87 cirurgias em 2019 e 46 cirurgias em 2022, representando uma redução de 48%. Especificamente para os códigos que representam o procedimento “Tratamento cirúrgico de deformidade de coluna”, para esta mesma faixa etária, foram realizadas 44 cirurgias em 2019 e 15 cirurgias em 2022, representando uma redução de 66%.

3.6 MEMÓRIA DE CÁLCULO PARA ESTABELECIMENTO DE UM INCENTIVO ESTADUAL

Os dois hospitais que realizam a maioria das cirurgias referentes a escoliose pediátrica no Estado, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, foram consultados para identificarmos a capacidade instalada para realização de cirurgias, além do custo médio estimado.

O menor custo médio apresentado por cirurgia foi de R\$ 56.000,00. Cada Hospital contatado apresentou a capacidade para realização de 48 cirurgias/ano, totalizando 96 cirurgias entre os dois prestadores.

As equipes médicas apresentaram uma série de considerações a respeito da complexidade da cirurgia de deformidade da coluna, que incrementam seu valor, estando relacionadas a aspectos como:

- 1 Utilização de tecnologia não coberta pela Tabela SUS/SIGTAP como a monitorização neurofisiológica intraoperatória, ou neuromonitorização, a qual visa monitorizar a função e a integridade de estruturas neurais ou para identificar estruturas neurais durante procedimentos cirúrgicos para diagnóstico e, em tempo real, constatar possíveis disfunções neurológicas e antever prognóstico. Além do kit necessário e individual por usuário, requer a presença de um profissional médico neurofisiologista durante a cirurgia, garantindo a segurança do paciente e prevenindo o risco de lesão medular.
- 2 Utilização de halo craniano para tração da coluna previamente à cirurgia, aumentando o tempo de internação pré-operatória, mas de forma a reduzir a magnitude da correção intraoperatória, diminuindo, dessa forma, os riscos de lesão neurológica e de maior sangramento durante a correção cirúrgica.
- 3 Necessidade de hemotransfusão - pacientes de baixo peso, com grandes incisões cirúrgicas e manipulação óssea, em geral com vultosa perda sanguínea;
- 4 Realização de exames de imagem intraoperatórios;
- 5 Tempo de bloco cirúrgico prolongado, podendo variar de 4 a 12h;
- 6 Internação em leito de unidade de terapia intensiva (UTI), com disponibilidade de equipe com expertise na recuperação deste tipo de procedimento e, também, no “desmame” ventilatório (saída do aparelho de ventilação mecânica invasiva para a respiração espontânea, em ar ambiente), tendo em vista que estes pacientes usualmente possuem capacidade ventilatória prévia reduzida.

3.7 PROPOSTA DE UM INCENTIVO

Com o objetivo de reduzir a demanda reprimida e os casos de judicialização em um prazo de 12 meses, foi apresentada uma proposta de repasse temporário de recurso estadual, através de Portaria Estadual, com o devido regramento. Em dezembro de 2023 foi publicada a Portaria SES/RS 985/2023 (RS, 2023), a qual instituiu o Programa Escoliose, estabelecendo critérios para o repasse de valores do Governo do Estado, em caráter temporário e excepcional, aos hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde (MS) em Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, na modalidade Serviço de Traumato Ortopedia Pediátrica, para ampliar a realização de cirurgias para tratamento de escoliose no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. Através desta Portaria (RS, 2023), foi destinado o valor R\$ 5.376.000,00 (cinco milhões, trezentos e setenta e seis mil reais) para realização de 96 cirurgias.

Em janeiro de 2024 foi publicada a Portaria 066/2024 (RS,2024), que alterou a Portaria SES Nº 985/2023, destinando ao Programa o montante de R\$ 6.000.000,00 (seis milhões de reais), em virtude da assinatura do Termo de Cooperação nº 271/2023 - DEC/FPE nº 4759/2023 celebrado entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo do Estado, no qual houve o repasse de recursos financeiros para que a Secretaria de Saúde pudesse ampliar e qualificar a prestação de serviços em diversas áreas assistenciais no âmbito do SUS. Isso permitiu a ampliação para realização de 107 cirurgias.

No mês de outubro de 2024, foi publicada a Portaria 656/2024 (RS, 2024) também alterando a Portaria SES Nº 985/2023, para incluir um novo prestador, o Hospital São Carlos de Farroupilha, e desta forma repactuar o quantitativo de cirurgias de 107 entre os três prestadores.

Em março de 2025 a Portaria passou por nova alteração (RS, 2025) de forma a adotar como parâmetro, a partir de janeiro de 2025, o montante de R\$ 72.000,00 por procedimento referente ao Tratamento Cirúrgico de Deformidade de Coluna, devido a solicitação de atualização pelos prestadores. Devido a esta alteração, o quantitativo de cirurgias estabelecido em 107 reduziu para 100.

No mês de maio de 2025, com o atingimento da meta de 100 cirurgias, houve necessidade de ampliar o recurso total destinado ao Programa (RS, 2025), passando a incorporar mais R\$ 6.048.000,00 (seis milhões e quarenta e oito reais) oriundo do

recurso do orçamento do Fundo Estadual de Saúde, para realização de mais 84 procedimentos (28 por prestador, considerando 4 por mês, por 7 meses - de junho a dezembro de 2025), totalizando até o momento desta publicação o montante total de R\$ 12.048.000,00 (doze milhões e quarenta e oito mil reais).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bressan-Neto M, Filezio MR, Ferri-de-Barros F, Defino HLA. Unmet Needs of Surgical Care for Children: A Case Study in the Brazilian Publicly-Financed Health System. *Rev Bras Ortop* (Sao Paulo). 2021 Jun;56(3):360-367. doi: 10.1055/s-0040-1721836.

Bitencourt Júnior CAB, Pratali RR, Lira RCA, Moraes SV, Araújo AMM, Herrero CFPDS. Organization of a Pediatric Scoliosis Surgery Task Force and Analysis of Clinical and Radiographic Outcomes. *Rev Bras Ortop* (Sao Paulo). 2025 Apr 11;60(1):s00441800946. doi: 10.1055/s-0044-1800946.

Calman R, Smithers T, Rowan R. Impact of surgical waiting time on paediatric spinal deformity patients. *ANZ J Surg*. 2013 Dec;83(12):929-32. doi: 10.1111/ans.12196.

Castanheira MN, Nardone GS, Luciano RP, Leite MS. Impact of the Suspension of Elective Surgeries for Adolescent Idiopathic Scoliosis during the COVID-19 Pandemic. *Rev Bras Ortop* (Sao Paulo). 2022 Oct 14;58(3):397-403. doi: 10.1055/s-0042-1756318.

Costa RP, Silva AI. Escoliose Idiopática do Adolescente: Diagnóstico e Tratamento Conservador. *SPMFR* [Internet]. 1 de Janeiro de 2020 [citado 2 de Agosto de 2026];31(4):19-36. Disponível em: <https://www.spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/302>. Acesso em: 2 ago. 2026.

Curbelo-Nova PC, Silveri C, Cuneo A. Idiopathic adolescent scoliosis, post-operative analysis. Case Series. *Rev. colomb. ortop. traumatol.* [Internet]. 2021 May 5 [cited 2026 Aug. 2];35(2):126-32. Available from: <https://revistasccot.org/index.php/rccot/article/view/156>

Dermott JA, Kim DJ, Lebel DE. The impact of COVID-19 on idiopathic scoliosis referrals: cause for concern. *Spine Deform*. 2021 Nov;9(6):1501-1507. doi: 10.1007/s43390-021-00418-z.

Dorneles Filho A, Daher M., Lomaz MB, Melo LL. Queue profile for pediatric scoliosis surgery in a reference hospital in the brazil's midwest Coluna/Columna. 2023;22(3):e273450. doi:10.1590/s1808-185120222203273450

Ferreri ED, Segal KR, Duvvi A, Samuel Z, Said M, Alvandi L, Fornari E, Gomez JA, Schulz J. Association Between Public Insurance and Quality of Life Outcomes in Surgically Treated Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Cureus*. 2025 Oct 3;17(10):e93776. doi: 10.7759/cureus.93776.

Guiroy A, Carazzo C, Camino-Willhuber G, Morales Ciancio A, Remondino R, Nin F, Alvarado-Gomez F, Reviriego J, Zarate Kalfopulos B, Daher M, Fernandes Andújar AL, Asghar J, Ferri-de-Barros F, Meves R. Time to surgery for adolescent idiopathic scoliosis: How long does it take? A multicenter study. *World Neurosurg* X. 2023 Mar 18;19:100187. doi: 10.1016/j.wnsx.2023.100187.

US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kemper AR, Krist AH, Kurth AE, Landefeld CS, Mangione CM, Phipps MG, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW. Screening for Adolescent Idiopathic Scoliosis: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018 Jan 9;319(2):165-172. doi: 10.1001/jama.2017.19342.

Hresko MT. Clinical practice. Idiopathic scoliosis in adolescents. *N Engl J Med*. 2013 Feb 28;368(9):834-41. doi: 10.1056/NEJMcpl209063. PMID: 23445094.

Katz N, Roman R, Rados DV, Oliveira EB, Schmitz CAA, Gonçalves MR, Mengue SS, Umpierre RN. Access and regulation of specialized care in Rio Grande do Sul: the RegulaSUS strategy of TelessaúdeRS-UFRGS. *Cien Saude Colet*. 2020 Mar;25(4):1389-1400. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232020254.28942019.

Lemos CS, Magalhães AMM, Saraiva Tuma Dos Reis D, de Andrade AYT, de Almeida KC, Zerbieri Martins F, Reynolds N, Poveda VB. Access to healthcare: waiting time until the surgical procedure. *Ann Med*. 2025 Dec;57(1):2452358. doi: 10.1080/07853890.2025.2452358.

Lisbôa RL, Rodrigues CGS, Bittencourt CV, Paz AA. Estratégias de gerenciamento em listas de espera cirúrgicas: revisão integrativa. *Acervo Saúde*. 2022;15:e9612. <https://doi.org/10.25248/reas.e9612.2022>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Internações hospitalares. Procedimentos hospitalares por gestor – a partir de 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qgbr.def>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS nº 7 de 04 de janeiro de 2008: Inclui os procedimentos, conforme anexo I desta Portaria, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, com vigência a partir da competência janeiro de 2008.

Miyanji F, Newton PO, Samdani AF, Shah SA, Varghese RA, Reilly CW, Mulpuri K. Impact of Surgical Waiting-List Times on Scoliosis Surgery: The Surgeon's Perspective. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2015 Jun 1;40(11):823-8. doi: 10.1097/BRS.0000000000000205.

Oliveira BG, Moura TS, Monte GBLD, Souza BDS, Borduchi LDC, Silva LCPD. Results of the Surgical Approach of Idiopathic Scoliosis in Adolescents and Postoperative Quality of Life: Systematic Literature Review. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo)*. 2024 Jun 22;59(3):e358-e363. doi: 10.1055/s-0044-1785658.

Pontes MDS, Soeira TP, Sampaio ML, Herrero CFPDS. Impacts of the Delayed Surgical Correction of Adolescent Idiopathic Scoliosis and its Repercussions for the Brazilian Unified Health System: Systematic Review Protocol. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo)*. 2022 Jun 27;58(1):19-22. doi: 10.1055/s-0042-1750829.

Ramo B, Tran DP, Reddy A, Brown K, Niswander C, Erickson M, Garg S. Delay to Surgery Greater Than 6 Months Leads to Substantial Deformity Progression and Increased Intervention in Immature Adolescent Idiopathic Scoliosis (AIS) Patients: A Retrospective Cohort Study. *Spine Deform*. 2019 May;7(3):428-435. doi: 10.1016/j.jspd.2018.09.012.

Rathnayake D, Clarke M. The effectiveness of different patient referral systems to shorten waiting times for elective surgeries: systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2021 Feb 17;21(1):155. doi: 10.1186/s12913-021-06140-w.

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria SES/RS 985 de 13 de novembro de 2023: Institui o Programa Escoliose, estabelecendo critérios para o repasse de valores do Governo do Estado, em caráter temporário e excepcional, aos hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde (MS) em Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia Ortopedia na modalidade Serviço de Traumatologia Ortopedia Pediátrica, para ampliar a realização de cirurgias para tratamento de escoliose no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em [24171934-portaria-985-2023-dgae-alterada-ate-192-2026.pdf](#)

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria SES/RS 066 de 22 de janeiro de 2024: Altera a Portaria SES Nº 985/2023, que institui o Programa Escoliose, para dar nova redação ao art. 2º e aos Anexos II e III, com incremento dos valores destinados ao programa. Disponível em [14112906-portaria-66-2024-dgae-republicacao.pdf](#)

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria SES/RS 656 de 22 de outubro de 2024: Altera a Portaria SES Nº 985/2023, que institui o Programa Escoliose, para revogar o inciso IV do art. 5º e dar nova redação aos Anexos II e III. Disponível em [23164213-portaria-656-2024.pdf](#).

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria SES/RS 137 de 28 de fevereiro de 2025: Altera a Portaria SES nº 985/2023, que institui o Programa Escoliose, para aumentar o valor do parâmetro para incentivo dos procedimentos e

prorrogar o prazo de execução previstos pela Portaria SES nº 985/2023. Disponível em [07111801-portaria-137-2025.pdf](#)

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria SES/RS 840 de 21 de agosto de 2025: Altera a Portaria SES nº 985/2023, que institui o Programa Escoliose para ampliar a realização de cirurgias para tratamento de escoliose no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, a fim de incrementar a destinação de recursos ao programa e prorrogar o prazo de execução. Disponível em [18103703-portaria-840-2025-republicada.pdf](#)

Tarrant RC, Queally JM, O'Loughlin PF, Sheeran P, Moore DP, Kiely PJ. Preoperative curves of greater magnitude ($>70^\circ$) in adolescent idiopathic scoliosis are associated with increased surgical complexity, higher cost of surgical treatment and a delayed return to function. *Ir J Med Sci*. 2016 May;185(2):463-71. doi: 10.1007/s11845-015-1391-5

ARTIGO

TÍTULO NO IDIOMA ORIGINAL

Avaliação de um Programa Estadual de Incentivo ao tratamento cirúrgico da escoliose: impacto sobre a demanda reprimida e a produção cirúrgica.

TÍTULO RESUMIDO

Programa de Cirurgia da Escoliose

DESCRITORES

Escoliose; Programa de Estímulos e Incentivos; Gestão em Saúde

RESUMO

Objetivo: Avaliar as mudanças observadas após a implantação do Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose na produção cirúrgica, no perfil dos pacientes e nas filas de espera para consulta especializada e tratamento cirúrgico no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo, quantitativo e avaliativo, com delineamento transversal repetido. Foram analisados dados dos sistemas estaduais de regulação e da produção assistencial. As filas para consulta em Ortopedia de Coluna Pediátrica e tratamento cirúrgico foram comparadas em janeiro de 2023 e janeiro de 2026, e a produção cirúrgica dos hospitais participantes foi analisada entre 2023 e 2025. Foram avaliadas características demográficas e geográficas, classificação regulatória, tempo de espera e produção cirúrgica, utilizando-se os testes *t* de Student, Mann-Whitney e qui-quadrado de Pearson.

Resultados: Foram realizados 181 procedimentos cirúrgicos, sendo 14 em 2023, 80 em 2024 e 87 em 2025. A produção média mensal aumentou de 1,6 para 7,0 procedimentos após a implantação do programa ($p=0,0001$), sem diferenças significativas na idade e no sexo dos pacientes operados. Houve mudança na distribuição por macrorregião de residência ($p=0,0058$), com maior diversidade regional no período pós-implantação. A fila para consulta especializada aumentou de 104 para 327 pacientes, e a idade média diminuiu de 15,4 para 13,3 anos ($p<0,001$). A mediana do tempo entre solicitação e realização da consulta foi de 431 dias no período pré e 442 dias no pós ($p=0,506$), com redução da dispersão dos tempos de espera. A fila cirúrgica passou de 100 para 119 pacientes, sem diferenças significativas nas características demográficas ou na distribuição regional.

Conclusão: A implantação do programa foi acompanhada por aumento superior a quatro vezes na produção cirúrgica mensal e maior abrangência regional dos pacientes operados, sem alteração relevante do perfil demográfico. A ampliação da oferta cirúrgica coexistiu com crescimento das filas de consulta especializada e tratamento cirúrgico, cujo comportamento deve ser interpretado considerando limitações de cobertura e atualização dos sistemas de regulação.

INTRODUÇÃO

O acesso oportuno às cirurgias eletivas constitui um desafio persistente para os sistemas públicos de saúde. A insuficiência da capacidade instalada, as limitações de financiamento e a distribuição desigual dos serviços especializados contribuem para a formação de extensas listas de espera, com possíveis repercussões sobre a evolução das doenças, a complexidade do tratamento, os custos assistenciais e a equidade no acesso. Esse problema é particularmente relevante na escoliose pediátrica, pois o prolongamento da espera pode estar associado à progressão da deformidade, à necessidade de procedimentos mais complexos e à piora da qualidade de vida dos pacientes (1-4).

As dificuldades de acesso ao tratamento cirúrgico da escoliose têm sido descritas em diferentes países e são especialmente importantes nos sistemas públicos de saúde da América Latina. No Brasil, estudos demonstraram tempos prolongados de espera, encaminhamento tardio aos serviços especializados e barreiras relacionadas à disponibilidade de centros de referência e de recursos hospitalares (5-7). Embora estratégias como qualificação da regulação, priorização clínica e mutirões possam ampliar temporariamente a oferta, ainda são escassas as avaliações de programas públicos estruturados de financiamento destinados especificamente ao aumento da capacidade cirúrgica e à redução das barreiras de acesso ao tratamento da escoliose.

Em novembro de 2023, o Estado do Rio Grande do Sul instituiu o Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose (8), baseado no repasse de recursos financeiros adicionais a hospitais de referência com equipes especializadas e capacidade instalada para ampliar a realização desses procedimentos. Até o momento, os resultados assistenciais dessa estratégia não haviam sido sistematicamente avaliados. Este estudo teve como objetivo avaliar as mudanças observadas após a implantação do programa na produção cirúrgica, no perfil dos pacientes atendidos e a evolução das filas de espera para consulta especializada e tratamento cirúrgico no Sistema Único de Saúde (SUS) do Rio Grande do Sul.

MÉTODOS

Delineamento e contexto do estudo

Foi realizado estudo observacional retrospectivo, de abordagem quantitativa e caráter avaliativo, com delineamento transversal repetido e comparação dos períodos anterior e posterior à implantação do programa. O estudo avaliou as mudanças observadas após a implantação do Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose na produção cirúrgica, no perfil dos pacientes atendidos e nas filas de espera para consulta especializada e tratamento cirúrgico no SUS do Estado do Rio Grande do Sul. O programa foi instituído pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul em novembro de 2023 e consistiu no repasse de incentivo financeiro adicional a hospitais habilitados em alta complexidade em traumatologia e ortopedia, com equipes especializadas e capacidade instalada para ampliar a realização de cirurgias para correção de deformidades da coluna.

Fontes de dados e população do estudo

Foram utilizados dados secundários provenientes dos sistemas oficiais de regulação e produção assistencial da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. As informações referentes à fila para consulta especializada em Ortopedia de Coluna Pediátrica foram obtidas no Sistema Estadual de Gerenciamento de Consultas Especializadas (GERCON), enquanto os dados da fila para tratamento cirúrgico foram extraídos do Sistema de Gerenciamento de Internações Hospitalares (GERINT). A produção cirúrgica foi analisada a partir dos registros dos procedimentos de tratamento cirúrgico de deformidades da coluna realizados pelos hospitais participantes do programa.

Para a análise das filas de espera, foram incluídos pacientes com idade entre 0 e 21 anos cadastrados para consulta especializada em Ortopedia de Coluna Pediátrica ou para tratamento cirúrgico de escoliose. A composição das filas foi avaliada por meio de dois cortes transversais, correspondentes a janeiro de 2023, período anterior à implantação, e janeiro de 2026, período posterior à implantação do programa. Para a análise da produção assistencial, foram incluídos os procedimentos realizados pelos hospitais participantes entre novembro de 2023 e dezembro de 2025. Foram excluídos registros sem informações essenciais para a análise das variáveis de interesse.

Na análise da fila de consultas especializadas, foi considerada a classificação atribuída pelo regulador estadual após avaliação da solicitação conforme os critérios

estabelecidos no protocolo de regulação da especialidade Ortopedia Coluna Pediátrica. No fluxo regulatório, a solicitação é inicialmente cadastrada pela Secretaria Municipal de Saúde, podendo receber uma classificação de prioridade na origem. Posteriormente, a solicitação é avaliada pela regulação estadual, responsável pela aplicação dos critérios específicos do protocolo da especialidade e pela definição da prioridade assistencial utilizada para ordenamento da fila.

Para a agenda de Ortopedia Coluna Pediátrica, o protocolo (9) estabelece três níveis de prioridade: Prioridade 1 (Vermelho), destinada aos casos de maior prioridade assistencial; Prioridade 2 (Laranja); e Prioridade 3 (Amarelo). A definição dessas categorias considera critérios clínicos relacionados à magnitude da curvatura da escoliose, mensurada pelo ângulo de Cobb, à maturidade óssea, mensuradas pelo índice de Risser/Sanders (com base no nível de ossificação e fusão das apófises da crista ilíaca ou epífises da parte distal do rádio, da ulna, metacarpos e falanges), à necessidade de ventilação assistida ou oxigenoterapia, à ocorrência de complicações após abordagem cirúrgica prévia e à indicação cirúrgica após falha do tratamento conservador.

Tabela 1. Classificação e critérios de priorização regulatória para consulta em Ortopedia de Coluna Pediátrica.

Grau de Prioridade	Cor	Crítérios para Ortopedia Coluna Pediátrica
1	Vermelha	Escoliose em qualquer idade com ângulo de Cobb $\geq 45^\circ$ associada à necessidade de ventilação assistida ou oxigenoterapia, independentemente do índice de Risser/Sanders*.
2	Laranja	Escoliose em qualquer idade com ângulo de Cobb $\geq 45^\circ$, independentemente do índice de Risser/Sanders*; ou complicações de abordagem cirúrgica prévia para escoliose em pacientes sem vínculo SUS com equipe cirúrgica.
3	Amarela	Escoliose idiopática com ângulo de Cobb $\geq 20^\circ$ e $< 45^\circ$, previamente avaliada no serviço de tratamento conservador de referência e com indicação de tratamento cirúrgico por falha do tratamento conservador (gesso seriado, colete ou exercícios).

* Fonte: Central de Regulação Ambulatorial / Departamento de Regulação Estadual / TelessaúdeRS-UFRGS - 2024.

Adicionalmente, foram analisadas as demandas judiciais relacionadas ao tratamento cirúrgico da escoliose no período do estudo. Para estimativa do impacto econômico potencial da judicialização, foram consideradas as ações judiciais para as quais estavam disponíveis os valores dos orçamentos apresentados para realização do tratamento. Inicialmente, calculou-se o valor médio por paciente a partir da soma dos valores dos orçamentos identificados, dividida pelo número de pacientes correspondentes. O valor médio obtido foi então multiplicado pelo número de usuários que demandaram judicialmente o tratamento, mas cuja assistência foi viabilizada administrativamente na rede do SUS, permitindo estimar o custo potencial que poderia decorrer do atendimento dessas demandas pelos valores apresentados nas ações judiciais.

A estimativa do dano financeiro potencial evitado foi calculada pela diferença entre o custo potencial estimado para o atendimento desses pacientes e os valores efetivamente despendidos por meio de bloqueios judiciais nos cofres públicos. Por se tratar de uma estimativa baseada no valor médio dos orçamentos disponíveis, o resultado foi interpretado como impacto econômico potencial, não correspondendo a uma economia orçamentária ou financeira efetivamente incorporada aos cofres públicos.

Variáveis e desfechos

O desfecho principal foi a produção de procedimentos cirúrgicos para tratamento de deformidades da coluna nos hospitais participantes do programa. A produção foi avaliada pelo número absoluto de procedimentos e pela média mensal de cirurgias realizadas. Foram considerados o ano e a competência de realização do procedimento, o hospital executante e as características demográficas e geográficas dos pacientes operados.

Os desfechos relacionados ao acesso foram o número de pacientes nas filas para consulta especializada e para tratamento cirúrgico, bem como o tempo de espera. Na fila de consultas, o tempo de espera foi definido como o intervalo entre a data da solicitação e a realização da consulta ou, para os pacientes ainda não atendidos, entre a data da solicitação e a data de extração dos dados. As análises foram realizadas de forma global e segundo a classificação regulatória.

Foram examinadas as seguintes características dos pacientes: idade, sexo, raça/cor, município de residência, diagnóstico registrado conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) - 10ª Revisão, classificação regulatória, situação na fila e datas relacionadas ao processo assistencial. Os municípios de residência foram agrupados conforme as macrorregiões de saúde estabelecidas pela regionalização da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Na fila cirúrgica, foram analisadas as características demográficas e geográficas dos pacientes. Para a produção cirúrgica, foram avaliados o período de realização, a idade, o sexo e a macrorregião de residência. Para as comparações entre os períodos, o ano de 2023 foi considerado como referência anterior à implantação, enquanto os anos de 2024 e 2025 foram considerados posteriores à implantação do programa.

Análise estatística

Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados. As variáveis contínuas foram apresentadas por média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme a distribuição dos dados. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparação das características dos pacientes entre os períodos pré e pós-implantação foram utilizados o teste *t* de Student para amostras independentes ou o teste de Mann-Whitney, conforme a distribuição das variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram comparadas por meio do teste do qui-quadrado de Pearson. A produção cirúrgica foi comparada entre os períodos utilizando como unidade de análise a produção mensal dos hospitais participantes do programa. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, mediante Termo de Autorização Institucional, e utilizou exclusivamente dados secundários provenientes de sistemas oficiais da Secretaria Estadual da Saúde, sem identificação nominal dos pacientes.

Participação de pacientes e do público

Pacientes e representantes do público não participaram da formulação da pergunta de pesquisa, da definição dos desfechos, do delineamento, da condução ou da interpretação dos resultados, uma vez que o estudo foi baseado exclusivamente em dados secundários administrativos. Os resultados poderão subsidiar o aperfeiçoamento do programa e das políticas estaduais de acesso ao tratamento cirúrgico da escoliose.

Resultados

Produção cirúrgica e perfil dos pacientes operados

Foram identificados 181 procedimentos de tratamento cirúrgico de deformidade da coluna realizados nos hospitais participantes do Programa Escoliose entre os anos de 2023 e 2025 (Tabela 02). Observou-se expressivo aumento da produção cirúrgica após a implantação do programa. Em 2023 foram realizados 14 procedimentos, número que aumentou para 80 em 2024 e 87 em 2025.

Tabela 2. Características demográficas dos pacientes que realizaram procedimentos de tratamento cirúrgico de deformidade da coluna pré e pós-implantação do programa de incentivo financeiro. Rio Grande do Sul, 2023-2026.

Variável	Pré 2023	Pós 2024–2025	p-valor
Produção cirúrgica			
Procedimentos, n	14	167	—
Produção média mensal, n	1,6	7	0,0001
Idade, média ± DP (anos)	14,1 ± 2,6	15,0 ± 2,5	0,263
Sexo			
Feminino, n (%)	9 (64,3%)	107 (64,1%)	1
Masculino, n (%)	5 (35,7%)	60 (35,9%)	
Macrorregião de residência*			0,0058
Metropolitana, n (%)	2 (14,3%)	61 (36,5%)	
Norte, n (%)	9 (64,3%)	31 (18,6%)	
Missioneira, n (%)	3 (21,4%)	28 (16,8%)	
Centro-Oeste, n (%)	0 (0,0%)	16 (9,6%)	

Vales, n (%)	0 (0,0%)	16 (9,6%)
Serra, n (%)	0 (0,0%)	11 (6,6%)
Sul, n (%)	0 (0,0%)	4 (2,4%)

Quando analisada a produção mensal, verificou-se incremento da média de 1,6 procedimento por mês no período pré-intervenção para 7 procedimentos por mês no período pós-intervenção, correspondendo a aumento superior a quatro vezes na capacidade assistencial. A comparação entre os períodos demonstrou aumento estatisticamente significativo da produção cirúrgica ($p=0,0001$).

Apesar da ampliação expressiva da oferta, não foram observadas diferenças significativas no perfil demográfico dos pacientes submetidos ao procedimento. Não houve diferença estatisticamente significativa na idade média entre os grupos ($p=0,263$). Da mesma forma, a distribuição por sexo permaneceu estável ao longo do período analisado, com predomínio do sexo feminino em ambos os períodos ($p=1,000$).

A comparação entre os períodos demonstrou diferença estatisticamente significativa na distribuição regional dos pacientes operados, com ampliação da abrangência de outras macrorregiões de saúde do Estado no período pós-implementação ($\chi^2=18,16$; $p=0,0058$).

Fila de espera para consulta especializada em Ortopedia de Coluna Pediátrica

Foram analisados 431 registros de pacientes incluídos na fila de espera para consulta especializada, sendo 104 referentes ao período pré-implantação e 327 ao período pós-implantação do programa (Tabela 3). Observou-se redução significativa da idade média dos pacientes, que passou de $15,4 \pm 4,1$ anos no período pré para $13,3 \pm 3,8$ anos no período pós ($p<0,001$). Em ambos os períodos houve predomínio do sexo feminino, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,623$). Da mesma forma, não foram observadas diferenças significativas quanto à raça/cor ($p=0,381$), com predominância de pacientes autodeclarados brancos.

Tabela 3. Características demográficas dos pacientes incluídos na fila de espera para consulta especializada em Ortopedia de Coluna Pediátrica nos períodos pré e pós-implantação do programa de incentivo financeiro.

Variável	Pré (n=104)	Pós (n=327)	p-valor*
Idade, média ± DP (anos)	15,4 ± 4,1	13,3 ± 3,8	<0,001
Sexo, n (%)			0,623
Feminino	68 (65,4)	203 (62,1)	
Masculino	36 (34,6)	124 (37,9)	
Raça/cor, n (%)			0,381
Branca	84 (80,8)	287 (87,8)	
Preta	9 (8,7)	14 (4,3)	
Parda	6 (5,8)	12 (3,7)	
Amarela	2 (1,9)	5 (1,5)	
Sem informação	3 (2,9)	9 (2,8)	
Macrorregião de residência, n (%)**			0,054
Metropolitana	68 (65,4)	186 (56,9)	
Vales	9 (8,7)	38 (11,6)	
Sul	8 (7,7)	16 (4,9)	
Centro-Oeste	7 (6,7)	19 (5,8)	
Serra	7 (6,7)	14 (4,3)	
Missioneira	4 (3,8)	27 (8,3)	
Norte	1 (1,0)	27 (8,3)	

*p-valor: teste de Mann-Whitney. DP: desvio-padrão.

Em relação à procedência geográfica, observou-se predominância de pacientes residentes na Macrorregião Metropolitana em ambos os períodos. Verificou-se aumento proporcional da participação de pacientes provenientes das macrorregiões Norte, Missioneira e Vales após a implantação do programa. Embora a distribuição regional tenha apresentado tendência de mudança, a diferença não atingiu significância estatística ao nível de 5% ($p=0,054$).

A análise da classificação regulatória demonstrou perfil semelhante entre os períodos avaliados (Tabela 4). Em ambos os grupos predominou a classificação laranja, correspondendo a 49,0% dos pacientes no período pré e 47,1% no período pós, seguida da classificação amarela, presente em 40,4% e 41,3% dos registros, respectivamente.

Tabela 4. Tempo de espera entre a solicitação e a realização da consulta especializada em Ortopedia de Coluna Pediátrica, segundo o período e a classificação regulatória. Rio Grande do Sul, 2023 e 2026.

Pré-implantação	Pós-implantação
-----------------	-----------------

Classificação regulatória*	n	dias	n	dias
Geral	102	431 (234,8–1.011,8)	183	442 (256–684)
Laranja	51	318 (237–1.107)	136	423 (259,5–695)
Amarelo	40	521(386,3–1.041)	23	579 (330–814)
Vermelho	3	234 (216,5–613,5)	11	456 (253–552,5)
Azul	3	153 (101–365)	12	339 (254,8–511)
Verde	1	26	–	–
Sem classificação	4	22 (20,3–29,3)	1	247

* Variáveis são apresentados como número total de indivíduos (n) e mediana (P25–P75) em dias. O tempo de espera foi calculado entre a data de solicitação e a data de realização da consulta. Para categorias com apenas uma observação, não foi calculado o intervalo interquartil.

Considerando o intervalo entre a solicitação e a realização da consulta especializada, a mediana do tempo de espera permaneceu semelhante entre os períodos, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,506$). Apesar da estabilidade da mediana, observou-se redução do limite superior do intervalo interquartil no período pós, indicando menor dispersão dos tempos de espera entre os 50% centrais das observações.

Entre as classificações regulatórias, observou-se aumento da mediana do tempo de espera no período pós-implantação nas categorias Laranja, Amarelo, Vermelho e Azul. Apesar disso, nas categorias com maior número de observações, houve menor variabilidade dos tempos de espera, especialmente pela diminuição do limite superior do intervalo interquartil. As categorias com pequeno número de observações, especialmente no período pré-implantação, tiveram a interpretação comparativa entre os períodos limitada.

Fila de espera para tratamento cirúrgico da escoliose

Foram analisados 219 registros de pacientes com idade entre 0 e 21 anos incluídos na fila cirúrgica dos hospitais participantes do Programa Escoliose, sendo

100 referentes ao período pré-implantação e 119 ao período pós-implantação do programa (Tabela 5) correspondendo a incremento de 19%.

Tabela 5. Características demográficas dos pacientes incluídos na fila de espera nos períodos pré e pós-implantação do programa de incentivo financeiro. Rio Grande do Sul, 2023-2026.

Variável	Pré (n=100)	Pós (n=119)	p-valor
Idade, média $\pm$ DP (anos)	13,7 $\pm$ 3,4	14,3 $\pm$ 3,4	0,216
Sexo, n (%)			0,930
Feminino	59 (59,0)	72 (60,5)	
Masculino	41 (41,0)	47 (39,5)	
Raça/cor, n (%)			0,723
Branca	88 (88,0)	105 (88,2)	
Preta	6 (6,0)	4 (3,4)	
Parda	2 (2,0)	4 (3,4)	
Sem informação	4 (4,0)	6 (5,0)	
Macrorregião de residência, n (%)			0,987*
Metropolitana	59 (59,0)	72 (60,5)	
Sul	11 (11,0)	13 (10,9)	
Norte	9 (9,0)	11 (9,2)	
Vales	7 (7,0)	6 (5,0)	
Serra	5 (5,0)	8 (6,7)	
Centro-Oeste	4 (4,0)	4 (3,4)	
Missioneira	4 (4,0)	3 (2,5)	

DP: desvio-padrão.

*Teste do qui-quadrado para comparação da distribuição das macrorregiões entre os grupos.

A idade média dos pacientes foi de 13,7 $\pm$ 3,4 anos no período pré e de 14,3 $\pm$ 3,4 anos no período pós, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,216$). Observou-se predomínio do sexo feminino em ambos os períodos, correspondendo a 59,0% dos registros no período pré e 60,5% no período pós ($p=0,930$). A distribuição por raça/cor também foi semelhante entre os grupos ($p=0,723$), com predominância de pacientes autodeclarados brancos em ambos os períodos.

Em relação à procedência geográfica, foi verificado predomínio de pacientes residentes na Macrorregião Metropolitana, responsável por aproximadamente 60% dos registros em ambos os períodos. Não foram observadas diferenças significativas na distribuição regional dos pacientes entre os períodos pré e pós-implantação do programa ($p=0,987$), sugerindo manutenção do perfil geográfico

da população incluída na fila cirúrgica. De forma geral, os resultados demonstraram manutenção das características demográficas e geográficas dos pacientes incluídos na fila cirúrgica entre os períodos avaliados, apesar do aumento do número absoluto de usuários cadastrados após a implantação do programa.

Judicialização

Na análise das demandas judiciais relacionadas ao tratamento cirúrgico da escoliose, de 35 pacientes identificados no período avaliado (2024 a 2025), houve predomínio do sexo feminino, correspondendo a 83,3% dos casos, enquanto 16,7% eram do sexo masculino e a idade média foi de $17,4 \pm 3,1$ anos. Foi possível identificar o valor dos orçamentos em 18 ações, cuja soma totalizou R\$ 4.884.574,04, correspondendo a um valor médio estimado de R\$ 271.365,22 por paciente. A partir desse valor médio, estimou-se o dano financeiro potencial associado ao tratamento para os 35 pacientes, mas que tiveram a assistência viabilizada administrativamente no âmbito do SUS, resultando em um montante potencial de R\$ 9.497.782,70. Para a realização desses tratamentos, o valor efetivamente despendido em bloqueios nos cofres públicos foi de R\$ 98.891,85.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que a implantação do Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose foi acompanhada por aumento expressivo da produção cirúrgica nos hospitais participantes (incremento superior a quatro vezes na média mensal), sem mudanças significativas nas principais características demográficas dos pacientes operados. Houve também maior diversidade na procedência regional dos atendimentos. Em relação às filas de espera, observou-se aumento do número absoluto de pacientes cadastrados tanto para consulta especializada quanto para tratamento cirúrgico. O tempo de espera para consulta apresentou manutenção semelhante da mediana entre os períodos, sem diferença significativa na análise não paramétrica. Em conjunto, os resultados indicam ampliação da oferta cirúrgica, mas não demonstram redução proporcional da demanda registrada nem do tempo de espera de forma consistente.

O aumento superior a quatro vezes na média mensal de cirurgias constitui o principal achado deste estudo. A ampliação da produção demonstra que a estratégia de financiamento direcionado adotada pelo Estado foi capaz de aumentar

significativamente a oferta de procedimentos de alta complexidade, atuando sobre uma das principais limitações descritas para o tratamento cirúrgico da escoliose: a insuficiência da capacidade instalada associada às restrições de financiamento (4, 10). Dentre os métodos de gerenciamento de listas de espera, os mecanismos de incentivo financeiro, quando associados à utilização mais eficiente da infraestrutura existente, podem ampliar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, especialmente em serviços que já dispõem de estrutura física, equipes qualificadas e organização assistencial consolidadas (11).

Diversas estratégias têm sido descritas para ampliação da oferta de procedimentos cirúrgicos, incluindo mutirões assistenciais, reorganização das listas de espera, incentivos financeiros, ampliação da jornada cirúrgica e qualificação da regulação (11, 12). Bitencourt Júnior et al. (2025), ao avaliarem um mutirão para tratamento cirúrgico da escoliose no SUS, observaram aumento da produção sem comprometimento da segurança dos pacientes. Entretanto, diferentemente de iniciativas pontuais, o Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose foi estruturado como uma política pública de financiamento contínuo, permitindo incremento sustentado da produção durante dois anos consecutivos, por meio da melhor utilização de serviços já existentes, constituindo alternativa potencialmente replicável para outras linhas de cuidado do Sistema Único de Saúde.

Além do aumento da produção, observou-se ampliação da abrangência regional dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico. Esse resultado é particularmente relevante em procedimentos de alta complexidade, cuja oferta costuma permanecer concentrada em poucos centros habilitados, especialmente em países da América Latina, onde fatores geográficos, limitações de financiamento e concentração de recursos especializados dificultam o acesso oportuno aos centros de referência (4). Nesse contexto, embora o Programa Escoliose não tenha promovido expansão física da rede assistencial, a ampliação da oferta cirúrgica parece ter favorecido maior utilização dos serviços por pacientes provenientes de diferentes regiões do Estado, reduzindo parcialmente desigualdades no acesso ao tratamento.

Embora o Programa tenha promovido expressivo aumento da produção cirúrgica, observou-se crescimento do número absoluto de pacientes registrados nas filas de consulta especializada e cirurgia. Esse comportamento deve ser analisado considerando a natureza dinâmica das listas de espera e os múltiplos fatores que as influenciam, incluindo a capacidade de identificação da demanda, o acesso aos serviços especializados e a organização dos mecanismos de regulação (10, 11).

Apesar do incremento de pacientes na fila de consulta especializada, observamos a redução da idade média dos pacientes após a implantação do programa. Esse achado pode sugerir maior oportunidade de encaminhamento aos serviços especializados em fases mais precoces da doença, o que amplia a possibilidade de acompanhamento clínico adequado e, quando indicado, de instituição de tratamento conservador antes da progressão para deformidades de maior magnitude (14, 15).

Quanto à judicialização, os dados evidenciam a diferença entre o custo potencial estimado das demandas judiciais, caso os tratamentos fossem custeados pelos valores apresentados nos orçamentos judiciais, e os recursos efetivamente despendidos após o encaminhamento dos pacientes para tratamento pela rede assistencial, demonstraram um dano potencial evitado de mais de 9 milhões. Recursos despendidos com ações judiciais podem comprometer a aplicação de critérios universais de acesso, além de direcionar recursos escassos para demandas individualizadas, em um cenário de subfinanciamento crônico do sistema (16, 17). Neste sentido, a viabilização do tratamento por via administrativa vai ao encontro de princípios de planejamento e equidade que orientam o SUS, reduzindo as desigualdades (18).

A interpretação dos resultados deve considerar algumas limitações inerentes às bases de dados utilizadas. A análise das filas baseou-se em cortes transversais em dois momentos, sem acompanhamento individual da trajetória dos pacientes, e depende da qualidade e atualização dos registros administrativos. Mudanças na abrangência do GERCON e a alimentação do GERINT pelos hospitais também podem ter influenciado o número de pacientes registrados. Além disso, séries temporais mais extensas poderão contribuir para estimar com maior precisão os efeitos do programa, sua sustentabilidade e suas repercussões sobre o acesso ao tratamento especializado.

Os resultados demonstram que estratégias de financiamento direcionadas à utilização da capacidade instalada podem ampliar significativamente a oferta de procedimentos de alta complexidade, produzindo efeitos que transcendem o aumento da produção cirúrgica. A análise integrada da produção assistencial, das filas de espera e do perfil dos pacientes evidenciou que políticas dessa natureza podem influenciar a organização da linha de cuidado, ampliar o acesso aos serviços especializados e favorecer a identificação de demanda reprimida previamente não registrada. Esses achados reforçam que a avaliação de intervenções voltadas ao enfrentamento das filas de espera deve incorporar indicadores relacionados à

produção, ao acesso, aos tempos de espera e à organização da rede assistencial, e não apenas a variação do número absoluto de pacientes cadastrados.

REFERÊNCIAS

1. Calman R, Smithers T, Rowan R. Impact of surgical waiting time on paediatric spinal deformity patients. *ANZ J Surg*. 2013;83(12):929-32. doi:10.1111/ans.12196.
2. Miyanji F, Newton PO, Samdani AF, Shah SA, Varghese RA, Reilly CW, Mulpuri K. Impact of Surgical Waiting-List Times on Scoliosis Surgery: The Surgeon's Perspective. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2015 Jun 1;40(11):823-8. doi: 10.1097/BRS.0000000000000205.
3. Tarrant RC, Queally JM, O'Loughlin PF, Sheeran P, Moore DP, Kiely PJ. Preoperative curves of greater magnitude ($>70^\circ$) in adolescent idiopathic scoliosis are associated with increased surgical complexity, higher cost of surgical treatment and a delayed return to function. *Ir J Med Sci*. 2016 May;185(2):463-71. doi: 10.1007/s11845-015-1391-5.
4. Guiroy A, Carazzo C, Camino-Willhuber G, Morales Ciancio A, Remondino R, Nin F, Alvarado-Gomez F, Reviriego J, Zarate Kalfopulos B, Daher M, Fernandes Andújar AL, Asghar J, Ferri-de-Barros F, Meves R. Time to surgery for adolescent idiopathic scoliosis: How long does it take? A multicenter study. *World Neurosurg X*. 2023 Mar 18;19:100187. doi: 10.1016/j.wnsx.2023.100187.
5. Bressan-Neto M, Filezio MR, Ferri-de-Barros F, Defino HLA. Unmet Needs of Surgical Care for Children: A Case Study in the Brazilian Publicly-Financed Health System. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo)*. 2021 Jun;56(3):360-367. doi: 10.1055/s-0040-1721836
6. Dorneles Filho A, Daher M., Lomaz MB, Melo LL. Queue profile for pediatric scoliosis surgery in a reference hospital in the brazil's midwest Coluna/Columna. 2023;22(3):e273450. doi:10.1590/s1808-185120222203273450
7. Meves R; Gepedi (Pediatric Scoliosis Deformity Group from Brazilian Spine Society). Causes of Delays in Treatment of Patients With Pediatric Scoliosis in the Brazilian Health System. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2024 May 15;49(10):741-742. doi: 10.1097/BRS.0000000000004885.

8. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria SES/RS 985 de 13 de novembro de 2023: Institui o Programa Escoliose, estabelecendo critérios para o repasse de valores do Governo do Estado, em caráter temporário e excepcional, aos hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde (MS) em Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia Ortopedia na modalidade Serviço de Traumatologia Ortopedia Pediátrica, para ampliar a realização de cirurgias para tratamento de escoliose no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <24171934-portaria-985-2023-dgae-alterada-ate-192-2026.pdf>. Acesso em: 17 julho 2026.
9. CRA/DRE/TELESSAÚDERS-UFRGS. Nota técnica sobre o atendimento de escoliose em crianças e adolescentes e critérios de encaminhamento para atenção especializada (2024). Disponível em: <06095845-nota-tecnica-escoliose-16-04-2024.pdf> Acesso em: 17 julho 2026.
10. Santana Lemos C, Magalhães AMM, Saraiva Tuma Dos Reis D, de Andrade AYT, de Almeida KC, Zerbieri Martins F, Reynolds N, Poveda VB. Access to healthcare: waiting time until the surgical procedure. *Ann Med*. 2025 Dec;57(1):2452358. doi: 10.1080/07853890.2025.2452358.
11. Bittencourt, R.J., Alonso, R.S., Rodrigues, I.B., Macedo, E.G., Silva, C.N., & Oliveira, L.V. Gestão de filas para cirurgias eletivas: Overview de revisões sistemáticas. *Revista Brasília Médica*, 2020. doi: 10.5935/2236-5117.2020v57a03
12. Rathnayake D, Clarke M. The effectiveness of different patient referral systems to shorten waiting times for elective surgeries: systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2021 Feb 17;21(1):155. doi: 10.1186/s12913-021-06140-w.
13. Bitencourt Júnior CAB, Pratali RR, Lira RCA, Morais SV, Araújo AMM, Herrero CFPDS. Organization of a Pediatric Scoliosis Surgery Task Force and Analysis of Clinical and Radiographic Outcomes. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo)*. 2025 Apr 11;60(1):s00441800946. doi: 10.1055/s-0044-1800946.
14. HRESKO, MT Clinical practice. Idiopathic scoliosis in adolescents. *The New England Journal of Medicine*, v. 368, n. 9, p. 834–841, 2013. DOI: 10.1056/NEJMcp1209063

15. US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kemper AR, Krist AH, Kurth AE, Landefeld CS, Mangione CM, Phipps MG, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW. Screening for Adolescent Idiopathic Scoliosis: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018 Jan 9;319(2):165-172. doi: 10.1001/jama.2017.19342.
16. Vieira FS. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. *Rev. Saúde Pública* 2023;57:1. Doi 10.11606/s1518-8787.2023057004579
17. Calabrez, SP & Modesto, CT. Judicialização da Saúde no Brasil: Desafios e Consequências para o Sistema Único de Saúde. *Revista Tópicos*, 2024, 2(13), p. 1-23. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13835545>.
18. Ferraz OLM. Health as a human right: the politics and judicialisation of health in Brazil. *Saúde debate* 46 (8), 2022. doi:10.1590/0103-11042022E816

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a implantação do Programa Estadual de Incentivo ao Tratamento Cirúrgico da Escoliose, observou-se aumento expressivo da produção cirúrgica nos hospitais participantes. O perfil demográfico dos pacientes operados permaneceu semelhante entre os períodos avaliados, embora tenha ocorrido maior diversidade na procedência regional dos atendimentos. Em relação às filas de espera, houve aumento do número absoluto de pacientes cadastrados para consulta especializada e tratamento cirúrgico, sem demonstração consistente de redução do tempo de espera.

Os resultados indicam que o incentivo financeiro esteve associado à ampliação da oferta cirúrgica, mas também demonstram que o aumento da produção, isoladamente, não determina redução imediata das filas. A avaliação do programa deve, portanto, considerar conjuntamente a produção assistencial, os tempos de espera e a dinâmica de entrada e saída dos pacientes nos sistemas de regulação. O acompanhamento longitudinal desses indicadores será importante para avaliar a sustentabilidade dos resultados e compreender, com maior precisão, os efeitos do programa sobre o acesso ao tratamento cirúrgico especializado da escoliose no SUS.

APÊNDICE E ANEXOS

- a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa [se houver]
- b. Normas para publicação na revista



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA PESQUISA (TAI)

ANEXO III – PORTARIA SES/RS Nº 1.134/2022

Nome: Suelen da Silva Arduin

Local da SES: Central de Regulação Ambulatorial/DRE

Pesquisa Intitulada

AValiação DE UM PROGRAMA ESTADUAL DE INCENTIVO PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESCOLIOSE: IMPACTO SOBRE A DEMANDA REPRIMIDA E A JUDICIALIZAÇÃO

Pesquisadora Responsável: GABRIELA CARVALHO NASCIMENTO

Objetivo: Analisar a formulação, implementação e resultados do Programa Escoliose no Estado do Rio Grande do Sul, com ênfase na memória de cálculo do incentivo financeiro e no seu impacto sobre a ampliação do acesso ao tratamento cirúrgico, a redução da demanda reprimida e da judicialização.

Procedimentos da Pesquisa

- Análise de dados.
- Consulta a bancos de dados e sistemas de informação da CRA/DRE.

Acesso à informação/estrutura da SES para pesquisa

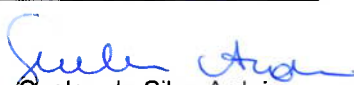
- Serão consultados dados da CRA/DRE.

- Sobre os dados da judicialização, resposta da pesquisadora em 19/6/2026: “registros de demandas judiciais relacionadas à escoliose - seriam dados da AJ, mas como já os consultei, eles só possuem de forma bastante generalizada, não são públicos.”

Autorizo sua execução, assim como o acesso às informações/estruturas solicitadas para fins exclusivos da referida pesquisa, com confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos participantes e seus dados. A autorização do estudo não interferirá no fluxo normal de trabalho e de atendimento do(a) departamento/serviço, nem trará constrangimento aos usuários, residentes e/ou servidores que não quiserem ingressar no estudo como participantes. Estou ciente também da minha responsabilidade em relação à confidencialidade dos dados ao autorizar o acesso às informações, conforme as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018). A execução da pesquisa (coleta dos dados/informações) deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme diretrizes e normas das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e 580/2018.

Local: _____

Data: ____/____/____


Suelen da Silva Arduin

Diretora do Departamento de Regulação Estadual/SES/RS


ID: 4636880/3
Diretora
Departamento de Regulação Estadual/SES/RS

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [1. Informações gerais](#)
- [2. Categorias de artigos](#)
- [3. Contribuição dos autores](#)
- [4. Política de conflito de interesses](#)
- [5. Documentos suplementares](#)
- [6. Preparo do manuscrito](#)
- [7. Checklist para submissão](#)
- [8. Processo editorial](#)
- [9. Taxa de publicação](#)

1. Informações gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português e inglês. Artigos submetidos em português são traduzidos para o inglês e publicados nesses dois idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português.

O texto do manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão ([Estrutura do Texto](#)). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais ou Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso, estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados;
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica;
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;
- [PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises;
- [STROBE](#) checklist para estudos observacionais em epidemiologia;
- [RATS](#) checklist para estudos qualitativos.

Pormenores sobre os itens exigidos para a apresentação do manuscrito estão descritos conforme a categoria de artigos.

Como forma de avaliação da ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos à programa de detecção de similaridades entre textos.

ORCID – *Open Researcher and Contributor Identification*

O [ORCID](#) do primeiro autor e de todos os coautores deverá ser informado no momento da submissão dos manuscritos, na carta de apresentação.

DOI – *Digital Object Identifier*

Todos os trabalhos aprovados, quando da sua publicação na Revista de Saúde Pública, receberão seu DOI.

[Topo](#)

2. Categorias de artigos

a. Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos que abordem instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, à avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não atendem ao escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Devem ser detalhados: a proposição, a seleção e a confecção dos itens e o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras; o trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares; e a avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto ou dimensional.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste ou concordância interobservador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre adaptação transcultural de instrumentos de aferição, além de atenderem, de forma geral, às recomendações supracitadas, é necessário explicitar o modelo teórico que norteia o processo. Os autores devem também justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em uma minuciosa revisão da literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente como e quais foram as etapas seguidas no modelo teórico de adaptação no trabalho submetido à publicação.

O instrumento de aferição deve ser anexado aos artigos submetidos.

Quanto à formatação do manuscrito, recomendamos:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo recomendado de referências: 30.
- Resumos no formato estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão) com até 300 palavras.

b) Comunicação breve

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego. Sua apresentação deve acompanhar as normas exigidas para artigos originais.

Formatação:

- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 1.
- Número máximo recomendado de referências: 5.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigo de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder a uma pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consultar:

[MOOSE](#): checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;

[PRISMA](#): checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises.

Revisão narrativa ou crítica – Apresenta caráter descritivo-discursivo e dedica-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da saúde pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Formatação:

- Deve conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número de referências: ilimitado.
- Resumos no formato estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão) com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e oxigenar controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens. A introdução deve destacar o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Formatação:

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo recomendado de referências: 30.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

e) Cartas ao Editor

Correspondência de um leitor ao editor da revista contendo contribuições para a validação da pesquisa por meio de opiniões, ideias, hipóteses, críticas ou novos dados.

Formatação:

- Devem conter até 600 palavras e até 5 referências.

[Topo](#)

3. Contribuição dos autores

A contribuição de cada autor deve ser explicitada no final do artigo, após o campo financiamento. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados nestas instruções.

Autoria

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) contribuir substancialmente para a concepção ou delineamento do estudo, ou coleta, análise ou interpretação dos dados; (2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; (3) participar da aprovação da versão final do manuscrito; (4) assumir responsabilidade pública por todos os aspectos do artigo, acurácia e integridade dos dados.

Nos casos de grupos multicêntricos ou grande número de autores terem desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos anteriormente. Nesse caso, os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Estes serão listados no final do texto do artigo.

Não justificam autoria: aqueles que realizaram apenas a aquisição de financiamento, a coleta de dados ou a supervisão geral do grupo de pesquisa.

[Topo](#)

4. Política de conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores. Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, possam influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve comunicar aos editores quaisquer conflitos de interesses que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito e, quando couber, deve se declarar não qualificado para revisá-lo. Se os autores não tiverem certeza do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da RSP.

[Topo](#)

5. Documentos suplementares

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), são solicitados documentos e declarações dos(s) autores para a avaliação do(s) manuscrito(s). Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe-os ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de apresentação	Todos os autores, ou o primeiro autor, assinam e insere o ORCID de todos os autores informados na carta de apresentação.	Na submissão
b. Documento de aprovação do comitê de ética		Na submissão
c. Declaração de responsabilidade pelos agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
d. Declaração de direitos de primeira publicação	Todos os autores	Após a aprovação
e. Formulário de Cumprimento da Ciência Aberta	Autor responsável	Na submissão

a. Carta de apresentação

A carta de apresentação deve ser assinada por todos os autores ou, ao menos, pelo primeiro autor. O nome e o ORCID de todos os autores deverão ser informados nessa carta. Na carta de apresentação deve conter:

- Informações sobre os achados e as conclusões mais importantes do manuscrito e esclarecimento de seu significado para a saúde pública;
- Informação sobre a novidade do estudo e por que ele deve ser publicado nesta revista;
- Menção a até três artigos, se houver, publicados pelos autores na linha de pesquisa do manuscrito;
- Atestado de exclusividade da submissão do manuscrito à RSP;
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores;
- Contribuição ao manuscrito por parte de cada autor.

b. Aprovação do comitê de ética

Deve ser anexado, na submissão do artigo, documento de aprovação do comitê de ética da instituição responsável por aprovar a pesquisa.

c. Agradecimentos

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento (por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados etc). Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar agradecimentos a instituições que prestaram apoio logístico.

d. Declaração de direitos de primeira publicação

Todos os autores devem ler, assinar e enviar o documento transferindo os direitos de primeira publicação. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

O documento será solicitado após a aprovação do artigo.

e. Formulário de Cumprimento da Ciência Aberta

Por meio deste formulário os autores informam o periódico sobre a conformidade do manuscrito com as práticas de comunicação da Ciência Aberta. Os autores são solicitados a informar: (a) se o manuscrito é um preprint e, em caso positivo, sua localização; (b) se dados, códigos de programas e outros materiais subjacentes ao texto do manuscrito estão devidamente citados e referenciados; e, (c) se aceitam opções de abertura no processo de avaliação por pares.

MODELOS DE DOCUMENTOS

a) MODELO DE CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, [dia] de mês de ano.

Prezado Sr. Editor, *Revista de Saúde Pública*

[Informar os achados e as conclusões mais importantes do manuscrito e esclarecer seu significado para a saúde pública]

[Informar a novidade do estudo]

[Mencionar, se houver, até três artigos publicados pelos autores na linha de pesquisa do manuscrito]

Assim, submetemos à sua apreciação o trabalho “ [título] ”, o qual se encaixa nas áreas de interesse da RSP. A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito].

Contribuição dos autores (exemplo): concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho: autor 1; interpretação dos resultados e redação do trabalho: autor 2. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Certifico que este manuscrito representa um trabalho original e que nem ele, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

nome completo do autor 1 + assinatura + ORCID

nome completo do autor 2 + ORCID

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente para a realização deste manuscrito, mas que não preencheram os critérios de autoria, estão nomeadas com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____

DATA

NOME COMPLETO E ASSINATURA

c) DECLARAÇÃO DE DIREITOS DE PRIMEIRA PUBLICAÇÃO

Cedemos à Revista de Saúde Pública os direitos de primeira publicação de nosso artigo (TÍTULO), sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que a fonte seja citada e os devidos créditos sejam mantidos.

Ficam reservados aos autores os direitos sobre a obra.

Autores:

Local, data

NOME COMPLETO + Assinatura

Local, data

NOME COMPLETO + Assinatura

e) FORMULÁRIO DE CUMPRIMENTO DA CIÊNCIA ABERTA

Preprints

Depósito do manuscrito em um servidor de *preprints* reconhecido pelo periódico.

O manuscrito é um <i>preprint</i> ?	
()	Sim – Nome do servidor de <i>preprints</i> : DOI do <i>preprint</i> :
()	Não

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Autores são encorajados a disponibilizar todos os conteúdos (dados, códigos de programa e outros materiais) subjacentes ao manuscrito. Exceções são permitidas em casos de questões legais e éticas. O objetivo é facilitar a avaliação do manuscrito e, se aprovado, contribuir para a preservação e reuso dos conteúdos e a reprodutibilidade das pesquisas.

Os conteúdos subjacentes ao texto do manuscrito já estão disponíveis em sua totalidade e sem restrições ou assim estarão no momento da publicação?	
()	Sim: () os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito () os conteúdos já estão disponíveis () os conteúdos estarão disponíveis no momento da publicação do artigo Segue títulos e respectivas URLs, números de acesso ou DOIs dos arquivos dos conteúdos subjacentes ao texto do artigo (use uma linha para cada dado):
()	Não: () dados estão disponíveis sob demanda dos pareceristas () após a publicação os dados estarão disponíveis sob demanda aos autores – condição justificada no manuscrito() os dados não podem ser disponibilizados publicamente. Justifique a seguir:

Aberturas na avaliação por pares

Os autores poderão optar por um ou mais meios de abertura do processo de *peer review* disponibilizados pelo periódico.

Quando oferecida a opção, os autores concordam com a publicação dos pareceres da avaliação de aprovação do manuscrito?	
()	Sim
()	Não
Quando oferecida a opção, os autores concordam em interagir diretamente com pareceristas responsáveis pela avaliação do manuscrito?	
()	Sim
()	Não

6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português, devem ser indicados entre 3 e 10 descritores extraídos do vocabulário [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#) da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#) da *National Library of Medicine* (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das [categorias de artigos](#). Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar de forma sucinta o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da Introdução.

Métodos – É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para o seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos empregados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseados em comunicação de caráter pessoal ou divulgados em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As **Conclusões** devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

ATIVOS DIGITAIS

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

Para a composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

Citação no texto

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente (sobrescrito)** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e do ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, o desenvolvimento social e a reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹, a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o **estilo Vancouver** (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*) e listadas em ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, conforme o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódico

Rosa ACA, Silva LCC, Azevedo JC, Oliveira RTS, Ferreira KA, Parra MT, et al. Validity of Perceived Stress Scale in Brazilian low-income college students. Rev. Saude Publica. 2025;59:e4. <https://doi.org/10.11606/s15188787.2025059005974>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

[Topo](#)

7. Checklist para submissão

1. Nome completo e instituição de afiliação de cada autor.
2. Título do manuscrito em seu idioma original.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em formato word, letras Arial ou Times New Roman, corpo 12, e espaçamento 1,5 ou duplo. Para tabelas, pode-se usar tamanho da fonte 9 ou 10 pt.
5. Resumos estruturados (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão) para trabalhos originais de pesquisa, no idioma original do manuscrito.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa, no idioma original do manuscrito.
7. Carta de apresentação, constando a responsabilidade de autoria. Deve ser assinada por todos os autores ou, pelo menos, pelo primeiro autor e conter o nome e ORCID de todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).
9. Referências normatizadas segundo **estilo Vancouver**, apresentadas por ordem de citação. É necessário verificar se todas as referências estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima de 300 dpi. Gráficos devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas, quadros e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
13. **Não publicamos materiais suplementares, anexos e apêndices.** Esses materiais deverão ser disponibilizados em repositórios online abertos, como, por exemplo, Zenodo, Figshare e OSF, e essa informação (doi, link) deverá ser indicada no manuscrito por meio de nota de rodapé.

[Topo](#)

8. Processo editorial

a. Avaliação

Pré-análise: o Editor Chefe avalia os manuscritos com base na qualidade e interesse para a área de saúde pública e decide se seleciona o manuscrito para avaliação por pares externos ou não.

Análise por pares: se selecionado na pré-análise, o manuscrito é encaminhado a um dos Editores Associados cadastrados no sistema segundo a respectiva área de especialização. O Editor Associado seleciona os revisores (dois) de acordo com a área de especialização e envia o manuscrito para avaliação. Caso o Editor Associado considere que os pareceres recebidos são insuficientes para uma conclusão, deverá indicar outro(s) relator(es). Com base nos pareceres, o Editor Associado decide por: recusa, no caso de o manuscrito ter deficiências importantes; aceite; ou possibilidade de nova submissão, devendo neste caso indicar nos seus comentários as modificações importantes para eventual reformulação, que será reavaliada por relatores.

b. Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é editado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada.

c. Provas

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações e alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para que seja feita a revisão, até que seja alcançada uma versão final do texto.

Artigos submetidos em português serão traduzidos para o inglês. Aproximadamente 20 dias após o autor finalizar a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nessa revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, do vocabulário da área e, principalmente, para a equivalência de conteúdo com a versão original aprovada. O prazo para revisão da versão em inglês é de dois dias.

A RSP adota o sistema de publicação contínua. Dessa forma, a publicação se torna mais rápida: não depende de um conjunto de artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

[Topo](#)

9. Taxa de publicação

A Revista de Saúde Pública (RSP) não cobra taxa de *submissão de manuscritos*. Caso o manuscrito submetido seja aprovado, o autor correspondente receberá uma fatura proforma com as informações para o pagamento da *taxa de publicação*. Ressalta-se que essa cobrança é única, ou seja, o autor não incorrerá em custos adicionais, salvo exceções*. A RSP ficará responsável por todas as etapas subsequentes de editoração, incluindo: validação das referências, revisão gramatical, tradução para o inglês (para manuscritos submetidos em português), diagramação em PDF, conversão em XML e indexação em bases de dados bibliográficas.

Em 2026, a RSP iniciou um plano de redução progressiva da taxa de publicação, visando eliminar o custo para os autores assim que a sustentabilidade financeira da revista permitir. **Por essa razão, a taxa foi reduzida para R\$ 3.800,00.** Para pagamentos provenientes do exterior o valor é de US\$1.200.

A RSP fornece aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

* Caso seja necessária a publicação de errata decorrente de erro do autor, será cobrada uma tarifa no valor de R\$ 400,00 (ou US\$ 100 para pagamentos provenientes do exterior).

[Topo](#)

BUSCAR

- ☒ Títulos e Resumos
- ☐ Autores
- ☐ Palavras-chave
- ☐ Páginas do Site

Q | ▼

EDITORES-CHEFES

- [João Luiz Bastos](#)  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis – SC – Brasil
- [Carlos Augusto Monteiro](#)  
Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo-SP – Brasil
- [Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho](#)  
Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo-SP – Brasil

EDITORES ASSOCIADOS

- [Alessandra C. Goulart](#)  
Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo-SP – Brasil
- [Alicia Matijasevich](#)  
Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo/SP- Brasil
- [Bruno P. Nunes](#)  
University of Illinois Urbana-Champaign – Urbana/IL – Estados Unidos da América
- [Claudia Flemming Colussi](#)  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis/SC – Brasil
- [Eliseu Alves Waldman](#)  
Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo/SP – Brasil
- [Frida Marina Fischer](#)  
Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo/SP – Brasil

[Janaína Calu Costa](#)  

Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo/SP – Brasil

[Joilda Silva Nery](#)  

Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador, BA, Brasil

[Julia Pescarini](#)  

EDITORIA EXECUTIVA

[Angela Maria Belloni Cuenca](#)  

Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo/SP – Brasil

SECRETARIA

[Maria do Carmo Silva de Oliveira](#)

Library - Centro de Informação e Referência (CIR) FSP/USP

INDEXADORES

- [Clarivate/ISI: Web of Sciences](#)
- [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#)
- [EMBASE](#)
- [LILACS](#)
- [POPLINE](#)
- [PubMed Central \(PMC\)](#)
- [PubMed/Medline](#)
- [SciELO Brasil](#)
- [SciELO Saúde Pública](#)
- [Scopus](#)
- [Tropical Diseases Bulletin](#)

Mapa do Site

[Sobre](#)

[Informações gerais](#)

[Corpo editorial](#)

[Sobre a revista](#)

[Um século de divulgação científica](#)

[Instruções aos Autores](#)

[Informações gerais](#)

[Categorias de artigos](#)

[Dados de identificação do manuscrito](#)

[Conflito de interesses](#)

[Declarações e documentos](#)

[Preparo do manuscrito](#)

[Checklist para submissão](#)

[Processo editorial](#)

[Taxa de publicação](#)

[Fascículos Disponíveis](#)

[Highlights](#)

[FAQ](#)



ISSN: 0034-8910 | e-ISSN: 1518-8787

[Av. Dr Arnaldo, 715](#)

[01246-904 São Paulo-SP Brasil](#)

+55 11 3061 7985 | revsp@usp.br

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde identificado, está sob a Licença Creative Commons do tipo BY.



Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo



A RSP adota a política de Acesso Aberto e publica exclusivamente online desde 2014.

Desenvolvido por:

