

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE IRATI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

FLÁVIA SOARES DOS SANTOS

PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO PARA ADENOIDECTOMIA E
AMIGDALECTOMIA NO SUS

IRATI
2017

FLÁVIA SOARES DOS SANTOS

**PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO PARA ADENOIDECTOMIA E
AMIGDALECTOMIA NO SUS**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção de grau de Mestre, do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Orientadora: Profª Dra. Maria Fernanda Bagarollo

IRATI
2017

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

SANTOS, Flávia Soares dos.

S237p Processo de encaminhamento para adenoidectomia e amigdalectomia no SUS / Flávia Soares dos Santos. – Irati, PR : [s.n.], 2017.

71f.

Orientadora: Profª Drª Maria Fernanda Bagarollo

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração em Desenvolvimento Comunitário. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.

1. Saúde pública – dissertação. 2. Sistema único de saúde. 3. Cirurgia. 4. Otorrinolaringologia.
I. Bagarollo, Maria Fernanda. II. UNICENTRO. III. Título.

CDD 614.981



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

FLÁVIA SOARES DOS SANTOS

CIRURGIA DE ADENOIDECTOMIA E AMIGDALECTOMIA NO SERVIÇO PÚBLICO DO INTERIOR DO PARANÁ

Dissertação aprovada em 17/10/2017 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Fernanda Bagarollo

Instituição: UNICENTRO

Prof.^a Dr.^a Mirian Nagai

Instituição: UNICAMP

Prof.^a Dr.^a Cristiana Magni

Instituição: UNICENTRO

Irati, 17 de outubro de 2017.

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

Dedico esta conquista a Deus, pois, sem Ele nada seria possível. Aos meus pais, Edson e Vera por todo o apoio, amor e confiança depositados em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço sobretudo a Deus, sem Ele nada seria possível. Toda honra e toda glória são para ti Senhor.

Aos meus pais, que me apoiaram incansavelmente em cada desafio durante esta jornada, onde nunca faltou incentivo e palavras de conforto. A minha irmã que esteve comigo mesmo distante, sendo fortaleza para os momentos de desespero. A vocês todo meu amor e minha gratidão.

À família Garcia, que com muito amor, sempre me acolheu e apoiou em todos os momentos. Em especial, à Janaína e ao Valmir, por todo o amor, apoio, conselhos, abraços e ensinamentos, depositados em mim.

À minha orientadora Prof^a Maria Fernanda, agradeço por estar presente em toda essa trajetória, você é referência em minha formação, pelo exemplo de pessoa e profissional. Obrigada por todo apoio e confiança.

À Banca avaliadora da qualificação e a Prof^a Vanessa Veis Ribeiro, pelas valiosas contribuições que me permitiram seguir firme neste processo sou grata pela dedicação e profissionalismo.

Obrigada a todos que de algum modo estiveram comigo nesta caminhada, em especial ao Paulo, me confortando com suas palavras de apoio, incentivo e carinho, certamente tornaram essa jornada mais leve.

“Entrega teu caminho ao
Senhor, Confia Nele, e o mais ele
fará” Sl, 37:5

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AOS – Apneia Obstrutiva do Sono

ESF – Estratégia da Saúde da Família

DOS – Distúrbio Obstrutivo do Sono

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ORL – Otorrinolaringologia

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção a Saúde

SAHOS - Síndrome da Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VAS – Vias Aéreas Respiratórias

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Sexo 41

Tabela 2 – Descritiva de Idade 41

Tabela 3 – Procedimento cirúrgico realizado 41

Tabela 4 – Técnica cirúrgica realizada 42

Tabela 5 – Tempo de permanência no Hospital 42

Tabela 6 – Tempo de cirurgia 43

SANTOS, F. S. **Cirurgia de adenoidectomia e amigdalectomia no serviço público do interior do Paraná.** Dissertação. Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO. Irati, 2017.

RESUMO

A hipertrofia das tonsilas palatinas e faríngeas é comum na infância, sendo um dos problemas mais frequentes do consultório do otorrinolaringologista. A hipertrofia de tonsilas ocasiona respiração oral constante e este modo respiratório deixa o paciente exposto a inúmeras alterações, tais como craniofaciais, ortognáticas, mastigação, deglutição, distúrbios da fala e a deformidades da arcada dentária, podendo prejudicar a qualidade de vida das crianças. Além disso, a hipertrofia das tonsilas é a principal causa de obstrução das vias aéreas superiores, sendo responsável pelos distúrbios do sono. O procedimento final para solucionar a presença de tonsilas hipertróficas é cirúrgico, de escopo eletivo. O presente estudo tem por objetivo caracterizar a demanda de crianças com hipertrofia de adenóide e amígdalas e compreender o processo de encaminhamento em casos de necessidade de adenoidectomia e amigdalectomia no contexto do Sistema Único de Saúde no município de Irati-PR e na região da AMCESPAR. Além disso, tem-se por objetivo analisar ações preventivas dos procedimentos cirúrgicos em questão. A metodologia empregada, refere-se a uma abordagem quantitativa e qualitativa. A parte quantitativa tem característica descritiva no que cabe a caracterização do perfil dos pacientes submetidos a intervenção de adenoidectomia e amigdalectomia no ano de 2015. A parte qualitativa refere-se a visão dos profissionais envolvidos, obtidas a partir da realização de entrevistas semiestruturada com os médicos otorrinolaringologistas que atuam via SUS no município de Irati. Para análise dos dados qualitativos adotou-se a abordagem da análise de conteúdo. Os resultados apontaram para a fragilidade em uma conduta harmônica entre os profissionais. Os profissionais entrevistados manifestam uma concepção positiva a respeito do procedimento cirúrgico, bem como do impacto na qualidade da vida do sujeito. A demanda para cirurgias prevalecem para sexo masculino, com média de 6 anos, a técnica cirúrgica mais aplicada é dissecação e curetagem associadas, o tempo médio de cirurgia é de 52 minutos em tempo em que permanecem no hospital é aproximadamente 13 horas, constatou-se 05 registros em prontuários que tiveram complicações no pós-operatório. O estudo evidencia a necessidade de se investir em protocolos e linhas de cuidado na área da otorrinolaringologia, especialmente no que cabe aos diagnósticos e encaminhamentos para cirurgia de tonsilas palatinas e faríngea.

Palavras-chave: cirurgia, SUS, otorrinolaringologia, adenoidectomia, amigdalectomia,

ABSTRACT

The hypertrophy of the palatine and pharyngeal tonsils is common in childhood, being one of the most frequent problems of the otorhinolaryngologist's office. Tonsil hypertrophy causes constant oral breathing and this respiratory mode leaves the patient exposed to numerous alterations, such as craniofacial, orthognathic, chewing, swallowing, speech disorders and dental arch deformities, which may affect children's quality of life. In addition, tonsillar hypertrophy is the main cause of upper airway obstruction and is responsible for sleep disorders. The final procedure to solve the presence of hypertrophic tonsils is surgical, of elective scope. The present study aims to characterize the demand of children with adenoid and tonsil hypertrophy and to understand the referral process in cases of need for adenoidectomy and tonsillectomy in the context of the Unified Health System in the municipality of Irati-PR and the AMCESPAR region. In addition, the objective is to analyze preventive actions of the surgical procedures in question. The methodology used refers to a quantitative and qualitative approach. The quantitative part has a descriptive characteristic in which it is possible to characterize the profile of the patients submitted to adenoidectomy and tonsillectomy in the year 2015. The qualitative part refers to the vision of the professionals involved, obtained from the semi-structured interviews with the physicians otorhinolaryngologists who work via SUS in the municipality of Irati. To analyze the qualitative data the content analysis approach was adopted. The results pointed to the fragility in a harmonious conduct among professionals. The professionals interviewed manifest a positive conception regarding the surgical procedure as well as the impact on the quality of life of the subject. The demand for surgeries prevail for males, with a mean of 6 years, the most applied surgical technique is associated dissection and curettage, the average time of surgery is 52 minutes in the time they remain in the hospital is approximately 13 hours, it was verified 05 records in medical records that had complications in the postoperative period. The study evidences the need to invest in protocols and lines of care in the area of otorhinolaryngology, especially regarding diagnoses and referrals for surgery of palatine and pharyngeal tonsils.

Keywords: surgery, SUS, otorhinolaryngology, adenoidectomy, tonsillectomy,

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
OBJETIVOS	18
1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO	19
1.1 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE E SUAS PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES	16
1.1.1 DO ENFRENTAMENTO DA CONSULTA ESPECIALIZADA À INDICAÇÃO CIRÚRGICA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	20
2 O IMPACTO DOS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS DECORRENTES DA OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES	19
2.1 EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA DE ADENOIDECTOMIA E AMIGDALECTOMIA	27
2.1.1 INTERCORRÊNCIAS NO PÓS-OPERATÓRIO DE ADENOIDECTOMIA E/OU AMIGDALECTOMIA	29
3 MÉTODO	33
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	33
3.2 O CAMPO E SEUS SUJEITOS	34
3.3 CENÁRIO DE ESTUDO	35
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	36
3.5 ANÁLISE DE DADOS	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
4.1 ASPECTOS QUANTITATIVOS	40
4.1.1 Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de adenoamigdalectomia no Hospital Santa Casa de Irati-PR	
4.2 ASPECTOS QUALITATIVOS	43
4.2.1 CONCEÇÃO MÉDICA: DAS AÇÕES PREVENTIVAS A CONDUTA CURATIVA	43
4.2.2 PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
APÊNDICE I – Roteiro de entrevista semi-estruturada: Médico Otorrinolaringologista	
APÊNDICE II – Planilha: Perfil de pacientes submetidos a adenoidectomia e/ou amigdalectomia	

INTRODUÇÃO

As tonsilas palatinas são comumente chamadas de amígdalas e estão localizadas na parede lateral da orofaringe entre os arcos palatoglosso e palatofaríngeo, os quais constituem-se de tecidos linfoides que fazem parte do Anel de Waldeyer. Enquanto a tonsila faríngea é chamada por adenoide localiza-se na nasofaringe, estende-se da parede superior a posterior desta região (BONFILS e CHEVALLIER, 1998 apud OLIVEIRA, 2005, p.1) .

Os órgãos linfáticos desta estrutura anatômica estão localizados na entrada das vias aéreas e digestivas permitindo o contato primário com os antígenos ingeridos ou inalados (BRANDTZAEG, 2003, CICERÁN, 2003).

As tonsilas aparecem por volta dos seis meses de vida intra-uterina e a função principal é a da elaboração de linfócitos para a defesa, sendo o tecido linfoide parte do nosso sistema imunológico, responsável por ajudar o organismo na produção de anticorpos e células de defesa (MARCHESAN, 1998). A localização anatômica estratégica da tonsila faríngea e as tonsilas palatinas resulta num significativo contato físico com vírus, bactérias e microorganismos em geral durante o fluxo do ar nasal, podendo ocasionar edema persistente das tonsilas (RUFINO, 1999). Quando isso ocorre mais rápido do que o crescimento nasofaríngeo, desencadeia uma aproximação da massa das tonsilas faríngea á superfície do palato mole.

Segundo Di Francesco et al (2004), o aumento de volume das tonsilas palatina e faríngea é um dos problemas mais frequentes no consultório do otorrinolaringologista (ORL) e a adenoamigdalectomia, intervenção cirúrgica breve, para retirada das tonsilas, é ainda hoje uma das cirurgias mais frequentes em crianças.

O espaço nasofaríngeo é fundamental para a função respiratória nasal, uma vez que este encontra-se obstruído por um aumento excessivo da tonsila faríngea, ocorrem alterações posturais dos lábios, língua e mandíbula. Essas alterações da motricidade orofacial fazem com que um novo fluxo respiratório se estabeleça. Desta forma, o aumento de volume das tonsilas é a principal causa de obstrução das vias aéreas superiores (VAS) (ALCÂNTARA et al 2008).

Em consequência da hipertrofia de tonsilas, o paciente passa a respirar predominantemente pela cavidade oral e, por isso, fica exposto a inúmeras alterações, como alterações craniofaciais e ortognáticas, alterações de mastigação e deglutição, distúrbios da fala e deformidades da arcada dentária (DI FRANCESCO et al 2004).

A respiração bucal sendo uma alteração frequentemente observada em crianças com hipertrofia de tonsilas está diretamente ligada aos distúrbios do sono, precedidos de uma desordem obstrutiva que leva a roncos, até a Síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono – SAHOS. Os distúrbios do sono, tem sido a principal indicação para adenotonsilectomia em crianças, vencendo as infecções crônicas (ALCÂNTARA et al., 2008). A SAHOS é uma indicação precisa para a adenotonsilectomia em crianças, pois, comprovadamente, a cirurgia melhora a obstrução das vias aéreas superiores (AVELINO et al., 2002). A hipertrofia das tonsilas causam alterações que prejudicam elevadamente o rendimento habitual nas atividades normalmente realizadas pela criança, devido na maioria das vezes ao cansaço, à hipersonolência diurna e a desconfortos emocionais como irritabilidade e impaciência, constatado nessa população (ALCÂNTARA et al 2008)

Contudo, considerando o impacto das doenças no cotidiano dos pacientes é de suma importância investigar o histórico percorrido, adentrando as questões relacionadas a formação dos processos alimentares e de hábitos orais dessas crianças, averiguando a influência da alteração de tonsila sobre os mesmos, a fim de constatar as relações com as funções estomatognáticas das crianças submetidas a cirurgia de adenoide e amígdalas. Os episódios recorrentes de infecção de VAS causados pelas tonsilites de repetição, afetam negativamente a qualidade de vida e a saúde geral dos pacientes. Alguns estudos avaliaram o impacto negativo que os distúrbios obstrutivos de VAS tem sobre a qualidade de vida das crianças (DE SERRES et al., 2000; DI FRANCESCO et al., 2004; SILVA; LEITE, 2006).

Sobre o serviço ofertado via Sistema Único de Saúde (SUS), sabe-se de seu funcionamento através da Rede de Atenção a Saúde – RAS. No entanto, o acesso inicial da população à rede de saúde deve acontecer através dos serviços da atenção básica, representada pelas Unidades de Saúde da Família – USF, onde é desenvolvido o Programa Saúde da Família – PSF. Com o passar dos anos este programa foi remodelado, atualizando seus conceitos bem como o próprio funcionamento em questão, sendo chamado de Estratégia de Saúde da Família -ESF. As equipes ESF, devem estar qualificadas para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde, e em casos em que a demanda não possa ser acompanhada pela rede de atenção básica, deverá ser referenciada os demais níveis de complexidade: secundária (média) e terciária (alta) (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, o encaminhamento para qualquer especialidade tem parte da AB – Atenção Básica. Inicialmente o paciente realiza sua consulta na esfera da AB com

um clínico geral, pertencente a ESF de sua localidade, onde, a partir das especificidades de cada caso, o clínico geral identifica a necessidade de encaminhamento para o especialista, quando necessário o paciente segue para agendamento de acordo com a referência de seu município. A partir deste processo segue para a esfera de Média Complexidade, onde o especialista avalia, solicita exames, prescreve medicamentos, realiza diagnóstico e tratamento, além de analisar a necessidade de prosseguir com o encaminhamento para procedimentos de alta complexidade. Em resumo, esse é o caminho percorrido pelo usuário até a resolução de sua situação de saúde, uma vez que, em todo o processo este paciente mantém seu vínculo com a sua ESF, ou seja, é na AB que o paciente será acompanhado em todos os pontos de atenção a saúde.

Vale ressaltar, que para algumas especialidades como, Endocrinologia e Nefrologia, Cardiologia, Reumatologia e Ortopedia adulto, Ginecologia, Cirurgia Torácica e Pneumologia, Urologia e Proctologia, contam com Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica, para Atenção Especializada, os quais visam auxiliar e orientar as equipes da AB, proporcionando melhor qualidade no processo de encaminhamento dos pacientes para serviços especializados. Os protocolos foram produzidos pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), em parceria com o Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PATRÍCIA, 2016).

Entretanto, constata-se que para o serviço de otorrinolaringologia, não há protocolos que auxiliem os profissionais da AB no processo de encaminhamento para a especialidade em tela, o que pode prejudicar e permitir falhas no processo, uma vez que não ocorrem capacitações, tutorias, com frequência ou até o fornecimento de cartilha de apoio aos profissionais envolvidos, fragilizando o sistema.

O encaminhamento para cirurgia é um momento ímpar para a família, de preparo, escolha, espera, sendo de suma importância a família e o paciente em questão. Vale ressaltar que quando trata-se de crianças é fundamental o acordo na indicação para cirurgia entre o otorrinolaringologista e o pediatra, para garantir mais informações á família e para que haja uma melhor evolução no pós-operatório da criança.

De acordo com os autores Beraldin et al (2009); Silva e Leite (2006) e Lima Jr, Silva e Freitas (2008), as principais queixas levantadas pela família e/ou o próprio paciente que chegam ao especialista são referentes a sintomas/distúrbios respiratórios e distúrbios do sono ou compatíveis com Distúrbio Obstrutivo do Sono - DOS. A realização da cirurgia precede de uma avaliação clínica, onde normalmente já foi realizado terapia

medicamentosa e sem obter sucesso, torna-se um candidato a cirurgia. Segundo relato de Di Francesco et al (2004), o exame realizado no consultório do ORL, consiste na avaliação da orofaringe e classificação do tamanho das tonsilas palatinas, onde a classificação de Brodsky é a mais comum. A tonsila faríngea é avaliada através da radiografia de perfil ou de cavum, observando-se o grau de obstrução da nasofaringe. Não há um consenso na literatura e não foram encontradas informações oficiais sobre os critérios para indicação cirúrgica, tornando-se livre para cada profissional otorrinolaringologista a decisão dos critérios que serão utilizados. No entanto, há aqueles que possuem preferência quando trata-se de casos de amídalite crônica, hemorragia, infecção de repetição, sinusite recorrente, otite recorrente, DOS – Doença Obstrutiva do Sono, ronco, apneia, sendo estes casos com indicação cirúrgica. Em contraponto há as contraindicações, mas que também não há um consenso estabelecido oficialmente. Considera-se então casos de fissura labiopalatina, anemia, infecção aguda, aconselha-se idade acima de 02 anos. Anterior a cirurgia são realizados os pré-operatórios, com todos os exames necessários para garantir que o paciente esteja em condições de saúde favorável para realização do procedimento. Além disso, são estabelecidos como critérios no pré-operatório jejum inferior á 12 horas e temperatura igual ou inferior a 37,5°C. Cabe lembrar, que a história clínica é extremamente importante e, associada ao exame da faringe, pode orientar o tratamento cirúrgico da hipertrofia adenotonsilar (DI FRANCESCO et al, 2004).

De acordo com alguns estudos, a tonsilectomia proporciona melhora imediata na qualidade de vida dos pacientes, principalmente nas questões relacionadas ao sono, ronco, sofrimento físico, problemas na fala e deglutição, desconforto emocional, limitação em atividades físicas e preocupação dos pais. (BERALDIN et al 2009; DI FRANCESCO et al 2004; SILVA e LEITE 2006; LIMA JR e FREITAS 2008; PEREIRA, BAKOR e WECKX 2011; SANTOS et al 2013)

Antigamente a cirurgia era a abordagem mais comum a ser indicada e realizada para doenças envolvendo a adenoide e amígdala. Atualmente, com a evolução da medicina e atualização de terapias medicamentosa, o número de cirurgias tem diminuído, devido ao importante papel dessas estruturas, tanto na imunidade local como sistêmica e pelo reconhecimento da etiologia bacteriana envolvida, como apontam os autores Di Francesco et al. (2004). Após grande entusiasmo na realização dessa cirurgia na primeira metade do século, houve redução significativa do número de indicações desde o reconhecimento do valor imunológico das tonsilas. Além dos fatores supracitados, o fato

de alguns médicos não considerarem de que o procedimento cirúrgico seja efetivo em prevenir infecções recorrentes de garganta e ouvido médio, vem contribuindo para a diminuição significativa no número dessas cirurgias. Entretanto, a adenoidectomia/amigdalectomia continuam sendo os procedimentos cirúrgicos mais frequentes realizados em crianças nos consultórios de otorrinolaringologia.

Segundo Magalhães (2015), no período de 2010 a 2014, o SUS “realizou mais de 200 mil cirurgias de retirada de amígdala”. “Do total de amigdalectomia e adenoidectomia, 97% foram realizadas em jovens de 0 a 19 anos”.

Desse modo, conhecer todo o processo de encaminhamento, sinais e sintomas, causas e consequências, diagnóstico, avaliação clínica, tratamentos alternativos, abrirá um leque de possibilidades a AB, com o intuito de propor possíveis ações de prevenção, ou até mesmo de terapias alternativas no que tange as doenças do trato respiratório superior de modo a evitar a hipertrofia de tonsilas, respiração oral, irritabilidade, distúrbio obstrutivo do sono, apnéia, ronco e demais alterações manifestadas.

Al da elevada frequência das tonsilectomia, ocorre precocemente em sua maioria abordando crianças ainda em fase de crescimento, que perdem a oportunidade de seguir com o funcionamento de ordem natural do corpo humano, interrompendo esse processo com a retirada de um órgão importante já na primeira infância, onde a criança vive uma fase em que explora o mundo direcionando tudo a sua volta até a cavidade oral, ficando vulnerável principalmente a contrair infecções, onde neste momento as amígdalas realizariam seu papel reagindo a infecção e impedindo sua proliferação para outros órgãos importantes.

Vale salientar que a cidade de Irati, referência nesta pesquisa, segundo informações do IBGE, está localizada no Centro-Oeste do Paraná, região com um clima temperado, ou seja, mantém predominantemente um clima frio e seco, o que favorece o aparecimento de sintomas alérgicos, como por exemplo, rinite, asma, que afetam o trato oral e sistema respiratório, provocando condições de saúde desfavoráveis ao indivíduo, o que conduz, contribui e motiva o ato cirúrgico. No referido município, há uma grande e rica área rural, onde a população atua na plantação de milho, feijão, soja e fumo, além da criação de aves de corte, suínos e bovinos. A agricultura é o meio de sobrevivência de muitas pessoas, neste caso, é indispensável citar sobre a utilização de insumos agrícolas e agrotóxicos para garantir boa colheita, sendo considerado um fator desfavorável a população, uma vez que o agrotóxico apresenta grande impacto nos mecanismos do trato oral e respiratório, intimamente ligado as tonsilas palatina e faríngea.

Considerando os comprometimentos que o indivíduo está suscetível, temos as clássicas alterações da motricidade orofacial, devido a localização da adenoide e amígdala, que contribuem para problemas relacionados a respiração oral, decorrentes do estreito espaço para a respiração, ou pela presença de rinites alérgicas. Cabe lembrar que a respiração oral por si só é responsável por outras alterações da motricidade orofacial como hipotonia de músculos importantes para as funções do sistema estomatognático. É de suma importância referir que a longo prazo a realização da cirurgia não garantirá ao sujeito ausência total de sintomas, ou até mesmo uma boa respiração. Para a eficácia do procedimento é fundamental que medidas sejam tomadas, como por exemplo, atitudes que visem o controle dos alérgenos, ações para controle do ambiente, e demais medidas que devem ser orientadas pelos profissionais envolvidos sempre considerando os hábitos e o ambiente em que a pessoa vive.

A ausência de protocolos na rede pública que direcionem e auxiliem os profissionais envolvidos a atuarem de maneira harmônica em cada esfera de atenção a saúde, permitem falhas em todo o percurso do processo no qual o paciente é submetido, permitindo aos profissionais adotarem condutas individuais, podendo ser um fator relevante em relação ao alto índice de cirurgias realizadas precocemente.

Mediante ao exposto, observa-se a necessidade de estudos que demonstrem e caracterizem o atendimento otorrinolaringológico no SUS, uma vez que a falta de estudos nesta área dificulta a elaboração de projetos e planejamentos de políticas de saúde preventivas e de promoção de saúde considerando o impacto que as tonsilas podem causar na qualidade de vida do indivíduo.

OBJETIVOS

Objetivo geral

O presente estudo, tem por objetivo geral caracterizar a demanda e o processo de encaminhamento em casos de adenoidectomia e amigdalectomia no contexto do Sistema Único de Saúde no município de Irati – PR.

Objetivos específicos

- Analisar os dados numéricos referentes aos encaminhamentos para cirurgia de adenoidectomia e amigdalectomia no último ano no município de Irati - PR
- Estabelecer o perfil de pacientes que realizaram intervenção cirúrgica de adenoidectomia e/ou amigdalectomia.
- Descrever qualitativamente o processo de encaminhamento para cirurgia de adenoidectomia e amigdalectomia.
- Conhecer os procedimentos preventivos da cirurgia realizados pelos médicos otorrinolaringologistas e pela equipe de estratégia de saúde da família.

1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir do movimento da Reforma Sanitária, com a participação de cerca de 5 mil pessoas, entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais que promoveram discussões e mobilizações referentes a saúde, sendo considerado um dos principais movimentos sociais no final dos anos 70 e durante a década de 80. (PAIM, 1992).

(...) o projeto da Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais. Pode-se perceber que a população passa a lutar por seus direitos de cidadãos e pela melhoria da qualidade de vida. Isso também se torna evidente pela ampliação do conceito de saúde, explicitado na VIII CNS, na qual, Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. (Paim, 1992, p.30)

Tal movimento, culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, tendo um papel articulador na instauração de um novo padrão de serviços públicos de saúde, proporcionando também a participação de diferentes grupos e classes sociais nas discussões sobre as políticas sociais. (ALVES et al 2002)

A nova Constituição Brasileira de 1988, junto as teses defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, reconheceu a saúde como direito inerente à cidadania, a partir disso, houve então uma transformação no sistema de saúde no Brasil, reconhecendo a saúde como direito social e definindo um novo paradigma para a ação do Estado nessa área.

Em seu artigo 196, a Constituição diz que o direito à saúde deve ser garantido “mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Além disso, este artigo garante o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito de cidadania.

O termo saúde no decorrer dos anos recebeu conceitos diversificados, pois ainda vem sendo construído, no entanto, o conceito de saúde segundo a OMS foi considerado como “ausência de doença” foi uma perspectiva muito marcante, qual, posteriormente

evoluiu para “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Todavia, o termo bem-estar pessoal, refere-se a qualidade de vida considerando um estado de saúde que favoreça o sujeito a ter uma vida social e produtiva, onde apenas os serviços sanitários não dariam conta de fornecê-la. Desse modo, entende-se que o conceito de saúde implica em condições sociais diversas, e havendo inadequações numa dessas condições, proporcionará ao indivíduo um efeito contrário de bem-estar e qualidade de vida, podendo resultar em seu adoecimento. Observa-se então, que o conceito de saúde passou a ser considerado sob outro plano ou dimensão; saiu do foco do indivíduo, abordando também a sua relação com o trabalho e com a comunidade.

A medida que o movimento da Reforma Sanitária se fortalecia, várias reivindicações foram elaboradas e apresentadas, e assim o movimento conquistava melhorias nas condições sociais e de saúde, favorecendo a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde (PAIM, 1992)

Deste modo, o Movimento de Reforma Sanitária consistiu num divisor de águas para a instituição do SUS, apresentando-se como uma construção da sociedade, tendo suas reivindicações apresentadas e estimuladas a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (PAIVA e TEIXEIRA, 2014). É a partir desta visão, que resultaram dois marcos importantes do Sistema Único de Saúde – SUS: a Igualdade e a Universalidade.

A Conferência reafirma enfaticamente que: a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (BRASIL,2002, p.3)

As resoluções anteriormente citadas, atuaram como base para que mais tarde viessem a integrar a Carta Constituinte de 1988, garantindo a saúde como direito de cada cidadão. A implantação do SUS, deu-se primeiramente por meio da criação das Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990, responsável pela operacionalização do SUS e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, compondo a Lei Orgânica de Saúde – LOS.

Considerando a Lei 8.080/90, a saúde é direito fundamental do ser humano,

atribuindo ao Estado a responsabilidade de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, pela formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, entre outros (BRASIL, 1990).

A Lei 8.080/90, ainda em seu Art. 4º, prevê que o SUS seria constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (BRASIL, 1990).

Considerando os Princípios e Diretrizes do SUS, o Art. 7º da Lei 8080 diz que:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

A universalidade garante o direito à saúde por todos os brasileiros, com livre acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, sem discriminação. Este princípio é de grande valia para a efetividade da democracia, considerando então toda a população e não somente as pessoas ligadas à previdência, que possuíam carteira assinada

Dessa forma, a prática da integralidade não deve ser entendida apenas como um dever constitucional do SUS, mas ser vista como um conjunto de valores pelos quais se precisa lutar, abrangendo as necessidades de todos os indivíduos, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados a fim de oferecer todas as ações pertinentes para uma atenção integral, onde a integralidade seja compreendida como o direito que o cidadão tem ao atendimento em todo o contexto que a Constituição garante (ALVES et al 2002).

A prática da integralidade, não é exclusiva, devendo ser pactuada por todos os

profissionais da saúde, não permanecendo somente na perspectiva de prestar assistência de maneira integral e efetiva em todas as suas complexidades. Considerando o princípio da integralidade “cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade” e que “as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas” (MS, ABC do SUS, 1990).

O sentido da integralidade relaciona-se diretamente com todo o conjunto de necessidades referentes a ações e serviços de saúde que o usuário do SUS apresenta, tal qual, estimula a habilidade da equipe de saúde em reconhecer e adequar as ofertas de serviço de acordo com a atual situação. A integralidade pressupõe um novo olhar às múltiplas perspectivas que formam o processo de produção de saúde, podendo ser compreendida, como uma visão do sujeito na sua totalidade através da ampliação do processo saúde-doença para suas dimensões psicossociais, dentre outros aspectos (HECKLER e OLIVEIRA, 2008, apud ALVES et al 2013).

O princípio da equidade significa “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras” (BREASIL, 1990c) e pode ser visto como a igualdade, extinto de privilégios e preconceitos. Sendo assim, “todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades” (MS, ABC do SUS, 1990).

Para Roncalli (2003) a equidade, é um desdobramento da ideia de universalidade, assegurando que a disponibilidade dos serviços de saúde considere as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. No Brasil, a definição de equidade é exposta no Art. 196 onde refere-se ao “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal de 1988, art.196).

Mediante a Constituição, as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizada com base em três diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (Constituição Federal de 1988, Art.198)

No entanto, são atribuições do Sistema Único de Saúde: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros; executar as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e ações de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da formulação da

política e da execução das ações de saneamento básico; fiscalizar e inspecionar alimentos; participar do controle e da fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias tóxicas e psicoativos; e colaborar com a proteção do meio ambiente, e o do próprio trabalho (Constituição Federal de 1988, art.200).

1.1 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE E SUAS PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES

Considerando que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, e pautando sobre os princípios de universalidade e integralidade já mencionados anteriormente, partimos do pressuposto que o Brasil optou por um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não havendo limitação de seus serviços básicos de saúde, e impreterivelmente ser destinado apenas à parcela mais pobre da população (BRASIL, 2007).

No artigo 198 da CF o SUS se constitui num sistema único, organizado como uma rede regionalizada e hierarquizada e com a diretriz de descentralização, com direção única em cada esfera de governo. No âmbito da descentralização, o MS em seu Art. 16, Incisivo XV, aponta que deve-se “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios, dos serviços e das ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal”. Já o Art. 17, refere-se sobre as competências das Secretarias Estaduais de Saúde, as quais devem “promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde”, isto é, os serviços de saúde devem ser municipalizados ou estadualizados. Compreende-se então, que ações de saúde locais destinadas a própria população do município devem ser municipalizados, indiferente da esfera de atenção que o serviço abrange. Todavia, os serviços de referência regional e estadual encontram-se em suma, na esfera estadual (BRASIL, 2007).

A Rede de Atenção a Saúde - RAS é definida como “arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Compreende-se então, a atenção básica como o eixo orientador do SUS e nunca como barreira limitante ou exclusiva do sistema. A atenção básica é a responsável por ordenar as redes de atenção, coordenar os cuidados e a oferta de uma atenção contínua e integral a determinada população, funcionando como base da estrutura operacional das

RAS. Sem uma atenção primária a saúde bem estruturada não se pode pensar em redes de atenção à saúde efetivas, eficientes e de qualidade (OPAS, 2011 apud AUSTREGÉSILO, 2015).

Dessa forma, a Portaria do Ministério da Saúde n. 648/2006, atualmente revogada pela PortariaNº 2.488, 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica em função do Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), caracterizando a atenção básica como:

“(…) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2011)”

Torna-se explícito que a atenção básica é adscrita como o primeiro nível da atenção, é a “porta de entrada” da saúde no SUS, a qual se orienta através dos princípios do SUS, mesmo que atue somente com tecnologia de baixa densidade. Compreende-se então, que a AB aborda um trabalho com base em procedimentos mais simples e de baixo custo, capazes de atender a maior demanda manifestada pela comunidade. Em relação a infra-estrutura necessária para o funcionamento da AB, o escopo profissional das unidades de saúde, parte de uma equipe multiprofissional composto por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Deve-se então, por meio da unidade de saúde, seja ela PSF ou não, prestar atendimentos essenciais a comunidade, bem como, estar em posse de todos os

equipamentos necessários para realização de atendimentos das prioridades definidas para a saúde local.

A atenção de média complexidade foi instituída pelo Decreto nº 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. De acordo com o Sistema de Informações Ambulatoriais os procedimentos que fazem parte da média complexidade são: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnóstico; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses e anestesia.

Foi instituído pelo Ministério da Saúde que a média complexidade ambulatorial compreende:

“ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento”(BRASIL, 2007, p. 17)

Quanto a organização da média complexidade, a organização dos serviços ofertados partem do que não é possível operacionalizar na atenção básica até aqueles que não se configuram como alta complexidade. Desta forma, a média complexidade compõe ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, onde o nível de complexidade da prática clínica implica na disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio para o diagnóstico e tratamento, demandando elevado investimento financeiro, o que dificulta e impede a execução em grande parte dos municípios, criando as desigualdades regionais. (BRASIL, 2007)

Desta forma, considerando a elevada demanda sobre a oferta de serviços da média complexidade, torna-se difícil regular e integrar as ações realizadas, apontando para uma defasagem no sistema. Em decorrência do funcionamento desta atenção de saúde ocorrer em municípios de alta densidade populacional, fragiliza a operacionalização do serviço em rede, implicando diretamente na integração entre os diferentes níveis de

atenção e assistência (PAIM, 2009).

Os procedimentos de alta complexidade por sua vez, demandam um custo extremamente alto, e estão expostos, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, podendo encontrar algumas informações no Sistema de Informação Ambulatorial (BRASIL, 2007).

Com base no que tece o material do SUS de A á Z, os serviços de alta complexidade são definidos por:

Um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (através dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extra-cardíacos; laboratório de eletro-fisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2005, p. 27).

Os serviços ofertados pelo SUS de alta complexidade, tem sua organização baseada na oferta e não leva em consideração a necessidade epidemiológica, resultando em uma concentração relativa nas grandes cidades. Vale ressaltar, que nessa esfera de atenção, os serviços são prestados predominantemente pelo setor privado contratado e dos hospitais universitários (PAIM, 2009).

Em suma, a RAS, através de seu funcionamento poliárquico e de seus arranjos organizacionais, assume, compartilha e integra os serviços de saúde, nas diferentes esferas governamentais, adentrando ao proposto pela Constituição Federal, e, apesar de apresentar muitas fragilidades na operacionalização do sistema de atenção a saúde em Rede, é amplamente estudada, analisada e avaliada por todo o corpo que a compõe e utiliza, com a finalidade de tornar-se cada vez mais efetiva e eficaz.

1.1.1 DO ENFRENTAMENTO DA CONSULTA ESPECIALIZADA À INDICAÇÃO CIRÚRGICA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Em referência ao trabalho em rede no qual o SUS é operacionalizado, existe um caminho a ser percorrido pelo usuário, seja qual for a demanda apresentada, tendo por base sua unidade de saúde de referência.

Para que o usuário realize sua consulta com o especialista, ele passa pelo encaminhamento da atenção básica para a média complexidade, no entanto, esse processo, que parece simples, repercute em um caminho mais longo e demorado, comumente chamado de fila de espera. Devido as especialidades exigirem mais aparatos e suporte técnico instrumental, ou seja, de maior densidade tecnológica, acabam sendo ofertadas por uma gama menor de municípios. Vale ressaltar que os conceitos dos níveis de complexidade denotam uma visão fragmentária de sistema e, ainda, centrada na produção de procedimentos (BRASIL/CONASSC, 2007; GOTTEMS et al., 2008). A maioria dos procedimentos classificados pelo Ministério da Saúde na MC, tem por base firmar o diagnóstico das doenças, o que explica seu caráter estratégico tanto para aumentar a resolutividade da AB, quanto para viabilizar a universalidade e integralidade do SUS. (SARMENTO JR; TOMITA; KOS, 2005)

Santana (2002 apud Guerra 2006), aponta as doenças otorrinolaringológicas como as enfermidades prevalentes na atenção básica que têm sido objeto de preocupação para o SUS, devido a alta procura na atenção secundária.

No tocante á otorrinolaringologia deparamo-nos com uma alta demanda, onde a procura por consultas para essa especialidade na atenção secundária tem sido maior do que o número de consultas oferecidas, resultando em grandes filas de espera. (SARMENTO, et al 2007). De acordo com os autores, essa fila de espera justifica-se também pelas falhas em nossa política de saúde bem como pela falta de recursos em nosso país. A fila de espera é uma lista de pacientes que precisam de um mesmo atendimento/serviço médico, ou até tratamento médico, onde a demanda é maior que a oferta. Esta, por sua

vez, constitui um processo igualitário da demanda, o qual acaba por proteger quem chega primeiro (ZAITTER, 2009). Outro fator contribuinte para o aumento dessa fila de espera, é que são poucos os hospitais que oferecem o cirurgião e os recursos básicos para a realização desses procedimentos, fazendo com que o número da demanda e o número de procedimentos realizados cresçam significativamente, resultando em uma demanda reprimida e um tempo de espera exacerbado para muitos que necessitam dessa intervenção (ANTUNES et al 2007).

A atuação do otorrinolaringologista ocorre dentro da média complexidade, e normalmente no ambulatório, podendo também nos casos dos municípios que provém de consórcios, atuar em outros locais. Os atendimentos no ambulatório, frequentemente apresentam superlotação e, denotam falhas que iniciam-se desde o egresso do usuário no atendimento, até a resolução do caso, o que implica na baixa resolutividade dos ambulatórios de especialidades (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2009). O sistema de referência/contra-referência, que deveria mediar o “parecer” do especialista e a hierarquização do atendimento até o momento não conseguiu ser implantado satisfatoriamente (SARMENTO JR; TOMITO; KOS, 2005)

A demanda para atendimentos otorrinolaringológicos, por sua vez, acabam gerando uma nova fila de espera, com ênfase aos pacientes com indicação cirúrgica. A maior demanda nos consultórios dos otorrinolaringologistas, segundo Di Francesco, Fortes e Komatsu (2004) é o aumento de volume das tonsilas palatina e faríngea e a adenoamigdalectomia, considerada uma das cirurgias mais frequentes em crianças. Anterior a indicação cirúrgica, este paciente passa por um processo de avaliação clínica, exames, diagnóstico e tratamento.

O enfrentamento da fila de espera, principalmente no que tange aos atendimentos especializados é uma realidade constante em nosso país. Miziara (2007) refere “a fila de espera como algo desumano e uma violência contra as populações mais carentes que dependem de hospitais públicos para resolver seus problemas de saúde”. Com o intuito de reduzir as filas de esperas, tornou-se da prática dos otorrinolaringologistas a realização de mutirões de cirurgia de adenoidectomia e adenoamigdalectomia. De acordo com Antunes et al (2007), quanto se fala em mutirão, imediatamente pensa-se maior quantidade de cirurgias em um curto espaço de tempo, a fim de aumentar a oferta considerando a vasta fila de espera. Quanto a realização do mutirão, pensa-se também que devido seu funcionamento possa aumentar ou até oferecer mais chances de intercorrências. Para tanto, os autores em debate salientam a necessidade de padronizar a organização de um mutirão e se isto é viável para os hospitais públicos que sofrem da demanda reprimida.

Considerando os casos referentes a tonsilas faríngea e palatina, objeto deste estudo, o diagnóstico para adenoide é baseado na história clínica, nos sintomas clínicos, no exame nasal com espéculo nasal e foco de luz, enquanto para amígdalas é baseado na história clínica com sintomas sugestivos de dificuldade de deglutição e/ou roncos noturnos, somados ao exame físico da orofaringe realizado com o paciente de boca aberta, abaixador de língua posicionado no 1/3 anterior da mesma, sem provocar reflexo de vômito (GUERRA, et al 2007). Em consonância com o diagnóstico, o médico realiza o tratamento adequado, podendo ser medicamentoso, todavia, existem casos que as terapias dispostas para o caso são insuficientes, apresentando então, demanda para intervenção cirúrgica. Salienta-se que cada profissional tem seu padrão para indicação cirúrgica, sendo que há na literatura alguns consensos, porém, no processo via SUS, não há linhas de cuidado estabelecida, nem protocolos a serem seguidos, sendo de livre arbítrio a cada profissional os critérios a serem considerados.

Segundo Di Francesco et al (2008) é fundamental o acordo entre o otorrinolaringologista e o pediatra quanto a indicação cirúrgica nos casos infantis, pois somente dessa forma proporcionará uma evolução melhor no pós-operatório da criança. Beraldin et al 2009 apud Pirara e Bento, referem que a adenotonsilectomia, apesar das controvérsias entre otorrinolaringologistas e pediatras, é curativa na maioria dos pacientes.

Sarmiento Jr; Tomito; Kos (2005) orientam que os pacientes admitidos na fila de espera, com indicação cirúrgica devem receber explicações sobre sua condição, além de serem informados sobre o motivo da indicação cirúrgica, da existência da fila, dos critérios de prioridade nesta fila, e de uma estimativa do tempo até sua cirurgia. Ressalta-se também, a importância de expor os benefícios do procedimento, bem como as possíveis complicações que a intervenção oferece. O autor afirma ainda que estas informações devem ser atualizadas e reforçadas a cada consulta, a fim de esclarecer ao paciente e a família os fatores envolvidos no processo.

No que concerne a prioridade no atendimento cirúrgico, entende-se a própria ordem em que estes pacientes serão atendidos e encaminhados à cirurgia, ou seja, o tempo na fila de espera seria a prioridade (SARMENTO JR; TOMITA; KOS, 2005). Entretanto, há outras prioridades que devem ser consideradas no caso de cirurgias eletivas, a prioridade na realização da cirurgia deve também levar em conta a gravidade e urgência de cada caso. Por gravidade, considera-se o grau de sofrimento, limitações ou risco de vida que a doença impõe ao paciente, quanto a urgência avalia-se a gravidade aliada aos possíveis benefícios da cirurgia em relação à história natural da doença e até os fatores sociais envolvidos (SARMENTO JR; TOMITA; KOS, 2005 apud HADON e COMMITTEE, 2000) .

Compreende-se então, que o caminho percorrido pelo paciente até a realização da cirurgia é árduo, de luta constante em prol de melhoria na condição de saúde e consequentemente na qualidade de vida. Cabe lembrar que a remoção cirúrgica das tonsilas é o tratamento de escolha, cabendo ao médico prestar a conduta adequada, mas sendo de escolha do paciente, devido à facilidade do procedimento acaba sendo de fácil aceitação tornando-se um dos procedimentos mais realizados pelos otorrinolaringologistas (FUKUCHI et al, 2005). Porém, Di Francesco (2008) relata que o não reconhecimento da gravidade do caso pelos pais, implica em alguns casos a não aceitação da indicação cirúrgica, contribuindo para a demora do tratamento. Quando o procedimento é realizado com base em indicações precisas, em casos corretamente selecionados a retirada das tonsilas reverte-se em melhora na qualidade de vida (Di Francesco, 2008; IKEDA et al, 2012). Beraldin et al 2009 aponta que o impacto da doença sobre a qualidade de vida dos pacientes e seus responsáveis também deve ser levado em consideração na escolha de seu tratamento.

2 O IMPACTO DOS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS DECORRENTES DA OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

Os casos referentes á tonsilas faríngea e palatina que chegam ao especialista, frequentemente apresentam sintomas e complicações causadas por obstrução de VAS que conduzem a um significativo decréscimo na qualidade de vida dos pacientes (Di FRANCESCO et al, 2004; BERALDIN et al, 2009). Comumente estes pacientes apresentam sintomas/queixas referentes a dificuldade respiratória, distúrbios do sono como a presença de ronco, movimentação excessiva durante o sono, apneia, cansaço diurno, respiração oral, infecções de vias aéreas superiores de repetição, (BERALDIN et al, 2009; IKEDA et al, 2012; SILVA e LEITE 2006). Ikeda et al (2011), referem que o desconforto respiratório e a apneia do sono são aspectos que também podem interferir no desempenho escolar, assim como no comportamento, no desenvolvimento da criança e em sua qualidade de vida.

A respiração oral tem sua etiologia multifatorial, podendo ser de natureza obstrutiva como hipertrofia das tonsilas palatinas, hipertrofia das adenoides, desvio de septo nasal, pólipos nasais, alergias respiratórias, sinusites, hipertrofias de cornetos, posição de dormir, aleitamento artificial; ou decorrentes de hábitos bucais deletérios, tais como sucção digital ou de chupeta que, dependendo da intensidade e da frequência, deformam

a arcada dentária e alteram todo o equilíbrio facial. Quando o sujeito apresenta uma respiração parcial ou total via oral, e um espectro de sinais e sintomas característicos, enquadra-se na síndrome do respirador bucal (DI FRANCESCO et al, 2004).

A respiração bucal é uma alteração comumente observada em crianças com hipertrofia adenoamigdaliana, em consequência desta, desenvolvem-se algumas alterações no esqueleto dento-crâniofacial, como a má oclusão dentária e o palato em ogiva são as mais comuns. Além destas, também são comuns alterações nas funções do sistema estomatognático, ou seja, alterações na fala, mastigação e deglutição, são comumente encontrados alguns sintomas, como enurese noturna, sonolência diurna, baixo apetite e déficit de aprendizado (ALCANTARA et al, 2008; DI FRANCESCO et al, 2004).

De acordo com Miranda et al, (2002) o respirador bucal pode apresentar outras alterações importantes, como apneia noturna, hipoventilação e desenvolvimento anormal do tórax. Di Francesco et al (2008) referem que o portador da síndrome do respirador oral, pode obter características como, face alongada, lábios entreabertos e ressecados, bochechas caídas, língua hipotônica em posição inferior ou entre os dentes, olheiras, flacidez de toda musculatura da face, má oclusão dentária e palato ogival. Além disso, os autores pontuam também sobre a preferência por alimentos pastosos, hábito de comer de boca aberta, bem como alterações no comportamento, como sono agitado, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação e ansiedade.

Segundo Pereira, Bakor e Wecker (2011), as crianças com tonsilas e adenoides hiperplásicas tendem ainda a apresentar retroposicionamento mandibular, incisivos inferiores lingualizados e incisivos superiores vestibularizados, aumento da sobressaliência e diminuição de sobremordida. Essas manifestações dentárias são consequência da obstrução de VAS, fazendo com que o paciente através de uma respiração oral, possa apresentar alterações dentárias do tipo classe II divisão I de Angle, com tipologia facial de dolicofacial. (MENEZES et al, 2009)

Frequentemente alguns casos clínicos chegam a apresentar associação de sintomas que compreendem outros distúrbios, como Apneia Obstrutiva do Sono – AOS, Distúrbio Obstrutivo do Sono – DOS e Síndrome de Apneia e Obstrução do Sono – SAOS ou Síndrome de Apneia, Hipoapneia e Obstrução do Sono – SAHOS.

A AOS é caracterizada por um aumento da resistência das VAS que leva ao distúrbio do sono, atualmente afeta cerca de 4% da população pediátrica. A AOS está associada a fatores de risco para complicações respiratórias, esses fatores podem

aumentar o risco de complicações respiratórias pós-operatórias em crianças com AOS. Desta forma nos casos de AOS pediátrica, a adenotonsilectomia é o procedimento mais indicado (MARTINS et al, 2015).

A DOS está relacionada a uma gama de distúrbios respiratórios do sono, capazes de causarem sintomas clínicos. Além disso, cabe a DOS crianças com apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS) ou SRVAS (SILVA e LEITE 2006).

O principal fator do DOS, é em decorrência de hiperplasia das tonsilas faríngea e palatina, as quais proporcionam o comprometimento das VAS, sendo estas as causas mais frequentes de obstrução nasal e respiração bucal crônica durante a infância, podendo levar a diversas alterações clínicas, como quadros de apneia, com ou sem repercussões cardiopulmonares, até a alterações no desenvolvimento craniofacial, posturais, deglutição atípica e má alimentação, entre outros (SILVA e LEITE, 2006; LIMA JR; SILVA e FREITAS, 2008; IKEDA et al, 2012). Considerando o exposto, faz-se necessário o diagnóstico e o tratamento precoce dos DOS no paciente pediátrico visando reverter ou interromper a progressão destas alterações (LIMA JR; SILVA E FREITAS, 2008).

Quanto ao diagnóstico dos DOS, este ocorre por meio de uma criteriosa anamnese, onde as informações fornecidas pelos pais sobre as observações realizadas acerca do padrão de sono da criança ganham destaque. Seguido da anamnese, faz-se a avaliação clínica, no entanto, esta não permite ao profissional definir com precisão se o DOS é um quadro leve de Ronco Primário ou quadro mais graves de SRVS ou SAHOS, sendo necessário o exame polissonográfico para definição exata do quadro e seu grau (Lima Jr; Silva e Freitas, 2008). Os autores ainda apontam o exame como padrão ouro nestes casos.

No estudo de Silva e Leite (2006), foi utilizado o exame de polissonografia em alguns casos de avaliação de DOS, como diagnóstico diferencial, uma vez que, a realidade do exame não pertence a nossa prática diária e também por tratar-se de um exame de alto custo e com elevada dificuldade de acesso.

Mediante ao exposto, a intervenção cirúrgica de adenoidectomia ou adenotonsilectomia são considerados os procedimentos de eleição. (LIMA JR; SILVA E FREITAS, 2008).

Segundo Balbani et al (2005), considerando a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono, a SAOS é um “distúrbio intrínseco do sono caracterizado por episódios repetidos de obstrução das vias aéreas superiores associados à dessaturação

da hemoglobina”. Constata-se maior incidência nos pré-escolares, cuja faixa etária mais comum casos de obstrução de VAS e hipertrofia das tonsilas palatinas ou da adenóide.

Para Fagundes e Moreira (2010) a SAOS em crianças é um distúrbio da respiração que ocorre durante o sono, caracteriza-se por prolongados períodos de obstrução parcial das vias aéreas e/ou por episódios prolongados de obstrução completa das VAS, interferindo na ventilação e nos padrões normais de sono. Além disso, caracteriza-se também por um continuum que vai desde o ronco primário, visto como o ronco que não oferece riscos ou complicações associadas, passando por resistência aumentada das vias aéreas superiores qual evolui para um subtipo ou uma variação de SAOS, caracterizado por períodos de aumento da resistência das VAS e de aumento do esforço respiratório durante o sono, que são associados com roncos, fragmentação do sono, sonolência diurna excessiva e redução do desempenho neurocognitivo até alcançar o quadro específico de SAOS. Avelino et al apud Brouillette (2002), referem que os critérios usados para definir SAHOS em adultos e crianças são diferentes, pois, somente assim é possível compor uma avaliação fidedigna. Segundo Fagundes e Moreira (2010) a SAOS em adultos diferencia-se por sua fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

Balbani et al (2005), referem que de acordo com a Academia Americana de Pediatria a polissonografia em laboratório de sono durante uma noite inteira é o padrão ouro para diagnóstico da SAOS. De acordo com Avelino et al, (2002) o estudo polissonográfico permite classificar as crianças roncadoras em portadoras de ronco primário e de síndrome da apneia obstrutiva do sono de grau leve, moderado e acentuado.

Fagundes e Moreira apud Bass (2010) apontam as principais consequências da SAOS em crianças, como os distúrbios comportamentais, déficit de aprendizado, hipertensão pulmonar e prejuízo do crescimento somático. Além disso, os autores referem em seu estudo que há relatos de associação de SAOS com hiperatividade, falta de atenção, agressividade e comportamento opositor.

Por ser uma doença multifatorial Martinho et al (2004), afirmam que a avaliação de pacientes com SAHOS deve ser multidisciplinar, criteriosa e conservadora, sendo imprescindível a ação do otorrinolaringologista para otimização do tratamento, seja ele cirúrgico curativo ou coadjuvante a outros tipos de tratamento, os quais podem ser: CPAP nasal, aparelho intraoral, medidas gerais e tratamento cirúrgico otorrinolaringológico.

Tratando-se dos casos que realizam tratamento cirúrgico de adenoamigdalectomia, Avelino et al (2002), tiveram como resultado de seu estudo que a

SAHOS pode permanecer no pós-operatório, porém são esporádicos e em episódios que apresentam uma apnéia central mais leve. Os autores concluem ainda que em crianças com hipertrofia adenoamigdaliana que realizaram adenoamigdalectomia, apresentaram melhora significativa e de grande importância, comprovado de forma objetiva, não utilizando-se apenas de parâmetros subjetivos, como a melhora sintomática abordada em diversos estudos. Martinho et al (2004), salientam também que a indicação cirúrgica deve ser criteriosa e baseada na gravidade da doença e na presença de alterações anatômicas das VAS e do esqueleto craniofacial e que sobretudo, não representa a única forma de tratamento.

2.1 EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA DE ADENOIDECTOMIA E AMÍGDALECTOMIA

Em referência aos casos onde a adenoidectomia e amigdalectomia é adotada como forma de tratamento, após uma avaliação minuciosa e adequação de critérios para indicação cirúrgica, esta deve oferecer ao paciente e familiares, a solução do problema, ou seja, deve ser efetiva e eficaz, portanto, este procedimento apesar de seus benefícios imediatos em muitos casos, tem apresentado ineficiência ou tem sido insuficientes em outros.

A qualidade de vida tem sido utilizada para tentar avaliar o impacto da doença sobre os pacientes e seus responsáveis, incorporando essa consideração sobre o processo de decisão no tratamento. Considerando os procedimentos de adenoidectomia e amigdalectomia as avaliações a respeito da qualidade de vida ocorrem por meio de questionários, cujos domínios investigados nos questionários são similares em todos os estudos, e buscam investigar questões acerca de sono, ronco, sofrimento físico, problemas na fala e deglutição, desconforto emocional, limitação em atividades físicas e preocupação dos pais. Em suma autores referiam como resultado dos questionários previamente aplicados os fatores mais agravantes sendo eles, ronco, sofrimento físico, distúrbios do sono, desconforto emocional, problemas na fala e deglutição e por fim, limitação física (DI FRANCESCO, FORTES E KOMATSU, 2004; SILVA e LEITE, 2006; LIMA JR, SILVA e FREITAS, 2008; BERARDIN et al 2009)

Franco Jr. et al. 2000, foram um dos primeiros a realizar a avaliação da qualidade de vida após adenotonsilectomia em crianças com distúrbios do sono, divulgando um questionário específico para documentar o assunto, denominado OSA18, abrindo espaço para outros

pesquisadores. Outro questionário também foi desenvolvido em 2000, por De Serres et al (2000), qual foi nomeado por OSD6, considerando eficaz na avaliação da melhora da qualidade de vida de crianças submetidas à cirurgia, com a vantagem de ser adequado para a avaliação evolutiva destas crianças no pós-operatório (LIMA JR, SILVA E FREITAS, 2008).

A evolução demonstrada através dos domínios que compõe os questionários, apresentaram-se com melhora na mesma proporção que haviam sido registrados os fatores mais agravantes enfrentados pelos pacientes e familiares. Os autores Di Francesco, Fortes e Komatsu (2004); Silva e Leite (2006), Lima Jr, Silva e Freitas (2008) e Beraldin et al (2009), constataram em seus estudos uma melhora importante na média das pontuações em todos os domínios analisados, comprovando o sucesso do procedimento na qualidade de vida dos pacientes. A melhora observada foi maior para os itens relacionados com ronco/distúrbios do sono e sofrimento físico, seguido da preocupação dos responsáveis e sofrimento emocional. Todos os autores retratam que as crianças submetidas a adenoidectomia, amigdalectomia, apresentaram melhora na qualidade de vida em todos os domínios avaliados.

Tendo em vista a evolução constatada na qualidade de vida desses pacientes, Prereira, Bakor e Wecker (2011), investigaram e concluíram que a adenotonsilectomia mostrou-se eficiente na melhora de algumas medidas dentárias, prevenindo que alterações dentárias se mantenham ou tornem-se de difícil tratamento ortodôntico.

Sabe-se que por tratar-se de estruturas diretamente ligadas ao sistema imunológico, causam grande repercussão nos estudos acerca desta temática. De acordo com Santos et al (2013), apesar das controvérsias existentes sobre esta temática, os autores constaram que a adenotonsilectomia, a curto e longo prazo, não apresenta repercussão negativa sobre os marcadores séricos de imunidade celular e humoral da população pediátrica, ou seja, não caracteriza-se como um procedimento cirúrgico que resulta em condição de imunodeficiência.

Frequentemente é visto entre familiares de pacientes até de médicos, que a remoção das tonsilas palatinas e faríngea resulte em prejuízo à imunidade das crianças. Para Santos et al (2013) grande parte da controvérsia em torno do possível comprometimento da imunidade local surge ao serem comparados os benefícios da remoção de tecidos cronicamente infectados e/ou hipertrofiados com as possíveis consequências da eliminação de uma fonte importante de defesa do hospedeiro. O autor ainda salienta que corroborando com alguns achados da literatura, acredita-se que estes órgãos, quando cronicamente inflamados, não desempenham um papel importante na

defesa contra infecções das VAS, são responsáveis por uma inibição da resposta imunológica e pelo aumento e gravidade destas infecções.

Dessa forma, Santos et al (2013) atentam para a falta de pesquisas e estudos disponíveis acerca desta temática em relação aos efeitos da adenotonsilectomia sobre os níveis de imunoglobulinas e da população linfocitária a longo prazo.

2.1.1 INTERCORRÊNCIAS NO PÓS-OPERATÓRIO DE ADENOIDECTOMIA E/OU AMIGDALECTOMIA

Sabe-se que, a intervenção cirúrgica de adenoidectomia e amigdalectomia são procedimentos seguros que não necessita internação prolongada. No entanto, como qualquer intervenção cirúrgica, pode oferecer risco de vida ao paciente. A hemorragia é considerada a complicação mais grave, e geralmente ocorre no pós-operatório imediato, seguido de alterações mais comuns como náuseas, vômitos, febre, incapacidade para ingerir alimentos sólidos ou líquidos, otalgia e dor (VIEIRA et al, 2003; DIB et al, 2004; WIIKMANN et al, 2004). De acordo com Vieira et al (2003) dor, febre e vômitos podem levar à desidratação, esta por sua vez, torna-se outra complicação pós-operatória imediata que pode e deve ser tratada com reposição adequada de fluidos e eletrólitos. O uso de antibióticos contribui para redução da dor e a febre, a fim de prevenir a desidratação e contribuir para um retorno mais rápido a dieta de rotina. Windfuhr et al (2011), referem que os pacientes são monitorados de perto durante duas horas, e após apresentarem sinais vitais estáveis, dor controlada, sem sangramento e presença de vômitos, são direcionados para a enfermaria.

Mediante ao exposto anteriormente, entre as complicações que o procedimento oferece, evidencia-se a ocorrência do sangramento no pós-operatório, no entanto, segundo diversos estudos, sua ocorrência está registrada entre as primeiras 24 horas do paciente pós intervenção cirúrgica (VIEIRA et al 2003; DIB et al 2004; WIIKMANN et al 2004). O estudo de Vieira et al (2003) apontou que, no que concerne as técnicas cirúrgicas, como dissecação mecânica, uso de eletrocautério ou guilhotina, foi observado pouca diferença entre os índices de hemorragia.

Dentre as causas mais comuns de hemorragia, segundo Dib et al (2004), estão os vasos não identificados e não ligados, ou realizados de maneira ineficiente, lesões de estruturas como tórus tubário, mucosa da rinofaringe e porção caudal do septo nasal no caso de adenoidectomia, ou nas lojas das tonsilas palatinas e ramos da carótida externa.

No que refere-se a hemorragia, os autores apontam que esta pode ser em decorrência da remoção parcial do tecido adenoideano, bem como, distúrbios de coagulação, rapidez excessiva do cirurgião e falta de revisão hemostática local. Desta forma, as causas podem ser, portanto, locais, mais frequentemente encontradas, ou sistêmicas (DIB et al 2004).

O autor supracitado, encontrou em seu estudo que os pacientes que apresentaram hemorragia ocorreram no período até 24 horas de pós-operatório, e entendem que este ocorrido tenha como principal fator a conduta adotada quanto aos vasos sangrantes. Além disso, observou que os pacientes que apresentaram hemorragia no pós-operatório também tiveram maior volume de sangramento no intra-operatório. Guerra et al (2007) relatam que em relação ao sangramento, há poucas evidências clínicas que demonstrem um papel importante da antibioticoterapia pós-operatória na redução da hemorragia. Para Antunes et al (2007) a hemorragia no pós-operatório nem sempre é de fácil controle .

Junqueira et al (2002), apontam que “a hipernasalidade apresentada por certos pacientes tende a diminuir e até desaparecer espontaneamente ao longo dos primeiros meses após a cirurgia”, além disso referem que de acordo com as experiências, o paciente em processo de terapia fonoaudiológica tem melhora espontânea em média três meses depois da data da cirurgia, mesmo que o tempo de recuperação não esteja claro na literatura. O referido estudo concluiu que a terapia fonoaudiológica no pós-operatório é eficaz. Dessa forma, os autores destacam a necessidade de atenção dos profissionais da saúde no processo da decisão do tratamento cirúrgico quanto a possível ocorrência de hipernasalidade após a retirada das tonsilas faríngeas, uma vez que a presença da mesma, tem um impacto relevante sobre a comunicação do indivíduo, implicando diretamente em sua qualidade de vida.

Tratando-se de uma complicação rara, todavia possível e existente, temos em específico o enfisema subcutâneo, quando na região da cabeça e pescoço, produz manifestações variáveis, desde desconforto e crepitação discretos ao se palpar os tecidos, até comprometimento das vias aéreo-digestivas com dor e inchaço (Panenari et al, 2005). Este tipo de complicação, segundo Lima et al (2005), ocorre “quase sempre após dissecações profundas da mucosa faríngea, quando se cria interface porosa que proporciona a entrada do ar. O aumento da pressão nas vias aéreas superiores pode contribuir para o problema”. Vale ressaltar que o tratamento de enfisema subcutâneo varia de acordo com a gravidade e da experiência dos cirurgiões e demais envolvidos (PANENARI et al 2005).

O referido autor ainda aponta como conduta preventiva nesses casos, ser fundamental o cuidado quanto a intubação, a fim de evitar possíveis lesões nas VAS, salienta também que a técnica cirúrgica deverá ser a menos agressiva possível pois esta pode ser geradora de um trauma desnecessário na região amigdaliana. Lima et al (2005), orientam que deve-se evitar atitudes que possam agravar o problema, como atividades que aumentem a pressão das VAS, tais como tosse, vômito, esforço físico entre outras.

Peeters, Claes e Saldien (2000) relatam em seu estudo internacional dois casos de complicações graves após amigdalectomia pediátrica que resultaram em morte, um devido a hemorragia maciça e um devido a hiponatremia. Dessa forma, ressaltam a importância de serem revistos e discutidos os achados da literatura quanto a anatomia vascular da região tonsilar, a localização e tratamento das hemorragias graves.

Em referência ao tempo de permanência no Hospital, não há um padrão preestabelecido, encontra-se na literatura relatos que apontam tempo de internação por 6 horas após o procedimento até que cesse o efeito da anestesia, e de 24 horas de internação no pós-operatório para os casos em que haja alguma intercorrência (COELHO JR et al 2008).

Um fator interessante a ser abordado, é referente aos aspectos psicológicos do paciente, uma vez que a maior população operada é pediátrica, faz-se “necessário conceituar os sentimentos predominantes para podermos entender se existe ou não alguma contra- indicação para um procedimento cirúrgico” (FUKUCHI et al, 2005). Os autores em questão, afirmam que através do fortalecimento da relação médico-paciente, a angústia, ansiedade e o medo podem ser minimizados no pré-operatório, momento tal qual deve ser utilizado em prol do relato sobre o dia da cirurgia, seus possíveis riscos e benefícios.

No entanto, Fukuchi et al (2005) expõe que quando o medo é o sentimento predominante no adulto, este se refere à anestesia e à cirurgia, reforçando o ideal da existência de um preparo adequado pré-operatório, não somente para a criança, mas também aos pais que são espectadores e participantes ativos de todo o processo a partir dos sintomas iniciais até a indicação cirúrgica. Em suma, evidenciam também o quão essencial seria, haver o funcionamento de um programa educacional pré-operatório contendo uma descrição verbal do procedimento seguido das sensações a serem experimentadas, associadas à interação dos pais com as crianças, tendo em vista diminuir a ansiedade, o estresse cirúrgico, mudanças comportamentais e possíveis sequelas pós-operatórias.

Abaixo serão descritos os procedimentos que orientaram a metodologia desta pesquisa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa com característica descritiva, a partir de uma análise documental, nos prontuários de pacientes encaminhados para cirurgia de adenoidectomia e amigdalectomia. Quanto aos prontuários, estes foram analisados logo na primeira etapa, visando estabelecer o perfil dos pacientes operados em 2015, considerando as variáveis a seguir: idade, sexo, cidade de origem, diagnóstico, procedimentos, técnica cirúrgica aplicada, complicações no pós-operatório, tempo de cirurgia e tempo de permanência no Hospital.

De acordo com Gil (2008), “as pesquisas deste tipo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. Sob a mesma ótica o autor ainda refere que “dentre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que tem por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental etc.”

Todavia, este estudo caracteriza-se em parte por um estudo qualitativo, em sua segunda etapa, onde foram realizadas as entrevistas semi-estruturada, com dois médicos clínicos geral da atenção básica que pertencem a uma Equipe ESF, e com três especialistas em otorrinolaringologia, com o intuito de conhecer os procedimentos preventivos, bem como descrever o processo de encaminhamento para cirurgia de adenoidectomia e amigdalectomia realizados por estes profissionais. Nesta etapa foram gravadas as entrevistas e, posteriormente, analisadas qualitativamente. Houve a preocupação com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Esse tipo de abordagem, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens,

revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Desta forma, a pesquisa qualitativa proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2007). Triviños (1987), caracteriza esta estratégia de pesquisa, onde o objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Fonseca (2002, p.20) aponta que a utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.

3.2 O CAMPO E SEUS SUJEITOS

Para a seleção dos prontuários foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão. Para tanto, adotou-se como critérios de inclusão, somente prontuários que possuam ficha clínica, avaliação clínica, diagnóstico, descrição do procedimento realizado e data da alta médica. Foi excluído todo e qualquer prontuário que não contenha um dos documentos citados ou que os dados estivessem incompletos.

Os sujeitos participantes desta pesquisa, são três médicos da especialidade de otorrinolaringologia que compõe o escopo de médicos desta especialidade via SUS. Os médicos abordados neste estudo, organizam-se da seguinte forma: realizam a avaliação clínica, exames, diagnóstico e tratamento e apenas um profissional realiza os procedimentos cirúrgicos. Portanto, exclusivamente um profissional atende a demanda cirúrgica dos municípios onde Irati é referência, além dos nove municípios consorciados.

Como ferramenta para coleta de dados, optou-se pela entrevista, da modalidade semi-estruturada. Este tipo de entrevista, difere apenas da não estruturada, pois de acordo com Minayo (2008), “nenhuma entrevista se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada”.

A entrevista semiestruturada é considerada por Triviños (1987) um instrumento reconhecido como um dos melhores meios de investigação para a coleta de dados em pesquisa qualitativa. Para Boni e Quaresma (2005, p.75) no que tange os aspectos da entrevista semi-estruturada,

O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. (...) “esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados”.

Considerando esta perspectiva, o próprio investigador elenca um roteiro de questões pertinentes ao tema em debate, qual não deve ser mediado de forma direta, sequencial, ou tendenciosa por parte do pesquisador. As questões que compõe o roteiro permitem compreender a linha de cuidado e o processo de encaminhamento percorrido pelo paciente, bem como a conduta médica abordada entre os profissionais (APÊNDICE I). Além disso, o roteiro tem o intuito de nortear a entrevista a respeito da temática em questão.

Deste modo, cada entrevista apresenta suas especificidades, não ocorrendo de forma linear às outras. Cabe ao pesquisador orientar a entrevista e garantir que não se perca o desenho do estudo e que a temática em questão seja preservada.

As entrevistas foram gravadas em um gravador do modelo Olympus – VN-701PC, com a finalidade de obter registros das emissões de forma clara e completa. O sujeito foi informado que poderia autorizar ou não, o uso do gravador durante a entrevista. Posteriormente as entrevistas, foram transcritas e analisadas com base na metodologia escolhida.

Para análise descritiva dos dados foi utilizada a ferramenta do Office, Excel 2010, a partir da construção de uma tabela contendo os eixos pertinentes a investigação (APÊNDICE II)

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Irati-PR, localizado na região centro-sul do Estado do Paraná, cerca de 150 km de Curitiba. Possui 56.207 mil habitantes de acordo com o Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) IRATI-PR, 2015 . No município está situada a sede da 4ª Regional de Saúde do Paraná, composta por nove municípios, sendo eles: Guamiranga, Imbituva, Teixeira Soares, Fernandes Pinheiro, Rio Azul, Rebouças, Mallet, Inácio Martins e Irati.

Para melhor efetividade na operacionalização do sistema, o município de Irati-PR conta com o Consórcio Intermunicipal de Saúde, o qual foi institucionalizado em 03 de agosto 1994 com a finalidade de assegurar a prestação de serviços de saúde á população dos nove municípios consorciados nas diversas especialidades.

A coleta de dados nos prontuários foi realizada na Instituição Hospital Santa Casa de Irati, onde a diretoria disponibilizou uma sala para pesquisa nos prontuários.

A Santa Casa de Irati informa em seu site oficial, ser um Hospital Filantrópico, tendo classificação de Média Complexidade. Possui uma área construída de, aproximadamente, 7.583m², atende os nove municípios citados anteriormente da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, totalizando mais de 160 mil habitantes e também pacientes encaminhados de outros municípios através da Central de Regulação. O Hospital possui atualmente 150 leitos, divididos em UTI Neonatal, UTI Adulto, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Alojamento Conjunto (maternidade), Psiquiatria e Pediatria. A Instituição é referência para a Rede de urgência e emergência bem como para a Rede Mãe Paranaense, onde atende as gestantes de alto risco.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada profissional, no local e horário onde julgaram mais acessível devido a alta demanda de atendimentos via SUS. A restrição quanto ao tempo disponível dos profissionais foi considerado um fator negativo, podendo interferir diretamente no processo da entrevista. Desta forma, dois profissionais realizaram a entrevista no consultório particular, e um realizou no Ambulatório, estabelecimento de atuação clínica via SUS vinculado ao Hospital Santa Casa de Irati.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, realizou-se uma reunião com o diretor responsável pelo Hospital Santa Casa de Irati, para apresentação da proposta de estudo. Devido ao fato do Hospital funcionar com o mínimo de funcionários exigidos, foi disponibilizado um profissional para mediar a retirada dos prontuários e encaminhar até a sala cedida para a realização da coleta de dados. Num segundo momento foi entregue uma cópia do projeto de pesquisa e a diretoria da instituição cedeu a carta de Anuência para que a pesquisa pudesse ser aprovada pelo Comitê de Ética.

No decorrer da exploração do campo de estudo, foram realizadas reuniões individualmente com cada otorrinolaringologista, para apresentação da proposta de estudo e sua metodologia.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) sob o Parecer N° 065323 em 06/07/2016.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Quanto aos dados coletados a partir da abordagem quantitativa, estes serão analisados estatisticamente. De acordo com Gil (2008 p. 160), “as técnicas estatísticas disponíveis constituem notável contribuição não apenas para a caracterização e resumo dos dados, como também para o estudo das relações que existem entre as variáveis”. No que cabe a interpretação dos resultados obtidos pós análise, Gil (2008, p.178) aponta que “o pesquisador precisa ir além da leitura dos dados, com vistas a integrá-los num universo mais amplo em que poderão ter algum sentido”, isto é, integrá-los nos fundamentos teóricos abordados na pesquisa, bem como aos conhecimentos adquiridos sobre temática em questão.

Deste modo, Bardin (1979 p.42), define a análise de conteúdo como:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção/recepção destas mensagens”

Os principais objetivos do método de análise de conteúdo conforme o autor, são a ultrapassagem da incerteza, o enriquecimento da leitura, a verificação prudente ou uma interpretação brilhante. A análise dos dados coletados pode ser uma análise dos significados (análise temática) ou uma análise dos significantes (análise léxica, análise dos procedimentos).

A análise de conteúdo desdobra-se em três etapas, sendo elas a pré-análise, a exploração do material e por fim, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira etapa consiste na pré-análise, qual é definida por Bardin, 1997, p.95 como:

“a fase da organização propriamente dita. Corresponde a um período de intruições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise”.

Nesta fase, o investigador deve analisar os caminhos percorridos na pesquisa, considerando suas hipóteses e objetivos, bem como analisar as relações entre as etapas

realizadas, com isso, deve-se propor indicadores que norteiem a compreensão e a interpretação do material (Minayo, 2008, p.316). Seguindo desta etapa, temos a exploração do material, qual Minayo, (2008) p. 317. refere ser a fase que “consiste essencialmente numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto”. Ainda nesta vertente, a autora aponta que, para alcançar estes mecanismos é necessário que o investigador busque categorias de expressão que são expressões ou palavras significativas submersas nos arranjos organizacionais da fala.

Num terceiro momento, ocorre o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, desta forma, Bardin (1977) apontam como sendo o momento de operacionalizar os dados, isto é, codificá-lo e organizá-lo, cabe a esta organização três escolhas, o recorte: escolha das unidades, a enumeração e a classificação de elementos e, a agregação/interpretação. Para Bardin (1977, p. 104) a unidade de registro que compõe o recorte “é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”, a enumeração e a classificação, a grosso modo refere-se a passagem dos dados brutos a dados organização, considerando inúmeros elementos de análise elencadas por Bardin. No que tange os aspectos da interpretação dos resultados obtidos, Bardin (1997) propõe dois eixos de interpretação: quantitativo e qualitativo, apontando a interpretação quantitativa com base apenas em métodos estatísticos, de análise objetiva, mais fiel e exata devido sua observação controlada, já no eixo qualitativo de análise, a autora refere compreender um procedimento mais intuitivo com características particulares, além de apresentar um perfil mais maleável quanto aos aspectos da quantificação, podendo recorrê-los sempre que necessário.

Segundo Minayo (2008), a partir daí o investigador propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as conforme o embasamento teórico anteriormente delineado, podendo também, ampliar a visão para novas dimensões teóricas e interpretativas.

Mediante ao exposto, percebe-se então que a metodologia em questão, compreende mecanismos de pesquisa que permitem a descrição dos enunciados e das atitudes manifestadas consecutivo a enunciação. A escolha por esta metodologia deu-se pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem entre os sujeitos de pesquisa, bem como pela própria fala e em suma, da compreensão das significações que compõe os enunciados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta pesquisa ocorreu a partir de encontros com diversos profissionais responsáveis pelo processo de avaliação e indicação cirúrgica de casos de respiração oral por hipertrofia de adenoide e amígdala, envolvendo Consórcio, Secretaria Municipal de Saúde e Hospital Santa Casa, Estratégia de Saúde da Família. Inicialmente os contatos foram com a Secretaria Municipal de Saúde, e na época do estudo a secretaria estava passando por mudanças iniciando pelo cargo da secretária de saúde e demais membros da equipe administrativa de saúde.

Para análise quantitativa, foram analisados os dados do município sobre as consultas com a especialidade de otorrinolaringologia. O registro encontrado no ano de 2015 foi de 1.156 atendimentos no ano, cerca de 96 atendimentos ao mês exclusivamente do SUS, exceto os atendimentos realizado pelo Consórcio. Ao contatar a responsável pelos agendamentos ela informou que o objetivo é agendar em média 70 a 80 pacientes ao mês para cada profissional, no entanto o município possui apenas três médicos ORL, sendo que dois atendem a demanda de consultas e um realiza apenas as cirurgias. Até o momento, a fila de espera de pacientes do SUS é de 135 pacientes. Os resultados desta pesquisa serão apresentados a partir de dois grandes eixos temáticos de análise, o primeiro diz respeito ao perfil dos pacientes submetidos a cirurgia de adenoamigdalectomia no Hospital Santa Casa de Irati-PR através do SUS e o segundo visa apreender o processo preventivo e de encaminhamento para cirurgia de adenoamigdalectomia. Este segundo eixo subdivide-se, por sua vez, em duas abordagens: Concepção médica: das ações preventivas à conduta curativa e Processo de encaminhamento cirúrgico.

4.1 ASPECTOS QUANTITATIVOS

4.1.1 PERFIL DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE ADENOAMÍGDALECTOMIA NO HOSPITAL SANTA CASA DE IRATI-PR

Foram analisados prontuários de pacientes operados no ano de 2015, totalizando em 124 pacientes submetidos a cirurgia de adenoidectomia e/ou amigdalectomia pelo SUS, com prevalência do sexo masculino e idade média de 5 anos com variação entre dois e 47 anos.

Sexo	N	%
Feminino	58	46,78
Masculino	66	53,22

Tabela 2: Descritiva de Idade

Idade	N
0 - 5	50
6 - 12	48
13 - 21	17
Acima de 22	9

Dentre os nove municípios da 4^a Regional de Saúde, Irati é o município com maior registro de pacientes operados. Os procedimentos considerados foram cirurgia de adenoidectomia e amigdalectomia e adenoamigdalectomia, sendo a adenoamigdalectomia o procedimento mais realizado. Quanto a técnica cirúrgica aplicada, considerou-se a curetagem, a dissecação e a curetagem com dissecação associada sendo esta última, a mais utilizada pelo ORL cirurgião, conforme tabela abaixo.

Tabela 3: Distribuição de Procedimento Realizado

Procedimento	N	%
Adenoidectomia	6	4,83%
Amigdalectomia	13	10,48%
Adenoamigdalectomia	105	84,67%

Tabela 4: Distribuição de Técnica Cirúrgica Aplicada

Técnica Cirúrgica	N	%
Curetagem	12	9,67%
Dissecação	11	8,87%
Curetagem e dissecação	98	79,03%
Não Informado	3	2,41%

Foram considerados relevantes as informações contidas nos prontuários a respeito de complicações pós-operatórias e os procedimentos realizados nesses casos. Desta forma constatou-se presença de complicações no pós-operatório em cinco pacientes, sendo

quatro destes devido a sangramento agudo, e um apresentou hemorragia sendo necessária nova intervenção no período pós-operatório. Considerando o exposto, a literatura aponta as que a ocorrência do sangramento no pós-operatório é a complicação mais frequentemente registrada entre as primeiras 24 horas do paciente pós intervenção cirúrgica (VIEIRA et al, 2003; DIB et al 2004; WIIKMANN et al, 2004). Constatou-se que os pacientes permanecem, em média, no Hospital por 13 horas durante todo o processo de internação até a alta médica, e o tempo de cirurgia, ocorre, em média, por aproximadamente 52 minutos no centro cirúrgico. Em relação ao tempo de internação a literatura indica que o paciente permaneça internado até que passe os efeitos anestésicos, ou seja, em média 6 horas após realização do procedimento. No que cabe aos casos com presença de algum tipo de intercorrência a permanência será de 24 horas (COELHO JR et al 2008).

Tabela 5: Descrição de Tempo de Permanência no Hospital

Descritiva	Tempo/Horas
Média	12:50:00
Min	05:45:00
Max	18:20:00

Tabela 6: Descrição de Tempo de Cirurgia

Descritiva	Tempo/Horas
Média	00:52:00
Min	00:40:00
Max	02:45:00

4.2 ASPECTOS QUALITATIVOS

O conjunto dos dados qualitativos foram obtidos a partir de entrevistas com os profissionais envolvidos no processo de encaminhamento, avaliação e realização das cirurgias.

4.2.1 CONCEPÇÃO MÉDICA: DAS AÇÕES PREVENTIVAS A CONDUTA CURATIVA

A atuação na AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde de forma individual ou coletiva, que abordam desde a promoção e proteção da saúde, prevenção e

controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação visando a manutenção da saúde dos usuários. O trabalho operacionalizado pelas ESF abrange desde procedimentos mais simples e de baixo custo, até a utilização de tecnologias que devem ser capazes de atender a maior demanda manifestada pela comunidade (BRASIL, 2011).

A prevenção deve ser uma atribuição de todos os profissionais da saúde, no entanto, a maior demanda nas ESF é por atendimento médico, o que denota, a posição importante e de grande influência que este profissional ocupa sobre a comunidade. Sendo assim, o papel do médico com a prevenção é fundamental, pois trata-se de um profissional que se ocupa da saúde humana, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário (BRASIL, 2011).

Os órgãos gestores nacionais enfatizam a importância das atividades educativas no âmbito da ESF. Desta forma, no que cabe aos municípios, tem sido mais comum o relato de experiências utilizando o referencial da educação popular nas práticas de saúde a qual tem sido realizada por iniciativa dos próprios profissionais. Uma política municipal de educação em saúde, especialmente se apoiada nos princípios da educação popular, teria o papel importante de induzir novas práticas nos serviços de saúde, proporcionando uma valorização do saber popular e do usuário, o qual ocuparia um papel importante no processo de construção da saúde, e além de demonstrar aos profissionais e demais órgãos de interesse, o caráter educativo e o valor das ações de saúde (ALBUQUERQUE.; STOTZ.; 2004).

Neste tópico, a partir dos depoimentos dos profissionais médicos clínicos gerais da Atenção Básica sobre sua atuação referente aos casos com queixa e/ou demanda quanto a adenoide e amígdalas, é possível entender que é realizada orientação para controle dos alérgenos na tentativa de prevenir os fatores de risco, como referiu P2:

P2: “..procuro orientar quanto a questão do pó, da sazonalidade, que na primavera geralmente aumenta, procurar usar edredom na verdade, preferir hipoalérgenos do que os cobertores normais...”

A prática da orientação é efeito da evolução do SUS e da modernização nas ações de saúde nos últimos anos. Ao mesmo tempo que as práticas e os saberes em saúde, nas

suas diferentes formas e níveis de atuação, vem crescendo e evoluindo, temos a presença de profissionais médicos formados há muitos anos, atuando em atenção básica sem, necessariamente, ter seu trabalho pautado nas atualizações do fazer saúde na modernidade, exercendo a clínica partir de diversos conceitos de saúde, o que pode influenciar na efetividade de modo geral de todo trabalho da equipe da ESF.

O Cader-
no da Atenção Básica nº 25 prevê como atribuição médica estabelecer, junto com a equipe, a abordagem terapêutica mais adequada ao caso, podendo ser medicamentosa e não medicamentosa; realizar atividades de educação permanente junto com demais profissionais da equipe com a finalidade de preparar e educar os próprios colegas a como colaborar neste processo a partir da sua função; realizar atividades educativas por meio de ações individuais ou coletivas de promoção da saúde com a comunidade, pautando sempre nas doenças com maiores índices em determinada localidade; garantir o acompanhamento contínuo da saúde dos usuários; supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS que assumem papel fundamental mantendo ligação direta com a demanda dos usuários na comunidade, (BRASIL, 2010) assim sendo, se tais ações fossem exercidas de maneira adequada e eficaz como proposto, certamente a população seria mais preparada mais orientada e prevenida, o que contribuiria para a diminuição da demanda favorecendo aos que realmente necessitam do serviço. Sobretudo possibilitaria que mais ações e planejamentos fossem elaborados e realizados pela própria equipe em prol da comunidade.

O encaminhamento do paciente para o atendimento especializado é exclusivamente pertinente ao médico clínico geral da atenção básica. Nesse caso o paciente passa a ser atendido pela esfera de média complexidade, a qual também prevê ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, no entanto, o nível de complexidade da prática clínica implica na disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos mais densos para realização do diagnóstico e tratamento, automaticamente demandando maior custo financeiro, o que dificulta e impede a execução em grande parte dos municípios, proporcionando as desigualdades regionais (BRASIL, 2007).

Diante disto, podemos verificar a conduta de encaminhamento a média complexidade afirmada nos relatos dos profissionais médicos da atenção básica em seus relatos conforme apontam P1 e P2:

P1: *“...então esse é o nosso procedimento, na rede básica não espera, faz encaminhamento direto pra otorrino.”*

P2: *“esse paciente seria encaminhado para o otorrino, para o especialista né, seria mais ou menos esse o nosso protocolo na atenção básica”*

Percebe-se no relato de P2 que não há uma afirmação enfática sobre sua conduta fazer parte do processo de operacionalização da RAS. Tendo utilizado os termos *“mais ou menos”*, demonstra que o encaminhamento ao especialista ocorre como protocolo e sem a atuação da atenção básica, incorrendo à falta de padronização do atendimento, de linhas de cuidado, protocolos de manejo, processo de cuidado a saúde e atenção integral destes pacientes. Diante disso, é importante ressaltar o funcionamento adequado do sistema de referência/contra-referência, que deveria mediar o parecer/conduta do especialista e a hierarquização do atendimento, mas que até o momento não conseguiu ser implantado satisfatoriamente (SARMENTO JR; TOMITO; KOS, 2005). No atendimento especializado, este paciente passa novamente por uma anamnese, investigação e avaliação clínica, solicitação de novos exames e, a partir disso, o ORL pauta sua conduta. De acordo com os relatos dos médicos entrevistados, conforme mostra P3 e P4, a orientação permeia a prática clínica a orientação como forma de atenuar os fatores de risco, pois a prevenção de fato deve ser exercida na atenção básica, uma vez que na média complexidade as especialidades visam o diagnóstico e a resolutividade do problema. (BRASIL, 2007)

P3: *“ a higiene ambiental é a principal...eu oriento bem essa questão de limpeza, tirar pó, trocar lençol, tirar cortina...”*

P4: *“primeiro de orientação... primeiro é esse processo de investigação..”*

A orientação faz-se necessária em todo o processo de cuidado do paciente em todos os níveis de atenção, uma vez que deve ter além do conhecimento de sua doença, diagnóstico e tratamento, ele deve ser orientado a exercer o autocuidado a fim de contribuir com o processo terapêutico, sendo medicamentoso ou não. Uma vez que a prevenção visa reduzir o número de casos e suas complicações, deve ter como base o planejamento de divulgação e orientação sobre como atenuar os riscos encontrados diariamente, formas de prevenção com vacinas, como identificar possíveis problemas de saúde, neste

caso, referente as vias aéreas superiores, devendo também abranger ações de educação em saúde com a comunidade para o reconhecimento de sinais de gravidade; no diagnóstico precoce e na utilização racional de medicamentos, especialmente no que se refere a automedicação, prática muito comum exercida pela população em geral (ALBUQUERQUE.; STOTZ.; 2004).

Considerando o exposto, cabe ressaltar que qualquer tratamento medicamentoso deve ser cauteloso, pois é fundamental que a indicação do medicamento e sua dosagem sejam prescritos adequadamente para evitar qualquer eventualidade que possa comprometer ou prejudicar a saúde do paciente.

Desta forma, no que cabe ao tratamento medicamentoso realizado ainda na atenção básica, os relatos dos médicos descrevem a solicitação de exame de raio x de cavum, a prescrição de medicamentos, seguido do encaminhamento para o especialista conforme refere P2.

P2: *“...geralmente (refere-se ao terapia medicamentosa aplicada), porque vem acompanhado de uma rinite, normalmente né, a gente faz tratamento com antiestaminico, antiinflamatório, se necessário esse paciente tiver infectado eventualmente um antibiótico né.”*

O relato acima revela que o paciente já na primeira esfera de atenção, é submetido a exames e tratamento medicamento, o que muitas vezes se repetem quando chega ao especialista, qual realizará o diagnóstico e indicará o tratamento mais eficaz para o caso, no entanto, o paciente poderá apresentar mais de um problema referente a vias aéreas superiores, podendo demandar diferentes tipos de tratamento como aponta P5 em seu relato:

P5: *“...muitas vezes ela não está tendo amigdalite e sim faringite, por isso falei que precisa ver bem, a criança chega aqui e tem outras coisas aí você vai tratar, não é que não precisou operar, não tem necessidade, precisou só ser tratado.”*

Vale salientar que os sintomas e complicações ocasionados pela obstrução das VAS conduzem a um significativo decréscimo na qualidade de vida dos pacientes (DI FRANCESCO, FORTES, KOMATSU, 2004). A terapia medicamentosa é realizada antes da indicação cirúrgica, a fim de obter melhora no quadro clínico do paciente. Conforme referem os autores acima, a realização da cirurgia advém da avaliação clínica, e do insucesso

so da terapia medicamentosa prescrita, tornando-se um candidato a cirurgia. Tal fato é possível visualizar nos relatos de P3 e P5.

P3: *“...Como eu sempre trato antes de operar eu não gosto de indicar a cirurgia sem conhecer o paciente, sem tratar primeiro. “*

P5 *“...se for tratamento clínico ele é medicamentoso... se for cirúrgico além do tratamento clínico a gente associa a solicitação cirúrgica, depende do diagnóstico.”*

O tratamento medicamentoso pode ser aplicado como forma exclusiva de tratamento e também associada ao ato cirúrgico, de acordo com o diagnóstico de cada paciente. Existem algumas possibilidades de tratamento como o CPAP (Pressão Positiva Contínua) e a perda de peso nas crianças obesas, porém essas alternativas são pouco aplicáveis em crianças e raramente são adotadas como terapia primária pelos profissionais (BERALDIN, et al 2009).

No entanto, observa-se que a conduta curativa se faz presente no relato dos entrevistados, bem como a forma de tratamento mais aplicada nos níveis de atenção e referida enfaticamente pelos próprios profissionais como conduta mais abordada. A indicação cirúrgica vem como conduta curativa do especialista com base em alguns critérios de indicação. Ao abordar a questão da concepção deles sobre a cirurgia os profissionais apresentaram percepções bem semelhantes, em que nos casos de cirurgia bem indicada, ela resulta num impacto positivo sobre a qualidade de vida do paciente, como podemos observar nos relatos abaixo:

P3: *“Acho que é uma cirurgia bem importante, eu acho que ela dá uma diferença enorme na qualidade de vida da pessoa, da criança, porém, tem que ser muito bem indicada”*

P4: *“Fantástico, sem dúvida, nossa quando bem indicado, não tem melhor...fantástico você ver a criança se desenvolvendo melhor, comendo melhor, falando, melhora dicção, melhora tudo né.. “*

P5: *“Como qualquer cirurgia, cirurgia bem indicada, ótimo resultado. Indicação cirurgia é o mais preciso.”*

Na mesma linha de pensamento destes profissionais, a literatura apresenta diversos autores que afirmam em suas pesquisas os benefícios da cirurgia na qualidade de vida dos sujeitos. Podemos verificar esta afirmativa no estudo de Beraldin et al (2009), em que ao avaliarem o impacto da adenotonsilectomia sobre a qualidade de vida das crianças que apresentam aumento do volume das tonsilas concluíram que após a realização da cirurgia houve impacto relevante na qualidade de vida dessas crianças. Em um estudo realizado por Di Francesco; Fortes; Komatsu, (2004) compararam os resultados dos questionários sobre qualidade de vida, também em crianças com hipertrofia de tonsilas antes e após a realização de adenoamigdalectomia, e obtiveram em seus resultados a mesma confirmação, após a cirurgia há grande melhora na qualidade de vida dos pacientes. Silva e Leite (2006), buscaram avaliar a qualidade de vida das crianças com DOS, antes e após adenoidectomia ou adenotonsilectomia, reafirmando o que os estudos supracitados concluíram, que o tratamento cirúrgico dessa condição promove uma melhora significativa na qualidade de vida dessas crianças.

Os autores Lima Jr, Silva, Freitas, (2008), também avaliaram os resultados positivos na melhora da qualidade de vida obtidos com a adenotonsilectomia em crianças com DOS, porém, não somente a curto prazo, como muitos estudos apresentam. Os autores buscaram verificar se os benefícios constatados permanecem satisfatórios no seguimento dos pacientes a longo prazo constatando que os benefícios se mantêm na qualidade de vida também a longo prazo. Vale salientar que a expressão “qualidade de vida” é usada para avaliar o impacto das doenças no cotidiano dos pacientes (DI FRANCESCO, et al 2004).

Em saúde pública, existe a necessidade de nortear a decisão de tratamento quanto à melhor distribuição dos recursos dentro do sistema de saúde (BERALDIN, 2009). Por tratar-se de um atendimento de média complexidade há uma facilidade no processo de encaminhamento para a cirurgia, entretanto é de suma importância realçar a dificuldade que este paciente encontra referente as filas de espera por ser um procedimento de alta demanda, e em especial, pelo município possuir em seu quadro clínico apenas um médico otorrinolaringologista cirurgião, o que reflete também em uma demanda reprimida (ANTUNES et al, 2007). É possível inferir que na presença de ações preventivas na primeira esfera de atenção pela equipe da ESF no controle e cuidado dos fatores de risco, poderia haver queda na demanda já para a própria unidade, pois o usuários estariam sido educa-

dos e orientados evitando a alta demanda para o atendimento especializado e, conseqüentemente, reduziria a fila de espera.

4.2.2 PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA

Os dados mostraram que a decisão pela indicação cirúrgica é baseada nos dados clínicos do paciente, porém não há um consenso na literatura sobre os critérios para indicação de tonsilectomias. Diante disso, os profissionais especialistas do município em tela, ao serem questionados sobre quais os critérios em que pautam o encaminhamento para cirurgia, apresentaram respostas distintas sobre esse encaminhamento, conforme relatos de P3 e P5. A fala de P4 ainda demonstra inconsistência.

P3: *“A criança não melhora com o tratamento ou 7 infecções no ano, 5, 3 ou o grau de obstrução, daí na oroscopia da amígdala é muito grande”*

P4: *“ Aí eu não lembro! A avaliação e permissão do anestesista, depende desses exames.”*

P5: *“Não existe consenso 5 infecções por ano, 3 por ano, 3 infecções, 4 num mesmo mês, não, essa questão de infecção é relativa, aí você acompanha o paciente “*

O relato de P4 mostra a ausência de critérios estabelecidos, enquanto P5 aponta que essa avaliação é subjetiva, pois o que é sintomas recorrentes não está claro. Ao contrário disso, Martinho et al (2004) salientam que a indicação cirúrgica deve ser criteriosa e baseada na gravidade da doença e na presença de alterações anatômicas das VAS e do esqueleto craniofacial e que, sobretudo, não representa a única forma de tratamento, sendo necessário utilizar outros tratamentos anteriormente. A indicação para tonsilectomias, de acordo com Guerra et al (2007), em casos de adenoidectomia, deve ser com base na história, sintomas e exame clínico, enquanto para indicação de amigdalectomia considera-se a história e exame clínico, sintomas e comportamento manifestados pelo paciente.

Em outro momento da entrevista os profissionais ORL, são indagados sobre o que os fazem concluir que a cirurgia é a melhor opção para determinado caso, resultando em relatos baseados na prática clínica individual. A presença de sintomas referidos pelos pa-

cientes apresentam que norteiam a decisão pela cirurgia, como apresenta claramente o relato abaixo de P3.

P3: “Quando você faz o tratamento na criança e ela continua sintomática, então ela ronca, dorme mal, respira pela boca e a garganta infecciona”

Considerando o exposto, vale ressaltar que o aumento do volume das tonsilas é a principal causa de obstrução das VAS. Este aumento por sua vez, ocasionam inúmeros sintomas e complicações que conduzem ao comprometimento da qualidade de vida e na saúde em geral dos pacientes (BERALDIN, et al 2009; DI FRANCESCO, et al 2004). Tal fato é reforçado no relato P4 que afirma a interferência na vida do indivíduo, bem como da família.

P4: “Respirador bucal grave, apneia, ronco, as vezes até a própria amígdala faz isso né, abscesso, febre, interferência né... no dia a dia, na família do paciente, febre reumática, indicações absolutas né.”

Frequentemente estes pacientes apresentam sintomas/queixas referentes a dificuldade respiratória, distúrbios do sono com a presença de ronco, movimentação excessiva durante o sono, apneia, cansaço diurno, respiração oral, infecções de vias aéreas superiores de repetição (BERALDIN et al 2009; IKEDA et al 20011; SILVA e LEITE 2006). Sobre os sintomas, Martins et al (2015) afirmam que em casos de apneia, principalmente pediátrica, a adenotonsilectomia é o procedimento mais indicado, como destaca P5 em seu relato, sendo enfático ao referir apneia como motivo incontestável de encaminhamento cirúrgico.

P5: “Indicação absoluta, incontestável, é apnéia do sono em criança que tem apneia por aumento excessivo da adenoide e amígdala, e faringe, é indicação absoluta ”

Uma vez que é um procedimento frequentemente realizado pelos ORL e, principalmente, por tratar-se de uma alta demanda já na primeira infância, buscou-se investigar o processo de decisão familiar. Esta decisão pelo procedimento cirúrgico proporciona diferentes impactos nos familiares, mesmo sendo a cirurgia bem indicada pelo especialista, é um tratamento de escolha, pois dependerá do consentimento da família a qual ocupa papel fundamental neste processo (FUKUCHI et al, 2005). Diante do consentimento da família, o paciente é encaminhado para a fila de espera até ser chamado para realização do

procedimento. Todavia, é de suma importância que a família e o paciente sejam bem orientados pelo profissional, com relação a todo o processo: entrevista, anestesia, procedimento cirúrgico, benefícios e possíveis complicações (SARMENTO JR; TOMITO; KOS; 2005).

Referente aos procedimentos pré-operatórios, os relatos corroboram entre si, sendo o hemograma, exame de coagulação e creatinina os mais comumente solicitados conforme apontam P3, P4 e P5.

P3: *“a gente solicita eletrocardiograma, e alguns exames básicos de sangue, hemograma, glicemia em jejum, para ver o açúcar no sangue, a coagulação...também peço a creatinina para ver função renal, é o básico.”*

P4: *“já peço hemograma, coagulograma, anti HIV, creatinina pra avaliar função renal,”*

P5: *“Eletrocardiograma, exames laboratoriais pré operatórios, e avaliação com anestesista.”*

De acordo com Di Francesco et al, (2004), os exames pré-operatórios, tem o intuito de garantir que o paciente esteja em condições de saúde favorável para realização do procedimento, além de fornecerem dados importantes ao cirurgião. A entrevista/avaliação anestésica segue como parte do protocolo de funcionamento da Santa Casa.

Foi possível observar que, em nenhum momento, os entrevistados sugerem em seus relatos terem sua conduta pautada em protocolos ou linhas de cuidado. Esta lacuna nos permite refletir que o alto índice de tonsilectomias realizadas precocemente esta entrelaçado ao fato de não existir uma forma linear de seguimentos que, de fato, permitam que somente aqueles que se enquadram no padrão cirúrgico sejam submetidos a tal procedimento.

Foi questionado aos médicos ORL, quais as manifestações da família referente ao procedimento. Os relatos evidenciaram que o principal medo revelado pela família refere-se a anestesia, como aponta P3, e ao sistema imunológico de acordo com P4 e P5.

P3: *“as mães tem medo do sangramento e da anestesia porque é anestesia geral....eles não tem muita resistência, eles tem medo da cirurgia, tem medo da anestesia, mas eles veem que é a melhor opção”*

P4: *“medo da cirurgia como toda mãe, e (pausa) com relação a que não vá resolver, que vá ter infecções, ou que esse tecido é muito importante pra defesa do organismo, ”*

P5: *“tem uns medos que qualquer pessoa que vá operar seu filho com, 2, 3 anos de idade vai ter seus medos suas dúvidas... mas, nada assim que com alguma explicação, orientação tenha grande dificuldade...se tirar as amígdalas se vai diminuir a defesa da criança... preocupações mais com a anestesia...”*

A família apresenta preocupações quanto a possibilidade de a retirada do órgão afetar a imunidade da criança, ou fazer com que continue apresentando infecções recorrentes. Este risco é bastante discutido na literatura por haver estudos controversos, no entanto, Santos et al (2013) afirmam que não há evidências definitivas de que a tonsilectomia resulta em prejuízo ao sistema imunológico, e ainda salienta que os órgãos com inflamação crônica não são eficazes no processo de defesa contra infecções das VAS, interferindo, por muitas vezes, ainda mais na gravidade das infecções. De acordo com Fukuchi et al (2005) o medo é o sentimento mais frequente entre os adultos, crianças e os familiares que são participantes ativos do processo quando trata-se da população infantil, e diante disso, ressaltam a importância da orientação, bem como a descrição de todo o procedimento cirúrgico com a finalidade de reduzir os sentimentos manifestados. O relato de P5 ressalta que uma boa orientação faz com que a família sinta-se segura quanto a indicação do procedimento como melhor opção de tratamento. A adenoamigdalectomia é um procedimento seguro e que não necessita de internação prolongada, porém, oferece seus riscos como qualquer outro procedimento, e é indispensável que isto esteja bem delimitado a família e aos demais envolvidos. Uma vez que, é através do vínculo entre médico-paciente, que os sentimentos de angústia, ansiedade e o próprio medo podem ser minimizados ainda na fase pré-operatória onde a orientação deve ser utilizada incansavelmente (FUKUCHI et al, 2005).

O relato de P4 chama a atenção em seu relato ao referir ser necessário abordar a família de forma indutiva, pois de acordo com Di Francesco (2008) em casos que a família não reconheça a gravidade do caso, acaba interferindo no processo de aceitação, e do próprio encaminhamento, conseqüentemente, permanecendo maior tempo na fila de espera, o que leva a uma resolutividade tardia da condição de saúde do sujeito.

P4: “ *a gente já explica, ó a indicação não é absoluta, depende de você, a indicação é sua, esta te incomodando, mas isso é mais no adulto, nas crianças as mães vêm em desespero já não aguentam mais, querem a solução*”

Todavia, Beraldin et al (2009), salientam que no processo de decisão da família pelo tratamento, deve-se levar em consideração o impacto da doença sobre a qualidade de vida dos pacientes e demais envolvidos. Entretanto, Fukuchi, et al (2005) reforçam a necessidade da implementação de um programa educacional pré-operatório que invista em ações educativas envolvendo explicações verbais aos pacientes e familiares, proporcionando momento de conscientização, esclarecimentos quanto as mudanças comportamentais e possíveis complicações no pós-operatório, o que deverá conduzir ao acolhimento dessa demanda, ampliando os laços com a equipe e minimizando os efeitos psicológicos frequentemente manifestados, como o medo, stress cirúrgico e a ansiedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante ao exposto nos resultados e considerando os objetivos propostos de conhecer os procedimentos preventivos e o processo de encaminhamento para cirurgias de tonsilectomias foi possível constatar que as ações preventivas na atenção básica, são raras, pautadas apenas em orientações para controle dos fatores de risco diretamente ligados aos órgãos da adenóide e amígdalas. Isto revela a necessidade de investimento em ações e planejamentos realizados pela equipe como um todo, sobre uma determinada patologia a fim de propor solução a essa grande demanda, bem como capacitar os próprios profissionais para que possam educar e orientar a população de abrangência.

Considerando que, o SUS preconiza por ações preventivas na atenção básica, especialmente no que tange à educação continuada, pouco praticado entre as Equipes de Estratégia da Família no município, também é possível inferir que a conduta preventiva é pouco aplicada pelos profissionais, buscando realizar encaminhamentos imediatos para atendimento especializado e submissão a tratamento medicamentoso, sem exercer nenhuma outra ação preventiva que possa trazer benefícios para determinado caso.

Desta forma, é fundamental trazer em cena os diferentes atores envolvidos nos serviços de saúde. São eles que protagonizam as relações nesses espaços e que, nessa condição proativa, podem promover transformações no funcionamento do Setor. É possível compreender que mudanças decorrem da autonomia, do protagonismo e da força de todos os atores envolvidos. Essa atuação em conjunto, no sentido de um trabalho pautado em ações preventivas não esteve presente nos relatos dos entrevistados. É visível a defasagem quanto ao funcionamento do sistema de referência e contra-referência, o qual deveria mediar a hierarquização do atendimento, porém revela a insuficiência do sistema frente as redes de atenção. Do mesmo modo, visualiza-se a dificuldade da atuação multidisciplinar em relação ao compartilhamento de saberes entre profissionais, equipes e usuários. Frente a isso, torna-se inviável o propósito de uma clínica ampliada, o desenvolvimento de vínculos, a autonomia e o protagonismo de todos os atores sociais nos serviços prestados pela Equipe ESF.

Com base nos relatos, não há condutas pautadas em protocolos e linhas de cuidado que favoreçam um diagnóstico e encaminhamento adequados e baseados cientificamente. Foi constatada uma conduta baseada em vivências, o que não garante em sua totalidade, a melhor opção para cada caso. Desta forma, cabe a própria especialidade da otorrinolaringologia, investir em estudos a cerca desta abordagem, desta temática tão fra-

gilizada e de tamanha importância na prática clínica, tratando da relevância da demanda. O relato dos entrevistados evidenciou a opção por uma conduta curativa entre medicamentos e procedimento cirúrgico, extinguindo as possibilidades do usuário ter acesso a tratamentos alternativos. Cabe aos gestores adotar e estabelecer critérios visando a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações necessárias.

Foi observado que o papel da família é assíduo, especialmente por tratar em sua maioria de um público infantil, como é veementemente confirmado pela literatura. Desta forma, surge a indagação sobre a necessidade do elevado índice cirúrgico, já que vivemos em uma era que, cada vez mais se aprofunda em práticas de saúde ampliada e de caráter holístico.

O presente estudo viabilizou um olhar aquém do que aquele que se apreende em teoria. Estar em contato direto com todo o elenco na Secretaria Municipal de Saúde, Hospital Santa Casa de Irati, com as equipes ESF e especialmente com os especialistas, possibilitou explorar com mais afinco o quão árduo é lutar pela integralidade, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

A contribuição deste estudo emerge na reflexão sobre a realidade de saúde no município quanto a intervenção cirúrgica de adenoamigdalectomia. Contudo, permite a abertura de novas possibilidades de estudo a partir das co-relações entre as diferentes áreas de atenção a saúde humana, bem como acerca da gestão dos serviços de saúde, a fim de possibilitar um novo olhar sobre o fazer saúde.

REFERÊNCIAS

AEDO B, C.; MUNOZ S, D. Indicações no tradicionais de amigdalectomia. **Rev. Otorrinolaringol. Cir. CabezaCuello**, Santiago, v. 70, n. 2, p. 165-174, 2010.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N.: A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface*, Botucatu, v. 8, n.15, p.259-274, 2004.

ALCANTARA, L. J. L.; PEREIRA, R. G.; MIRA. J. G. S.; SOCCOL, A. T.; TBOLKEN, R.; KOERNER, H.N.; MOCELLIN, M. Impacto na qualidade de vida dos pacientes adenoamigdalectomizados. **Arq. Int. Otorrinolaringol**, São Paulo, v.12, n.2, p. 172-178, 2008.

ALMEIDA JÚNIOR, J. J. **Relatos de uma vivência interdisciplinar: Educação, Saúde e Cidadania**. 2008, 89 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação Em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, p. 27-36, 2008.

ALVES, T. N. P.; CORRÊA, T.; SOUZA, A. G. **Centro Odontológico de Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais – COAPE: a resolutividade e a gestão no atendimento aos pacientes com necessidades especiais**.2013. 56 f. Monografia (MBA em Gestão em Saúde, Acreditação e Auditoria), Faculdade de Economia, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

ALVES, A. L.; SCALA, W. A. R.; BARROS, M. D.; DOLCI, J. E. L.. Análise histológica de 24 tonsilas faríngeas de pacientes submetidos à adenoidectomia ou à adenoamigdalectomia. **RevBrasOtorrinolaringol**, São Paulo v. 68, n. 5, p. 615-618, 2002.

ANDRADE-BALIEIRO, F. B.; AZEVEDO, R.; CHIARI, B. M. Aspectos do sistema estomatognático pré e pós-adenotonsilectomia. **CoDAS**, São Paulo , v. 25,n. 3,p. 229-235, 2013.

ANTUNES, M. L.; FRAZOTTO, R.; MACOTO, E. K.; VIEIRA, F. M.; YONAMINE, F. K. Mutirão de cirurgias de adenotonsilectomias: uma solução viável? **Rev. Bras. Otorrinolaringol**. São Paulo, v. 73, n. 4, p. 446-451, 2007.

AVELINO, M. A. G.; PEREIRA, F. C.; CARLINI, D.; MOREIRA, G.; FUJITA, R.; WECKX, L. L. M. Avaliação polissonográfica da síndrome da apneia obstrutiva do sono em crianças, antes e após adenoamigdalectomia. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 308-311, 2002.

AUSTREGÉSILO, S. C.; CAMPOS, L. M. C.; FIGUEIREDO, N.; GÓES, P. S. A. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, 2015.

BALBANI, A. P. S.; WEBER, S. A. T.; MONTOVANI, J. C.; CARVALHO, L. R. Pediatras e os distúrbios respiratórios do sono na criança. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v.51, n. 2, p. 80-86, 2005.

BARDIN, L..**Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1979

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L.. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997

BASS, J.L.; CORWIN, M.; GOZAL D.; MOORE, C.; NISHIDA, H.; PARKER, S. The effect of chronic or intermittent hypoxia on cognition in childhood: a review of the evidence. **Pediatrics**. v.114, n.3, p.805-16, 2004

BERALDIN B. S.; RAYES T. R.; VILLELA P. H.; RANIERI D. M. Avaliação do impacto da adenotonsilectomia sobre a qualidade de vida em crianças com hipertrofia das tonsilas palatinas e faríngeas. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**. São Paulo, v. 75, n. 1, p. 64-69, 2009.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, Santa Catarina*, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferencia Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1986,

_____. Portaria nº648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitário de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização de Redes de Atenção a Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

_____. Lei n. 8.142, de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Lei n. 8.080, de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 20p. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Brasília, 344 p. 2005.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – CONASS, (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS) Brasília, v. 9, p. 248, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças respiratórias crônicas**. Cadernos de Atenção Básica, n. 25. Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BROUILLETTE, R.; HANSON, D.; DAVID, R.; KLEMKA, L.; ANNA, S.; FERNBACH, S.; HUNT, C. A diagnostic approach to suspected obstructive sleep apnea in children. **J Pediatric**; v.105, n.1. 10-14. 1984

CAVICHIOLO, J. B.; CARVALHO, B.; ALCANTARA, L. J. L.; ZIMMERMAM, E.; CARVALHO FILHO, S.; MOCELLIN, M. Perfil Cirúrgico Otorrinolaringológico em um Hospital Pediátrico de Curitiba. **Arq. Int. Otorrinolaringol**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 422-425, 2010.

CICERÁN, A. Imunologia do anel linfático de Waldeyer. In: SIH, T. (ed.); CHINSKI, A. (ed.); EAVEY, R. (ed.). **III Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO**. São Paulo: Eskenazi, 2003, p.84-94.

COELHO JR, R. G. et al. Perfil de pacientes submetidos à adenoidectomia, amigdalectomia e adenoamigdalectomia pela Disciplina de Otorrinolaringologia da UNISA. **Arq. Int. Otorrinolaringol**. v. 12, n. 2, p. 189-193, 2008.

DE SERRES L. M.; DERKAY C.; ASTLEY S.; DEYO R. A.; ROSENFELD R. M.; GATES G. A.; Measuring quality of life in children with obstructive sleep disorders. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** .v.126 n.12 p. 1423-9, 2000.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Nova York: Organização das Nações Unidas (ONU), 1948. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm>> Acesso em 10 abr 2016

DI FRANCESCO, R., PASSEROTII, G., PAULUCCI, B., MINITI, A.. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v.70, n.5, p.665-70, 2004.

Di FRANCESCO R. C.; FORTES F. S. G.; KOMATSU C. L.; Melhora da qualidade de vida em crianças após adenoamigdalectomia. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São paulo v. 70, n. 6, p. 748-751, 2004

DI FRANCESCO, R. C.; SIH, T.; CHINSKI, A.; EAVEY, R.; GODINHO, R. Adenóides e amígdalas: Quando deve operar. **VI manual IAPO otorrinolaringologia pediátrica.** São Paulo: Editora e Gráfica Vida & Consciência. v. 1, p. 275, 2008.

DIB, G. C., KOSUGI, E. M.; ANTUNES, M. L., MORALES, D. S.; GUILHERME, A.; FUKUDA, Y. Postoperative hemorrhage in 397 adenotonsillectomies performed at Hospital Geral de Pirajussara (HGP) and Hospital Estadual de Diadema (HED)/Federal University of São Paulo (UNIFESP-EPM). **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 70, n. 6, p. 757-760, 2004.

ENDO, L. H. Adenoamigdalites. In: BOTELHO, J. B. Otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço para estudantes. Manaus: EDUA, 2000, p.111-130.

FAGONDES, S. C.; MOREIRA, G. A. Obstructive sleep apnea in children. **J. Bras. Pneumol**, São Paulo, v.36, p. 57-61, 2010.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Ceará: Universidade Estadual

do Ceará, 2002.

FUKUCHI I.; MORATO, M. M. M.; RODRIGUES, R. E. C.; MORETTI, G. M. M.; JÚNIOR, S.; RAPOPORT, P. B.; FUKUCHI, M. Perfil psicológico de crianças submetidas a adenoidectomia e/ou amigdalectomia no pré e pós-operatório. **Rev Bras Otorrinolaringol**. São Paulo, v. 71, n. 4, p. 521-5, 2005

FRANCO R. A. Jr.; ROSENFELD R. M.; RAO M.: First place resident clinical science award 1999. Quality of life for children with obstructive sleep apnea. **Otolaryngol Head Neck Surg**. V.1, n 1, p.9-16, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GOTTEMS, L.B.D.; PIRES, M. R. G. M.; GUILHERME, D.; ALVES, E.D.; MARTINS, C.M.F. **Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica do DF e entorno**: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades (Relatório Final da Pesquisa). Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília, 2008.

GUERRA, A. F. M. **Capacidade resolutiva em otorrinolaringologia do médico da atenção primária da rede pública de saúde do município de Belo Horizonte**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. 135 f, 2006.

GUERRA, A. F. M.; GONÇALVES, D. U.; CÔRTEZ, M. C. J. W.; ALVES, C. R. L.; LIMA, T. M. A. Otorrinolaringologia pediátrica no Sistema Público de Saúde de Belo Horizonte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 719-725, 2007

HADORN D. C.; COMMITTEE, S. Setting priorities for waitinglists: defining our terms. **Can. Med. Assoc. J**. Canadá, v. 163, n. 7, p. 857-60, 2000.

HECKLER, A.P.M; OLIVEIRA, F.A. Há espaço para integralidade na assistência farmacêutica? In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., (Orgs). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, p. 356, 2008.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: resultados do universo. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/6CI> Acesso em 12 fev 2016.

IKEDA, F. H.; HORTA, P. A. C.; BRUSCATO, W. L.; DOLCI, J. E. L. Avaliação do desempenho intelectual e escolar de crianças submetidas à tonsilectomia e adenoamigdalectomia no pré e pós-operatório. **Braz. J. Otorhinolaryngol.** São Paulo, v. 78, n. 4, p. 17-23, 2012.

JÚNIOR, R. G. C.; BRANDÃO, F. H.; CARVALHO, M. R. M. S.; AQUINO, J. E. P.; PEREIRA, S. H.; EIRAS, B. Perfil de pacientes submetidos à adenoidectomia, amigdalectomia e adenoamigdalectomia pela disciplina de otorrinolaringologia da UNISA. **ArqIntOtorrinolaringol**, São Paulo, v.12, n.2, p.189-193, 2008.

JUNQUEIRA, P.; VAZ, A. C. N.; PEYRES, L. C.; PIGNATARI, S. N.; WECKX, L. L. M. Técnica de correção de hipernasalidade causada por adenoidectomia. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, 68, n. 4, p. 593-596, 2002

LIMA JÚNIOR, J. M.; SILVA V. C.; FREITAS, M. R. Resultados na qualidade de vida em longo prazo de crianças submetidas à adenoidectomia/adenotonsilectomia por distúrbios obstrutivos do sono. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 74, n. 5, p. 718-724, 2008.

LIMA, W. L. F.; CORREA, N. S.; CAMPOS, J. L. D.; NAVARRO, P. M.; CORREIA, L. D. O. Enfisema subcutâneo pós-amigdalectomia: relato de caso. **Rev. Bras. Anestesiol**, São Paulo, v. 55, n.4, p. 441-444, 2005

MAGALHÃES, A. B. **Especial Otorrino – Amigdalites**. Brasília, 2015. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/geral/35337-especial-otorrino-amigdalites>. Acesso em 10 fev

2016

MARCHESAN, I. Avaliação terapia dos problemas da respiração. In _____. **Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p. 23-60.

MARMITT, N. R. F.; SOUZA, J. E. P. D.; ANDRADE JR, P.; ANGELETTI, P.; SILVA, P. R. D. D. A influência das tonsilas faríngea e palatinas no desenvolvimento crânio facial. **Ortodontia**, [s.l.] v. 42, n.1, p. 60-66, 2009.

MARTINHO, F. L.; ZONATO, A. I.; BITTENCOURT, L. R. A.; GREGÓRIO, L. C.; TUFIK, S. Indicação cirúrgica otorrinolaringológica em um ambulatório para pacientes com síndrome de apneia e hipoapneia obstrutiva do sono. **Rev. Bras de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 70, n. 1, P. 46-51, 2004.

MARTINS, R. O.; CASTELLO-BRANCO, N.; BARROS, J. L.; WEBER, S. A. T. Fatores de risco para complicações respiratórias após adenotonsilectomia em crianças com apneia obstrutiva do sono. **J BrasPneumol**, São Paulo, v.41, n.3, p. 238-245, 2015.

MATTAR, S. E. M. Padrão Morfológico e características oclusais de crianças respiradoras bucais após cirurgia para hipertrofia de tonsilas. (Tese). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – FORP. São Paulo, 2009.

MENEZES, V. A.; LUIZ, R.; TAVARES, D. O.; GRANVILLE-GARCIA, A. F. Síndrome da respiração oral: alterações clínicas e comportamentais. **ArqOdontol**, Belo Horizonte, v. 45, n. 3, p.160-5, 2009.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007

MINAYO, M.C.de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis:

Vozes, 2008.

MIRANDA, P. P. C.; MASHUDA, S. Y. K.; PERIOTTO, M. C.; ARAÚJO, R. J. H. Enfoque multidisciplinar na síndrome do respirador bucal. **Rev Paul. Odontol.** v. 24, n. 3, p. 4-8, 2002.

MIZIARA, I. D.; GUEDES, M. C.; WEBER, R; GOMEZ, M. V. S. G.; BRITO NETO, R. V.; PERALTA, C. G. O.; MARQUES, J. M. Mutirões de tonsilectomia. **Braz. J. Otorhinolaryngol.** São Paulo, v.73 n. 4. p. 434, 2007

OLIVEIRA, V. S. **Estudo da microbiologia das adenóides de crianças operadas na cidade de Manaus, Amazonas.** Dissertação (mestrado) Manaus-AM: Universidade do Estado do Amazonas, 55 f., 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 113 p. 2011.

OSORIO M, J.; RAHAL, E. M.; GÓMEZ, F.; CARDEMIL, M.; ESQUIVEL, P.; LIENDO, F.; BARRÍA, A. Cuestionario de sangrado preoperatorio en pacientes sometidos a amigdalectomía y/o adenoidectomía. **Rev. Otorrinolaringol. Cir. CabezaCuello,** Santiago, v. 72, n. 1, p. 23-32, 2012.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e a municipalização. **Saúde soc.** Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 29-47.1992.

PAIM, J. S. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. Bahia, Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública **Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo.** Coletânea de textos. Salvador: SESAB, p. 88-180, 2009.

PAIVA, C.H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PANERARI, Â. C.; SOTER, A. C.; SILVA, F. L. P. D.; OLIVEIRA, L. F. D., NEVES, M.; CEDIN, A. C. Enfisema subcutâneo e pneumomediastino após amigdalectomia: relato de caso. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 71, n. 1, p. 94-96, 2005

PATRÍCIA, E. **No ar! Mais seis novos protocolos de encaminhamento**. [s.l.] 2016. Disponível em: <https://blog.atencaobasica.org.br/2016/01/27/no-ar-mais-6-novos-protocolos-de-encaminhamento/> Acesso em 28 de mar de 2016.

PILTCHER, O. B.; SCARTON, F. B.; Antibióticos em tonsilectomias: terapêutico ou profilático? Necessário ou abusivo? **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 5, p. 686-690, 2005

PEREIRA S. R. A.; BAKOR S. F.; WECKX L. L. M. Adenotonsilectomia em pacientes na fase de crescimento facial: efeitos dentários espontâneos. **Braz. J. Otorhinolaryngol.** São Paulo, v.7, n. 5, p. 600-604, 2011.

PEETERS, A.; CLAES, J.; SALDIEN, V. Lethal complications after tonsillectomy. **Acta otorhinolaryngol. Belg.** v. 55, n. 3, p. 207-213, 2000.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, Cap. 2. p. 28-49. 2003

ROYER F, M. Calidad de vida pre y posadenoamigdalectomía en pacientes pediátricos. **Rev. Otorrinolaringol. Cir. CabezaCuello**, Santiago, v. 66, n. 3, p. 191-198, 2006

RUFINO, F. **A hipertrofia das tonsilas faríngea e palatinas como causa da respiração bucal**. CEFAC, São Paulo, 1999.

SANTOS; F. P.; WEBER, R.; FORTES, B. C.; PIGNATARI, S.; SHIZUE, N. Short and long term impact of adenotonsillectomy on the immune system. **Braz. j. otorhinolaryngol.** São Paulo, v.79, n.1, p. 28-34, 2013

SARMENTO JUNIOR, K. M. A.; TOMITA, S; KOS, A. O. A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Rev Bras Otorrinolaringol.** v.71 n.3 p. 256-62, 2005.

SILVA, V. C.; LEITE A. J. M. Qualidade de vida em crianças com distúrbios obstrutivos do sono: avaliação pelo OSA-18. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo. v. 72, n. 6, p. 747-756, 2006.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo. **Physis.** Rio de Janeiro., v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

T-PING, C.; WECKX, L. L. M. Atendimento otorrinolaringológico do Sistema Único de Saúde de crianças e adolescentes em três municípios brasileiros. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 74, n. 4, p. 571-578, 2008.

VIEIRA F. M. J.; DINIZ F. L.; FIGUEIREDO C. R.; WECKX, L. L. M.. Hemorragia na adenoidectomia e/ou amigdalectomia: estudo de 359 casos. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 69, n.3, p. 338-341, 2003.

VILELLA, B. S.; VILELLA, O. V.; KOCH, H. A. Growth of the nasopharynx and adenoidal development in Brazilian subjects. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 70-75, 2006

WIJKMANN, V.; PRADO, F. A. P.; CANIELLO, M.; DI FRANCESCO, R. C., MIZIARA, I. D. Complicações pós-operatórias em tonsilectomias. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v, 70, n. 4, p. 464-468, 2004.

WINDFUHR, J. P.; CHEN, Y. S.; PROST, E. J.; GULDNER, C. The

effectof dexamethasone on post-tonsillectomy nausea, vomiting and bleeding. **Braz. J. Otorhinolaryngol**, São Paulo, v.77, n.3, p. 373-379, 2011.

ZAITTER W. M.; **Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR)**, [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo; São Paulo, 86p. 2009.

APÊNDICE I – Roteiro de entrevista semi-estruturada: Médico Otorrinolaringologista

MÉDICO – OTORRINOLARINGOLOGISTA

Nome:

Idade:

Sexo:

Quanto tempo de atuação no SUS:

ENTREVISTA

Data:

Horário:

Local:

1. Como as crianças chegam até você?
2. Qual a primeira conduta médica após queixa de adenoide/amígdala?
3. Quais os medicamentos mais indicados para esses pacientes?
4. Quais os procedimentos realizados para se concluir que a cirurgia é a melhor opção?
5. Quais os critérios utilizados para diagnóstico e encaminhamento para cirurgia?
6. Quais os procedimentos realizados pré cirúrgicos? (pós não se aplica)
7. Quais as dúvidas e medos mais frequentes das famílias e das crianças?
8. Como é a tomada de decisão da família, existe resistência?
9. Qual sua visão sobre a cirurgia?

APÊNDICE II - Planilha: Perfil de pacientes submetidos a adenoidectomia e/ou amígdalectomia

