

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA CIRURGIA
BARIÁTRICA EM GUARULHOS.**

REINALDO TRINDADE

São Paulo – SP

2018

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA CIRURGIA
BARIÁTRICA EM GUARULHOS.**

Reinaldo Trindade

Dissertação apresentada ao
Programa de Mestrado
Profissional em Saúde Coletiva do
Instituto de Saúde da Secretaria de
Estado de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

São Paulo – SP

2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA CIRURGIA
BARIÁTRICA EM GUARULHOS.**

Reinaldo Trindade

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientador: Prof^o. Dr. José da Rocha
Carvalho

São Paulo – SP

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Trindade, Reinaldo

Avaliação da implementação da linha de cuidado para cirurgia bariátrica em Guarulhos/Reinaldo Trindade. São Paulo, 2018. 81p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde
Orientador: José da Rocha Carvalheiro

1.Cirurgia Bariátrica 2.Obesidade 3.Avaliação 4. Doenças Crônicas 5. SUS
I.Título.

1.Saúde Pública 2. Capitalismo 3.Economia da Saúde/ legislação & jurisprudência 4. Sistema Único de Saúde/economia 5. Financiamento em Saúde
I.Título. II. Série.

Dedicatória:

“Dedico a concretização deste sonho a DEUS, à minha esposa Priscila e meu filho Matheus que sempre foram a razão das minhas vitórias”

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Dr. José da Rocha Carvalheiro, pela inspiração e ensinamentos.

*Ao Profa. Dra. Tereza Etsuko da Costa Rosa pela paciência e por todos os ensinamentos
recebidos.*

*A todos os professores, companheiros de mestrado, funcionários e colaboradores do Instituto
de Saúde, pelo apoio e dedicação ao projeto.*

*Aos amigos e lideranças da Secretaria de Saúde de Guarulhos, pelo incentivo, inspiração e
apoio ao longo de toda a minha trajetória profissional do SUS.*

À minha família, que sempre me apoiou e entendeu minhas ausências.

E a todos que torceram para que eu concluísse mais este ciclo de minha vida.

*A sabedoria é a coisa principal,
adquire pois a sabedoria,
sim, com tudo o que possuis adquire o entendimento,
com a sabedoria se edifica a casa,
e com o entendimento ela se estabelece,
porque melhor é a sabedoria do que as jóias,
e de tudo o que se deseja nada se pode comparar a ela.*

Bíblia- livro de Provérbios 4.7; 8.11; 24.3

TRINDADE, R. Avaliação da Implementação da Linha de Cuidado para Cirurgia Bariátrica. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP, São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

RESUMO

O panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado como um grande desafio para a saúde pública. Neste cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no país em todas as fases do curso da vida. A complexidade do perfil nutricional que se desenha na atualidade revela a importância de um modelo de atenção à saúde que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas relativas ao padrão nutricional vigente. A linha de cuidado para atenção às pessoas com Obesidade (LCO) foi instituída no município de Guarulhos-SP em novembro de 2015. Diante do exposto a proposta do presente projeto foi avaliar a implementação da linha de cuidado da obesidade em Guarulhos, onde através deste estudo preliminar, possa dar subsídios para estudos de pesquisas avaliativas mais completos. O período de abrangência deste estudo se deu entre os anos de 2016 a 2017. Foi realizado através de Pesquisa Avaliativa. Foi utilizada a figura do “Traçador”, onde neste estudo foi a utilização da “fila de espera gerada para encaminhamento a cirurgia bariátrica”, como condição marcadora (traçador). Para tanto foi estudada a fila de espera do mês de maio de 2017 do Complexo Regulador Municipal de todos os processos de encaminhamentos de pessoas com indicação de cirurgia bariátrica.

Baseados nesse pressuposto, para avaliação, foram definidos indicadores de estrutura, processo e resultado, baseados na clássica tríade de Donabedian. Identificou-se a partir das análises destes indicadores as conformidades e não conformidades da LCO no âmbito municipal. Estes indicadores apontaram para desigualdades no acesso e qualidade. Esses resultados foram submetidos ao grupo condutor da LCO para análise das conformidades, não conformidades e um sumário executivo inicial.

Consideramos como oportuna utilizar a abordagem participativa, por meio da discussão e reflexão com os diversos participantes do programa ou serviço sobre os principais problemas e prioridades através destas análises. Neste processo buscou-se o enfoque do planejamento estratégico situacional incorporando o ponto de vista dos diversos atores envolvidos na LCO, buscou-se não somente diagnosticar problemas e buscar soluções, mas também, de identificar oportunidades para a melhoria dos serviços. Finalmente, conjuntamente com este colegiado foi concluída a proposta do sumário executivo final.

Descritores: Cirurgia Bariátrica, Obesidade, Doenças Crônicas e SUS.

TRINDADE, R. Evaluation of the Implementation of the Obesity Care Line in Guarulhos, municipality of greater São Paulo and its insertion in the Regional Plan (of Alto Tietê), state of

São Paulo. [Masters dissertation]. Professional Master's Program in Collective Health of CRH / SES-SP, São Paulo: Secretary of State for Health; 2016.

ABSTRAT

The present study consisted in evaluating a public health policy, aimed at the prevention and treatment of obesity. The global and Brazilian panorama of noncommunicable chronic diseases has proved to be a great challenge for public health. In this epidemiological scenario of the group of chronic non-communicable diseases, obesity stands out because it is simultaneously a disease and a risk factor for other diseases of this group, such as hypertension and diabetes, also with prevalence rates in the country in all elevations the stages of the course of life. The complexity of the current nutritional profile reveals the importance of a health care model that definitively incorporates actions to promote health, prevention and treatment of chronic noncommunicable diseases. The line of care for people with Obesity (LCO) was instituted in the city of Guarulhos-SP in November 2015. Therefore, in view of the above, the proposal of this project was to evaluate the implementation of the obesity care line in Guarulhos, where through this preliminary study, can provide subsidies for more complete evaluative research studies. The period covered by this study took place between 2016 and 2017. It was carried out through Evaluative Research. The "Tracer" figure was used, where in this study the use of "referral to bariatric surgery" was used as a marker condition (tracer). For this purpose, the May 2017 queue of the Municipal Regulatory Complex was studied for all referral procedures for people with an indication of bariatric surgery.

Based on this assumption, for evaluation, indicators of structure, process and result were established, based on the classic Donabedian triad. It was identified from the analyzes of these indicators the conformities and nonconformities of the LCO in the municipal scope. These indicators pointed to inequalities in access and quality. These results were submitted to the LCO conducting group for compliance analysis, nonconformities and an initial executive summary. We consider this participatory approach to be timely in the study, through the discussion and reflection with the various participants of the program or service on the main problems and priorities through these analyzes. In this process, the focus was on situational strategic planning incorporating the point of view of the various actors involved in the LCO, not only to diagnose problems and seek solutions, but also to identify opportunities for improvement of services. Finally, together with this collegiate, the proposal of the final executive summary was concluded.

Descriptors: Bariatric Surgery, Obesity, Chronic Diseases e SUS.

Lista de abreviaturas e siglas

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

IMC – Índice de Massa Corpórea
LC – Linha de Cuidado
LCO – Linha de Cuidado da Obesidade
MS – Ministério da Saúde
NHS – National Health Service
OPM – Órteses, próteses e materiais especiais
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS- Política Nacional de Promoção da Saúde
RAPDC- Rede de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas
RAS- Redes de Atenção à Saúde
RRAS-2- Rede Regional de Atenção a Saúde do Alto Tietê
SUS- Sistema Único de Saúde
SVS- Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS- Unidade Básica de Saúde
VIGITEL - Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por intermédio de entrevistas telefônicas
WHO - World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)
CROSS - Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
OMS - Organização Mundial da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
RMSP - Região Metropolitana de São Paulo
DRS-1- Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo
DAIS- Departamento de Assistência Integral a Saúde
SISREG- Sistema de Regulação Ambulatorial
SIH- Sistema de Informação Hospitalar
CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SMS- Secretaria Municipal de Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
APS - Atenção Primária a Saúde
IMC- Índice de Massa Corpórea

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, TABELAS E QUADROS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, TABELAS E QUADROS

Figura 1 – Fluxo de encaminhamento de sobre peso e obesidade, a LCO de Guarulhos.

Figura 2 – Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde – Agosto, 2011.

Figura 3 – Região Metropolitana.

Figura 4 – Municípios da RRAS-2.

Figura 5 – Município de Guarulhos.

Figura 6 - Documentos Padrão Ouro.

Tabela 1. Distribuição da fila de espera para cirurgia bariátrica do mês de maio de 2017, segundo:IMC, Sexo,Idade e Comorbidades associadas.

Tabela 2. Distribuições do total de cirurgias bariátricas realizadas por Hospital de ocorrência, residentes de Guarulhos nos anos 2010 a 2017*.

Tabela 3. Distribuições do total de cirurgias bariátricas realizadas por procedimento cirúrgico e código de procedimento para residentes de Guarulhos nos anos 2010 a 2017*.

Tabela 4. Distribuição do número e percentual das unidades de saúde de Guarulhos que solicitaram cirurgia bariátrica dos anos de 2014 a 2017, divididos em período pré e pós implantação da LCO inseridos no SISREG-Guarulhos.

Tabela 5. Número e percentual (total, pré e pós implantação da LCO) das solicitações de cirurgia bariátrica de acordo com as variáveis da Atenção Básica de acompanhamento pela UBS, consulta médica na UBS, consulta de enfermagem na UBS e participação de grupos educativos na UBS e variáveis Atenção Especializada de acompanhamento e consultas médicas no centro especializado ambulatorial, listados em “não e sim ”.

Quadro 1. Distribuição das informações do Indicador de Estrutura: recursos físicos, recursos humanos e capacitações nas dimensões conforme, parcialmente conforme e não conformidades com as Portarias 424 e 425 (BRASIL 2013d, BRASIL 2013e).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
-------------------	----

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Políticas públicas no controle e prevenção das doenças crônicas.....	17
1.2 Descrição da LCO em Guarulhos.....	21
1.3 Avaliação em Saúde.....	22
2 JUSTIFICATIVA.....	25
3 OBJETIVOS.....	26
3.1 Objetivo Geral.....	26
3.2 Objetivos Específicos.....	26
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 Delineamento do Estudo.....	27
4.2 Cenário do Estudo.....	27
4.3 Etapas do Estudo.....	27
4.4 Modelo Teórico.....	29
4.5 Coleta de Dados.....	30
4.6 Análise dos Dados.....	30
4.7 Aspectos Éticos.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1 Caracterização do Município de Guarulhos.....	32
5.1.1 Região Metropolitana de São Paulo -RMSP.....	32
5.1.2 Região de Saúde do Alto Tietê - RRAS-2.....	33
5.1.3 Município de Guarulhos.....	34
5.2 Caracterização da Fila de Espera.....	36
5.3 Análise dos Indicadores.....	39
5.3.1 Indicadores de Resultados.....	39
5.3.2 Indicadores de Estrutura.....	43
5.3.3 Indicadores de Processo.....	45
5.3.4 Apresentação dos Resultados ao Grupo Condutor Municipal.....	50
5.3.5 Encaminhamentos.....	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
8 ANEXOS.....	65
8.1 Anexo I - Portaria 424.....	65
8.2 Anexo II - Portaria 425.....	70
8.3 Anexo III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	78

8.4 Anexo IV - Parecer Consustanciando- CEP	80
---	----

APRESENTAÇÃO

Gostaria de destacar que minha trajetória no Sistema Único de Saúde (SUS) foi iniciada no Município de Guarulhos no ano de 2006 onde estou até o presente momento. Tive a oportunidade de atuar em todos os pontos de atenção, tanto na Assistência como na Gestão. Abaixo segue um breve resumo dessa trajetória no SUS de Guarulhos.

Desde agosto de 2013, até o presente momento respondo como Gestor da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, atuo simultaneamente na coordenação do grupo condutor municipal e regional (Guarulhos está inserido na Região do Alto Tietê).

Atuei também como Articulador da Atenção Básica, vinculado à Coordenação da Atenção Básica, no período compreendido entre 06/2011 a 09/2013, apoiando 13 equipes da Estratégia da Saúde da Família na organização do processo de trabalho, territorialização e indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Atuei como Gerente da Unidade de Pronto Atendimento Alvorada e na implantação da Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque Alvorada, de 05/2010 a 06/2011.

Destaco a atuação na Equipe Técnica da Supervisão de Saúde Dutra - Trabalhadores, tendo sido referência técnica de Enfermagem, entre 05/2008 a 05/2010; e responsável pelo Projeto Prioritário Viver Bem (Saúde do Adulto e Idoso).

Particpei como Membro da Comissão Municipal de construção da Política Municipal à Pessoa Idosa do Município de Guarulhos e um dos representantes do Município na Câmara Técnica de construção da política Estadual a Pessoa Idosa organizada pela Secretaria Estadual de Saúde até 05/2010.

Não menos importante atuei na assistência como Enfermeiro da Unidade Básica de Saúde Taboão, entre 10/2006 a 05/2008, e na Unidade de Internação de Clínica Geral do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos pela Secretaria Estadual da Saúde (vínculo estadual) no período de 02/2010 a 10/2012.

Minha motivação no presente projeto é que acredito que, embora um investigador externo possa dar conta da grande complexidade do SUS, não há ninguém melhor do que trabalhadores dos serviços com sua prática cotidiana para refletir sobre eles.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo procura avaliar um programa de saúde, voltada para a prevenção e tratamento da obesidade.

O panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado como um grande desafio para a saúde pública. A complexidade do perfil nutricional que se desenha na atualidade revela a importância de um modelo de atenção à saúde que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

As doenças crônicas compõem um conjunto de condições relacionadas a múltiplas causas. São caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve duras (intermediárias) e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (PASSOS et al., 2006 e ZAITUNE et al., 2006).

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. São responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

Além dos problemas sociais, ressalta-se o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País. Este está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo no trabalho, das aposentadorias precoces e da morte da população economicamente ativa. (IBGE, 2010).

Neste cenário epidemiológico, do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no país em todas as fases do curso da vida.

A obesidade é uma doença crônica, grave, de custos elevados, que pode ser definida pelo excesso de gordura corporal sob a forma de tecido adiposo, que causa prejuízos à saúde do indivíduo. Trata-se de uma doença multifatorial, na qual, além dos fatores nutricionais, principalmente os hábitos alimentares inadequados, a inatividade física, os aspectos genéticos,

metabólicos, psicossociais, culturais, entre outros, atuam em sua origem e manutenção (BUENO et al., 2001; OLIVEIRA e PINTO, 2009).

O indicador aceito universalmente de referência de medida e classificação da obesidade é o índice de massa corpórea (IMC) proposto por Quetelet, em 1835 e adotado em 1997 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O IMC é expresso pelo peso em quilogramas do indivíduo dividido pelo quadrado da altura em metros. A OMS divide a obesidade em três níveis, sendo grau I com IMC entre 30 e 34,9 Kg/m², grau II entre 35 e 39,9 Kg/m² e grau III ou obesidade mórbida com IMC acima de 40 Kg/m².

A classificação aceita pela Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e pela Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade divide a obesidade em seis níveis: obesidade pequena (27 a 30 Kg/m²), obesidade moderada (30 a 35 Kg/m²), obesidade grave (35 a 40 Kg/m²), obesidade mórbida (40 a 50 Kg/m²), superobesidade (50 a 60 Kg/m²) e supersuperobesidade (maior de 60 Kg/m²).

As prevalências de sobrepeso (IMC \geq 25 e \leq 29,9) e obesidade cresceram de maneira alarmante em todo o mundo nos últimos 30 anos. Analistas do tradicional National Health Service (NHS), sistema público de saúde do Reino Unido, consideram a obesidade seu principal problema atual (ANTIPATIS e GILL, 2001; CIPFA, 2011). A obesidade mórbida é considerada uma doença epidêmica mundial, destacando-se como um problema de saúde pública.

Segundo o Vigitel 2014 (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por intermédio de entrevistas telefônicas), implantado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) e realizado em 2014, aproximadamente 52,5% da população brasileira das capitais (com 18 anos e mais) apresenta sobrepeso, sendo esta taxa de 49,1 % para o sexo feminino e de 56,5 % para o sexo masculino. A obesidade (IMC $>$ 30) foi encontrada em 17,9 % da população brasileira, sendo 18,2 % nas mulheres e 17,6 % em homens adultos (BRASIL, 2015).

O impacto da obesidade na mortalidade por doença cardiovascular e no aumento de doenças, é imenso, com repercussões sociais e econômicas. Responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países. Associa-se de forma direta ao diabetes, como também a hipertensão arterial e ao colesterol elevado, fatores de risco para a doença coronária e câncer. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998, 2006) estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama.

Entre repercussões econômicas secundárias da obesidade, os analistas do Reino Unido assinalam que o mercado se adaptou aumentando o tamanho das poltronas dos cinemas, móveis de escritório, camas de hospital, escadas e até mesmo o comprimento de agulhas hipodérmicas (CIPFA, 2011).

É importante destacar que o estilo de vida da sociedade atual tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral, não é favorável à saúde da população e neste contexto a prevenção e o tratamento da obesidade configuram-se como grandes desafios.

Esta doença é caracterizada por ser multifatorial, de origem genética e metabólica, agravada pela exposição a fenômenos ambientais, culturais, sociais e econômicos, associados a fatores demográficos (sexo, idade, raça) e ao sedentarismo (PUGLIA, 2004).

A obesidade deve ser tratada inicialmente clinicamente e cada indivíduo deve ser avaliado por uma equipe multiprofissional.

Importante destacar que uma abordagem multiprofissional pode contribuir, de maneira substancial, para a redução da adiposidade, com efeitos benéficos sobre os aspectos de integração social e de auto percepção física (DAMASO et al., 2006). No entanto, deve-se salientar que, apesar de todos os benefícios, é indispensável que o participante adote uma postura ativa frente ao problema, tendo em vista que o sucesso do tratamento está fortemente associado à prontidão para mudanças no estilo de vida, ou seja, prática regular de atividade física e alimentação balanceada (FARIAS, 2005; MELLO et al., 2009).

Por outro lado, SEIDELL (2003), em sua revisão da literatura da área, demonstrou a falta de sucesso no tratamento da obesidade a longo prazo, com exceção da cirurgia bariátrica.

Para GARRIDO a obesidade mórbida é reconhecida como condição grave e que se inclui na esfera cirúrgica, porque essa situação implica na piora da qualidade de vida, dada a alta frequência de morbidade associada, redução da expectativa da vida; altíssima probabilidade de fracasso dos tratamentos conservadores (perda de peso insuficiente e recidivas), baseados na utilização de dietas, medicamentos, psicoterapia e exercícios físicos.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, as indicações para o tratamento operatório da obesidade, são as seguintes:

1. Portadores de obesidade mórbida com IMC maior ou igual a 40 Kg/m² registrado durante pelo menos dois anos. Devem apresentar insucesso em tratamentos conservadores realizados continuamente, de maneira séria e correta, também pelo período mínimo de dois anos;
2. Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 Kg/m², portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade.

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTROLE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS

A Gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de micro gestão, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; segura, eficiente, com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

Possui em seu escopo os Protocolos, Linha de Cuidado, Gestão das Condições de Saúde, Gestão do Caso, Auditoria Clínica e Lista de espera (MENDES, 2011).

Diante da grande complexidade da Obesidade, há a necessidade de intervir com programas que dialoguem com ações de promoção e proteção da alimentação adequada e saudável; educação alimentar e nutricional; controle e a regulação de alimentos nos serviços de saúde, incentivo a atividade física e publicação de materiais de apoio para ações em todas as fases da vida e educação permanente com vistas ao fortalecimento da gestão da clínica (BRASIL, 2013a).

É importante salientar a necessidade de identificação e pactuação das ações por todos os atores envolvidos, para que todas as modalidades assistenciais definidas para o cuidado sejam garantidas para os usuários do Sistema.

E é nesse contexto e cenário que o Ministério da Saúde elaborou um plano de ação para garantia da integralidade, na forma de linhas de cuidado (LC). Nesse aspecto, o conceito de linhas de cuidado empregado é aquele definido pelo Ministério da Saúde em 2008:

Linhas de cuidado constituem-se em políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida (BRASIL, 2008).

Há de considerar o que outros autores discorrem sobre a definição de linha de cuidado. Para CECÍLIO (1997), LC é entendida como a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, nos quais está associada a imagem de um fluxo de produção e assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades, partindo da missão institucional do estabelecimento/serviço de saúde, provendo mecanismos que garantam o cuidado.

Portanto, para caminhar na LC, ordena-se tanto o processo de trabalho em saúde, quanto demandas de organização do sistema de saúde e suas interfaces (MERHY e CECÍLIO, 2003).

Para MALTA e MERHY (2010), a LC é alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas pelos usuários durante seu percurso nos vários serviços, com início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência, a partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros.

Segundo MENDES (2011), LC tem o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizada de modo a normatizar todo o processo, em todos os pontos de atenção, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, obedecendo à ação coordenadora da atenção primária à saúde.

É essencial que as linhas de cuidado se desenvolvam por graus de risco, o que necessariamente envolve a estratificação dos riscos e que se normatizem as ações referentes a cada estrato singular.

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. O modelo de atenção à saúde vigente é fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, e tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros relacionados à Obesidade.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos 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 (MENDES, 2009).

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Ressalta-se que a importância da construção de redes se dá, entre outros, pelo aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, pelo maior potencial de avanços na integralidade e na construção de vínculos e pelos custos crescentes no tratamento das doenças (SILVA 2011, BRASIL 2013a).

O Decreto nº 7.508, reafirma a importância da construção das RAS no contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde, a fim de constituir malhas que interconectem e integrem os diversos pontos de atenção à saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o cuidado e promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Na busca de superar os imensos desafios desenhados o Ministério da Saúde elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Este visa deter nos próximos dez anos (2011 a 2021) as DCNT, para isso tem como principais ações promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção, o controle e o cuidado integral e seus fatores de risco (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013a).

Há de se destacar diversas ações e publicações do Ministério da Saúde na busca de superar os desafios já citados, dentre eles com destaque para:

- Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que prioriza ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool. (BRASIL, 2006a).
- Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS, criado em abril de 2011, que traz entre seus objetivos principais a promoção de atividade física, com meta de expansão para 4 mil municípios até 2015 (BRASIL, 2011b).
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que traz entre seus objetivos principais a promoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis e incentivo à prática de atividades físicas. Ressaltar também as recentes ações: continuidade ao incentivo ao aleitamento materno com a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; o Guia Alimentar para a População Brasileira, importante marco que fortalece os pactos e termos de compromissos entre o Ministério da Saúde e associações representativas do setor produtivo que traz, entre seus objetivos, a redução das quantidades de açúcar, gorduras e sódio nos alimentos processados (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2013b).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT trabalha a abordagem a quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum e modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) (BRASIL, 2011a).

Correspondendo ao terceiro eixo deste plano, é instituída, através da Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC) (BRASIL, 2013c).

A Portaria n° 483 redefine a RAPDC com critérios para implantação e financiamento para as linhas de cuidado prioritárias, sendo, a Obesidade a primeira delas (BRASIL, 2014b).

Em 19 de março de 2013 acontece a publicação pelo Ministério da Saúde das Portarias n° 424 e 425. A primeira traz a redefinição da organização do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da RAPDC, trazendo principalmente em seus Artigos as diretrizes para a organização a partir da estratificação de risco da população adstrita; atribuições gerais dos pontos de atenção à saúde do SUS definidos a partir da classificação do estado nutricional do indivíduo segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos; mecanismos e condições de financiamento das ações e serviços e a necessidade de constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção, bem como a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes Atenção Especializada (Ambulatorial Especializado e Hospitalar) e Sistemas de Apoio (BRASIL, 2013d e BRASIL, 2013e).

A segunda portaria citada (425) traz o regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica; normas de credenciamento/habilitação para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade; relação dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais (OPM) do SUS (BRASIL, 2013e).

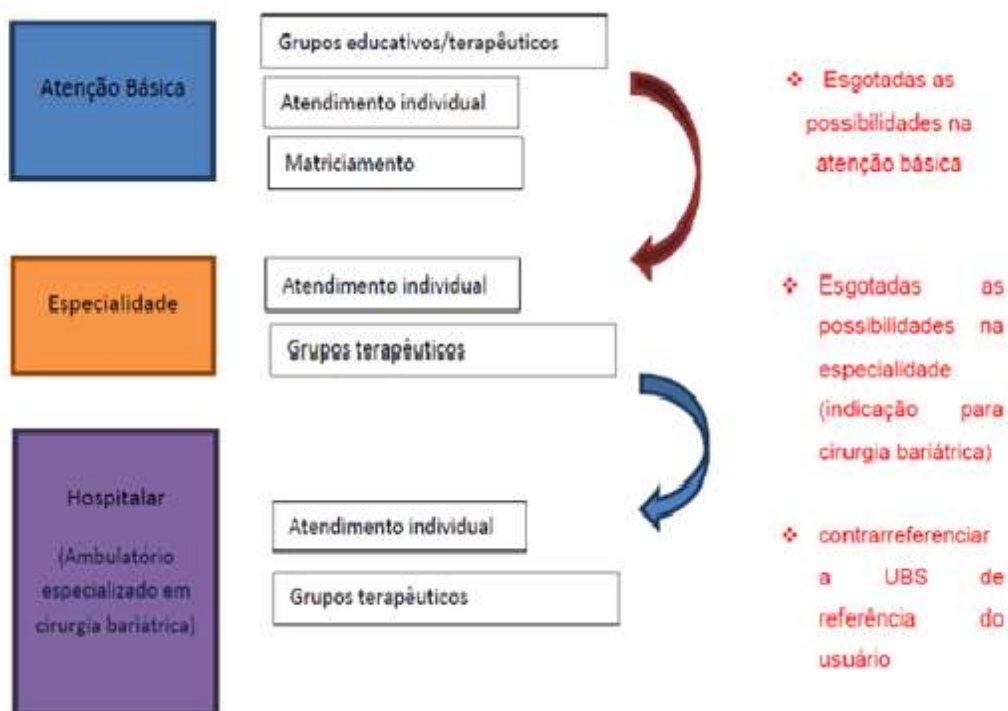
Esse serviço precisa oferecer: assistência diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade; devem estar inseridos na organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na RAPDC; estabelecer em conjunto com seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contra referência; participar no desenvolvimento profissional em parceria com o gestor local do SUS, induzindo à formação e à qualificação para atenção ao obeso, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS.

1.2 DESCRIÇÃO DA LCO EM GUARULHOS

A linha de cuidado para atenção às pessoas com Obesidade foi instituída no município de Guarulhos-SP em novembro de 2015. Teve como disparador a configuração da Linha de Cuidado Regional com a indicação de serviço de referência de Alta Complexidade (cirurgia bariátrica). Foi inicialmente realizado um estudo da lista de espera gerada pelos encaminhamentos agendados pela Atenção Básica na Central de Regulação Municipal para Cirurgia Bariátrica em março de 2015. Essas solicitações estavam represadas pela ausência de protocolos e referência hospitalar. Segundo MENDES (2009) a lista de espera implica a utilização de critérios de riscos no acesso aos serviços de saúde.

É importante destacar que após o estudo e a definição das linhas de cuidado para a obesidade a próxima etapa da construção, foi a determinação das responsabilidades (figura 1) de cada ponto de atenção, para sua execução.

Figura 1 – Fluxo de encaminhamento de sobre peso e obesidade, a LCO de Guarulhos.



Fonte: LCO, SMS de Guarulhos, 2015, pag. 18 (LCO, 2015).

Durante o processo de implantação foi definida a composição profissional de cada ponto de atenção a LCO:

Atenção Básica: Equipe Multiprofissional das UBS com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF);

Ambulatório de Especialidade: Ambulatórios Municipais, Profissionais: Endocrinologista, Fisioterapeuta, Nutricionista, Enfermeiro, Assistente Social e Psicólogo;
 Hospitalar: Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos Dr. Osiris Florindo Coelho. Equipe Multiprofissional.

A referência hospitalar foi definida pela Secretaria Estadual da Saúde, foi incluída na Linha de Cuidado Regional do Alto Tietê, com proposta de habilitação de acordo com a Portaria 425. As vagas são ofertadas pelo CROSS Sistema de Regulação Estadual.

1.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Segundo TANAKA e MELO (2001), avaliação pode ser definida como um processo técnico administrativo e político, de julgamento de valor ou do mérito de algo, para subsidiar a tomada de decisão no cotidiano. É um modo de contribuir com a compreensão de determinado fenômeno, num determinado contexto. Tem como propósitos: produzir informações capazes de apoiar uma intervenção de forma oportuna, visando a ajustar a direcionalidade e a velocidade da intervenção; corrigir o funcionamento e ou decidir sobre a continuidade ou fim, do serviço ou programa. É, portanto, um importante instrumento de gestão e deve ser assumida no cotidiano da gestão e da operação dos serviços, dos programas e das ações de saúde. Pode ser realizada por um avaliador interno, envolvido diretamente com o objeto da avaliação e um dos que participam do processo de tomada de decisão. Para evitar ou reduzir a ingerência do avaliador interno na emissão de juízo de valor é preciso que os parâmetros assumidos sejam validados internamente por todos os avaliadores e por todos os interessados na avaliação.

Vários outros autores colaboram em seus estudos sobre a valorização, importância da avaliação para instituições e programas em saúde, dentre eles destacamos:

CONTANDRIOPOULOS (2000) traz o alerta que para afastar as possíveis distorções no processo de avaliação, o processo deve ser participativo, democrático e não hierarquizado.

MINAYO (2006, 2010 e 2011) considera os novos e complexos contextos da sociedade atual, em que a velocidade do fluxo de informações, a economia de escala e a focalização de ações enfatizam a necessidade de tomada de decisão sobre o uso dos recursos – onde, quanto e em que investir.

HARTZ (1997) apresenta a necessidade de entender que os objetivos de uma avaliação podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns. Os objetivos de uma avaliação são de quatro tipos:

- Objetivo estratégico: auxílio no planejamento e na elaboração de uma intervenção;
- Objetivo formativo: fornecer informação para melhorar uma intervenção;
- Objetivo somativo: determinar os efeitos de uma intervenção, dando subsídios para a decisão de sua manutenção, transformação ou interrupção;
- Objetivo fundamental: trazer contribuições para o saber e elaboração teórica.

As práticas que têm sido mais frequentemente objeto de avaliação são aquelas resultantes da ação social planejada, tais como políticas, programas e serviços de saúde, sendo política de saúde entendida como conjunto de medidas tomadas pelo Estado, incluindo normas, diretrizes e programas refletidos em ações, orientações e investimentos, para fazer frente aos problemas de saúde apresentados pela população (PAIM e TEIXEIRA, 2006).

Para NOVAES e CARVALHEIRO (2007) há necessidade da avaliação em saúde com vistas à expansão e melhoria do acesso.

Os Resultados de um estudo desta natureza podem ser apropriados no âmbito do espaço institucional em que foi definido e executado. Depende da obediência ao “postulado de coerência” e de circunstâncias em que se expressam os poderes: técnico, administrativo e político, na feliz concepção de Mário Testa (TESTA, 1992). Segundo o mesmo autor, embora um investigador externo possa dar conta desses meandros complexos, ninguém melhor do que trabalhadores dos serviços para refletir sobre eles, sendo necessária a inclusão do poder (técnico, administrativo ou político) como elemento essencial na análise.

Para subsidiar o presente trabalho e desenhar o processo de avaliação, adotamos o referencial sistêmico de Avedis Donabedian. Este pesquisador se destaca no contexto mundial a partir da década de 60 com a sistematização da avaliação e controle da qualidade dos serviços de saúde e do cuidado. A avaliação, com a construção de indicadores com os enfoques na estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 2001).

Esses indicadores propõem um modelo integrativo com avaliação das relações entre a qualidade do cuidado, o estado de saúde e os gastos de recursos. Resgata e analisa os elementos constitutivos das estruturas institucionais, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada (REIS et al., 1990; DONABEDIAN, 1997; LIMA e KURGANCT, 2009).

Para Donabedian avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados. O conceito que melhor se refere à qualidade no setor de saúde, vincula a relação entre benefícios obtidos, diminuição de risco e custo para a obtenção de um elevado padrão de assistência e satisfação do paciente. A partir da

interação entre o cliente e o profissional da saúde, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

Para DONABEDIAN (1980) a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: desempenho técnico, com a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; e relacionamento pessoal, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes.

É importante destacar outro instrumento auxiliar utilizados para avaliação em saúde, que é a figura do “Traçador”. Este método se tornou muito utilizado por Kessner, onde segundo o qual têm o objetivo de avaliar a qualidade da atenção em serviços de saúde, pode se estabelecer a hipótese de que certo grupo de doenças ou agravos podem representar todo elenco de atendimentos de determinado serviço ou grupo destes (KESSNER et al.,1973; MARQUES, 2014).

Este estudo é uma pesquisa avaliativa focada na implementação da linha de cuidado de atenção a pessoa com obesidade no Município de Guarulhos. O objeto concreto de estudo será a fila de espera para realização de cirurgia bariátrica.

Portanto, diante do exposto a proposta do presente projeto foi estabelecer junto ao grupo condutor municipal da RAPDC ações e metas para a implementação efetiva da LCO através da construção do sumário executivo final.

2 JUSTIFICATIVA

Enquanto Gestor da RAPDC, o que me deixou alarmado com a Linha de Cuidado da Obesidade (LCO) em Guarulhos foi que diante das dificuldades de sua implantação e implementação, mesmo com os avanços de ter este programa no âmbito municipal (e regional),

verifica-se a necessidade de avançar na condução desse programa tendo diversos desafios presentes, dentre os quais destacamos:

1. Obesidade é problema de saúde pública que deve ser controlado;
2. Há suficientes evidências dos prejuízos à saúde individual e social (gastos do Sistema de Saúde; gastos do sistema produtivo adaptando ambiente e etc);
3. Há no SUS a proposta de um Programa onde desde que implementado e conduzido com a previsível obediência aos pressupostos têm a expectativa de ser eficaz, eficiente e efetivo;
4. No caso de Guarulhos (e da Região do Alto Tietê), o Programa está em funcionamento, porém há falhas nos encaminhamentos pelos profissionais dos diversos pontos de atenção, pessoas fora dos critérios para a realização da cirurgia bariátrica recebem encaminhamentos, já tendo sido gerada uma fila de espera significativa;
5. Destacamos também o baixo número de profissionais nutricionistas, educadores físicos;
6. Guarulhos não têm em seu território um hospital que realize a cirurgia bariátrica;
7. O hospital de referência regional para realização de cirurgia bariátrica fica município de Ferraz de Vasconcelos, possui diversas portas de entrada, além da estabelecida pelo CROSS e também critérios de inclusão e tratamento diferentes da portaria 425; destacamos também as barreiras geográficas para os residentes de Guarulhos se locomoverem até ele;
8. Trata-se, NESTE PROJETO, de avaliar em que situação se encontra a condução do Programa;
9. Para tanto, consideramos como referência a classificação de Zulmira Hartz; assumimos como ultrapassado o momento de Análise Estratégica, na medida em que estamos conduzindo um Programa Oficial do SUS;
10. Neste estudo nos ancoramos na Análise do andamento da condução do Programa, situando-nos parcialmente na Análise Normativa (HARTZ, 1997) e ampliando nossas reflexões de alguma forma para algo parecido com a Análise da Intervenção.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implementação da Linha de Cuidado de Atenção às Pessoas com Obesidade no Município de Guarulhos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o município de Guarulhos.
- Caracterizar as pessoas da fila de espera com indicação de cirurgia bariátrica, do ponto de vista demográfico e nutricional.
- Elaborar indicadores de estrutura, processo e resultados envolvidos na LCO.
- Identificar as conformidades e não conformidades da LCO no âmbito municipal.
- Submeter ao grupo condutor da LCO a análise das conformidades e não conformidades.
- Submeter ao grupo condutor da LCO a proposta de um sumário executivo.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, onde foram utilizados dados secundários da fila de espera no período de maio de 2017 de pacientes com indicação para cirurgia bariátrica do município de Guarulhos.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Guarulhos

4.3 ETAPAS DO ESTUDO

Primeira Fase: Construção de indicadores com dados secundários

Nesta etapa aconteceu o levantamento dos dados secundários necessários para a construção dos indicadores, a saber:

- dados secundários da fila de espera de pacientes com indicação para cirurgia bariátrica do município de Guarulhos. Como recorte foi utilizada a fila de espera do mês de maio de 2017.
- informações dos profissionais presentes nas capacitações com a temática da obesidade no ano de 2016, período pós implantação da LCO. Esses dados foram retirados das listas de presença das capacitações realizadas no ano de 2016.

Esses dados foram acessados pelo pesquisador dentro do próprio local de trabalho, junto aos técnicos de referência regionais das doenças crônicas, todos integrantes do Departamento de Assistência Integral a Saúde - DAIS, responsável pela atenção básica e especializada municipal e do sistema informatizado SISREG – Sistema Municipal de Regulação utilizado nos serviços de saúde do município.

Foram acessados os seguintes sistemas de informações: Sistema de Informação Hospitalar-SIH e o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde- CNES para a busca de:

- número, local e período de pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica no SUS, e por fim o CNES para busca de informações relativas a estrutura dos pontos de atenção envolvidos na LCO.

- Essas informações foram solicitadas junto ao Núcleo da Gestão da Informação da SMS de Guarulhos.

- Análise do Protocolo municipal da LCO, portarias e legislações específicas.

De posse das informações foi realizada a partir da prévia análise, principalmente das portarias (BRASIL 2013d, BRASIL 2013e) 424 e 425 (que trazem em seu conteúdo a descrição dos componentes físicos, recursos humanos atribuições de cada ponto de atenção, procedimentos necessários e parâmetros para organização da LCO) a elaboração dos indicadores.

- Como etapa final desta fase foi realizada a consolidação e categorização das informações.

Segunda Fase: análise dos indicadores e levantamento das conformidades

- Realizada a análise dos Indicadores e levantamento das conformidades e “faltas de conformidade” tendo como comparativo (padrão ouro) a LCO, Portarias 424 e 425 (BRASIL, 2013d, BRASIL 2013e).
- Foi elaborada uma proposta de sumário executivo com um conjunto de questões cujas respostas, a nosso juízo, poderiam indicar o caminho a ser seguido para efetivação da LCO; esta análise foi baseada num conjunto de indicadores de estrutura, processo e resultado das variáveis (financeiras, técnicas, administrativas e políticas) que descreveram o andamento da LCO;

Terceira Fase: Apresentação dos resultados ao Grupo Condutor Municipal

A análise dos resultados dos indicadores obtidos e a proposta de sumário executivo foram submetidos ao Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas no dia 19 de setembro. Este é um colegiado com um cronograma de reuniões mensais, que tem, entre outras, as seguintes atribuições: apoiar a organização dos processos de trabalho; elaborar, implantar e estabelecer as linhas de cuidado e protocolos clínicos; monitorar e avaliar os indicadores da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (GUARULHOS, 2013a).

Essa atividade foi em grupo, teve a duração aproximada de 120 minutos e foi dividida em três etapas:

- 1º- Os analistas (membros do grupo condutor acima) realizaram as análises dos resultados dos indicadores, das conformidades e faltas de conformidades com a LCO;
- 2º- Após foi apresentada a proposta de sumário executivo e efetuada discussão das propostas apresentadas;
- 3º- Finalmente foi elaborado pelo grupo um sumário executivo final com as ações e metas para efetivação da implementação da LCO no Município.

4.4 O MODELO TEÓRICO

Foi utilizada neste estudo a figura do “Traçador” (KESSNER et al.,1973). A utilização da “fila de espera de encaminhamentos para cirurgia bariátrica”, como condição marcadora

(traçadora), reside no fato desta metodologia racionalizar e tornar factível a avaliação das mudanças decorrentes da implantação do programa, que por sua vez reflete o sistema de assistência ao portador de obesidade.

Dessa forma assumimos como pressuposto básico que o comportamento da rede ao encaminhar uma pessoa para a realização da cirurgia bariátrica pode refletir o comportamento geral das instituições envolvidas no LCO, em seu processo de implantação e implementação.

Com base nesse pressuposto, foram definidos os indicadores para avaliação na clássica tríade de Donabedian (DONABEDIAN 1980, 1997), onde segundo ele:

- Estrutura corresponde às características estáveis dos provedores para execução dos serviços, ou seja, os recursos, tanto físicos quanto humanos: estrutura física, equipamentos e insumos, quantidade e qualificação dos profissionais e recursos financeiros disponíveis para a manutenção da infraestrutura e da tecnologia para a viabilização dos serviços.
- Processo é compreendido como a execução das atividades e da dinâmica do cuidado; estabelecimento de inter-relações entre profissionais de saúde e usuários e execução de atividades, deverá estar fortemente relacionado ao resultado para ser utilizado como estimativa da qualidade.
- Resultado é entendido como o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas do usuário com o cuidado prestado, melhora da função social e psicológica do paciente, conhecimentos adquiridos sobre a doença ou situação de saúde e as atitudes a elas relacionadas.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados visou à obtenção de informações sobre a implantação da LCO. A coleta de dados foi realizada no período de 11/06/2017 a 10/09/2017.

Os dados foram digitados e tabulados pelo pesquisador principal em bancos de dados no programa Excell.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

O plano de análise baseou-se a partir da perspectiva proposta por Donabedian (DONABEDIAN, 2001), com a construção de indicadores de processo, estrutura e resultados. Esses indicadores foram comparados com os documentos “padrão ouro” (figura2).

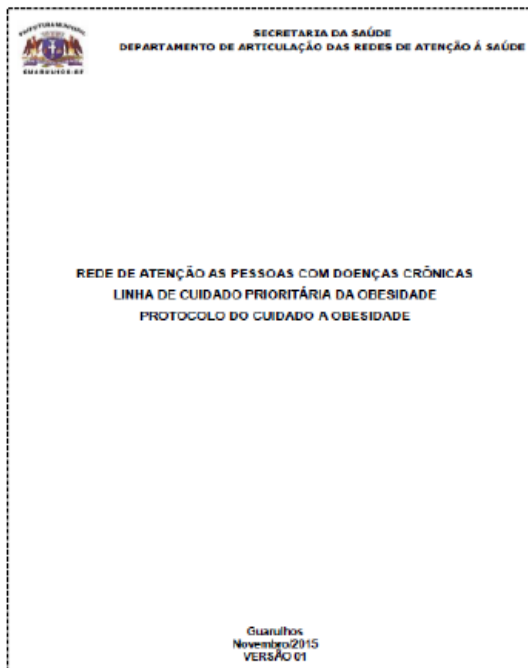
4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde Guarulhos, foi também submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo conforme Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa de número: CAAE: 66549417900005469. (Anexo 4).

Todos os participantes da reunião mensal do Grupo Condutor Municipal que avaliaram os resultados dos indicadores e a proposta do sumário executivo concordaram e assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3).

Figura 2 – Documentos Padrão Ouro

PADRÃO OURO



PORTARIA No- 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013

Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

PORTARIA No- 425, DE 19 DE MARÇO DE 2013

Estabelece regulamento técnico, normas e critério para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

O Município de Guarulhos pertence ao Estado de São Paulo, integra a Região Metropolitana e está inserido na Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 02.

No ano de 2011 foram constituídas as 17 RRAS no Estado de São Paulo, conforme demonstra a figura 3 (SÃO PAULO, 2011).

Figura 3 – Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo em agosto de 2011.



Fonte: Núcleo da Gestão da Informação, SMS de Guarulhos, outubro de 2016.

5.1.1 Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)

A RMSP possui aproximadamente 20 milhões de habitantes e é o maior centro urbano do Brasil e da América do Sul, sendo a sexta maior área urbana do mundo.

O Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo – DRS1 – atende aos limites geográficos da metrópole paulistana e agrega 39 municípios distribuídos em seis Regiões de Saúde: Região do Alto Tietê (RRAS-2), com onze municípios; Região de Franco da Rocha (RRAS-3), com cinco municípios; Região dos Mananciais (RRAS-4), com oito municípios;

Região da Rota dos Bandeirantes (RRAS-5), com sete municípios; Região do Grande ABC (RRAS-1), com sete municípios e Região de São Paulo (RRAS-6), com um município, conforme demonstra a figura 4.

Figura 4 – Região Metropolitana



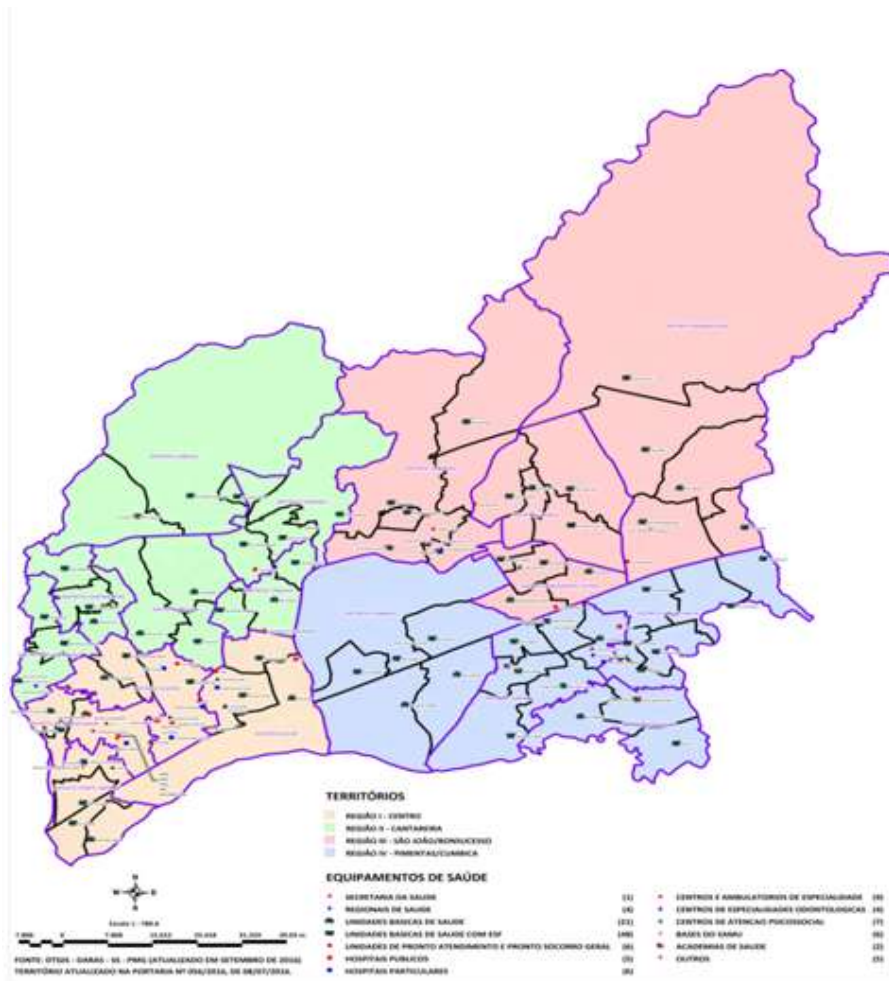
Fonte: Núcleo da Gestão da Informação, SMS de Guarulhos, out.2016.

A partir da Deliberação nº 04 de 26 de Janeiro de 2012 da Comissão Intergestores Bipartite foi aprovada a fusão da Região de Saúde Alto Tietê e da Região de Saúde de Guarulhos, nomeada de Região de Saúde do Alto Tietê.

5.1.2 Região de Saúde do Alto Tietê - RRAS-2

A RRAS-2 é formada pela Região de Saúde do Alto Tietê, sendo composta por 11 municípios: Arujá, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano, totalizando uma população de 2.660.540 habitantes (SEADE, 2010). A Região possui extensão territorial de 2.841,01 km² (IBGE, 2010) cujos territórios municipais estão destacados na figura 5.

Figura 5 – Municípios da RRAS-2.



Fonte:Núcleo da Gestão da Informação, SMS de Guarulhos, out.2016.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA FILA DE ESPERA PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Foram analisados 72 encaminhamentos para cirurgia bariátrica no SISREG Municipal. As pessoas em fila de espera para cirurgia bariátrica estão descritas e distribuídas na tabela 1 segundo as variáveis: IMC, Sexo, Idade e Comorbidades associadas. Observou ser ela composta em sua maioria por mulheres (74%). As pesquisas do VIGITEL 2014 (BRASIL, 2015) apontam o excesso de peso mais prevalente entre os homens e a frequência da obesidade semelhante entre homens e mulheres.

Diante dos números que apresentam uma significativa maioria de mulheres, traz à tona o debate sobre a menor presença de homens nos serviços de APS. A pesquisa de GOMES (2007) reforçou a idéia de outros estudos que associam a pouca procura por serviços de saúde por parte de homens a inúmeros motivos, dentre eles:

- um modelo hegemônico de masculinidade, o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfianças acerca dessa masculinidade social; a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde;
- os serviços de saúde também são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso;
- conclui, dizendo que os homens por se sentirem invulneráveis se expõem mais e acabam ficando vulneráveis. Diante das taxas masculinas, que assumem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, é fundamental pensar políticas públicas que atinjam os homens em todas as suas necessidades.

Na tabela 1, observamos também uma maior concentração de pessoas na faixa etária adulta jovem, predominando a faixa etária de 30-44 anos (54,2%). Os estudos de SILVA et al. (2010), alertam que a obesidade infantil vem crescendo mundialmente, dentre os fatores, a facilidade ao acesso a alimentos industrializados de maior valor calórico. A elevada frequência de fatores de risco cardiovascular, mesmo em indivíduos jovens, pode contribuir para uma morbimortalidade precoce deste grupo e uma sobrecarga de doenças associadas no processo de envelhecimento. Sabe-se que a obesidade é uma doença de difícil tratamento clínico pela necessidade de continuidade das mudanças comportamentais a longo prazo, portanto, torna-se fundamental que as intervenções multiprofissionais sejam iniciadas na mais tenra idade.

A variável IMC predominante (40-49) com 27 ocorrências e o IMC maior ou igual a 60 são mais prevalentes na faixa etária de 30 a 44 anos. Surpreende o fato de que 23,7% dos encaminhamentos estão sem informação do IMC. É fato que a falta de informações básicas impossibilita uma regulação clínica das solicitações. Pacientes cujo manejo clínico pode ser realizado na APS fazem a demanda ser muito maior que a oferta, e dificultam o acesso aos pacientes realmente com necessidade de tratamento em serviços especializados.

O fato da obesidade ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, é reforçado pelos resultados que apresentam estas duas doenças como comorbidades com maior frequência (tabela 1).

Surpreende o fato de que 53% estavam sem as informações sobre a existência de comorbidades associadas. O presente estudo traz como limitação não ter podido avaliar se estas faltas das informações, equivalem a não ter doenças associada.

Tabela 1. Distribuição da fila de espera para cirurgia bariátrica do mês de maio de 2017, segundo: IMC, Sexo, Idade e Comorbidades associadas.

Variável	Total		IMC – 30-39		IMC- 40-49		IMC - 50-59		IMC - ≥ 60	
	(N=72)	%	(N=08)	%	(N=27)	%	(N=17)	%	(N=06)	%
Sexo										
Feminino	53	74,0	06	75,0	23	85,0	12	70,6	05	70,6
Masculino	19	26,0	02	25,0	04	15,0	05	29,4	01	29,4
Idade (em anos)										
20-29	08	11,1	--	--	04	14,8	02	11,7	--	--
30-44	39	54,2	05	62,5	17	63,0	07	41,1	04	66,7
45-59	23	31,9	02	25,0	06	22,2	07	41,1	02	33,3
60-69	02	2,8	01	12,5	--	--	01	5,8	--	--
Comorbidades										
Hipertensão Arterial Sistêmica	27	37,5	03	--	08	--	09	--	04	--
Diabetes Mellitus	21	29,2	--	--	07	--	08	--	04	--
Hipotiroidismo	05	7	01	--	02	--	01	--	01	--
Outros	13	18	04	--	04	--	--	--	--	--

Fonte: SMS Guarulhos/ SISREG-05/17

*Nota: foram retirados das colunas IMC 27 (23,6% do total de 72) encaminhamentos que estavam sem essa informação.

5.3 ANÁLISE DOS INDICADORES

O autor Avedis estruturou um importante referencial teórico do ponto de vista sistêmico no campo da avaliação da qualidade em saúde, que reflete sobre os três principais componentes da avaliação: estrutura, processo e resultado. A análise dos recursos disponíveis, da produção da atividade e de seus resultados é verificada através da comparação de indicadores selecionados com determinados padrões esperados (DONABEDIAN, 1997). O presente estudo optou por iniciar a análise dos indicadores de resultados, já que estes se limitaram a avaliar a realização da cirurgia bariátrica como produto final. Estudos mais avançados da avaliação de resultados em cada fase da assistência talvez permitam dimensionar as diferenças entre o momento inicial e final de estudo de uma intervenção em cada ponto de atenção e o alcance de metas.

5.3.1 Indicadores de Resultados

Para DONABEDIAN (1985) há relação de qualidade com a atenção técnica referente à aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, a dimensão interpessoal da qualidade e o ambiente físico onde se realiza o processo de atenção. Porém mesmo diante das limitações desse estudo no que se refere a indicadores de resultados (tabelas 2 e 3) avaliarem se houve ou não a realização de cirurgia bariátrica, propiciaram importantes pistas sobre o andamento da LCO.

Nos resultados da tabela 2, encontramos como inconformidades a não realização de cirurgia bariátrica para os residentes de Guarulhos pelo Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, elencado como única referência regional da LCO.

Outro aspecto é que houve queda nas cirurgias após a implantação da LCO, podendo-se elencar a nosso juízo como fatores disso, em curto prazo, a falta de insumos específicos para a cirurgia nos hospitais, e a médio prazo, todos os processos de requalificação dos acessos dos hospitais decorrentes da distribuição de vagas para o CROSS e não mais internamente, como antes era realizado nestes locais.

Tabela 2. Distribuições do total de cirurgias bariátricas realizadas por Hospital de ocorrência, residentes de Guarulhos nos anos 2010 a 2017*.

Variáveis	Ano								Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Hospital									
Conjunto Hospitalar do MandaquiSão Paulo	3	4	7	6	9	8	1	2	40
Santa Casa de São Paulo Hospital Central São Paulo	0	1	2	7	9	8	6	0	33
HC da FMUSP Hospital das Clínicas São Paulo	3	2	2	4	1	3	5	1	21
Hospital são Joaquim Beneficência Portuguesa	2	1	1	3	2	0	0	0	9
Hospital Santa Marcelina São Paulo	0	0	0	1	2	0	0	3	6
Hospital São Paulo- UNIFESP	0	1	0	1	1	0	1	0	4
Hospital das Clínicas - UNICAMP de Campinas	0	0	0	0	1	2	0	0	3
Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba DJALDROVAD	0	0	0	0	0	1	2	0	3
Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos DrOsiris F. Coelho	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	8	9	12	22	25	22	15	6	119

Fonte: SIH/MS (situação das bases em 05/06/2017, referente a competência do mês de maio de 2017), *competência 2017 com informações preliminares até maio de 2018SMS-Guarulhos/NGI.

Tabela 3. Distribuições do total de cirurgias bariátricas realizadas por procedimento cirúrgico e código de procedimento para residentes de Guarulhos nos anos 2010 a 2017*.

Variáveis	Ano								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Procedimento cirúrgico realizado - código do procedimento									
Gastroplastia com derivação intestinal - 0407010173	6	7	11	20	24	22	14	6	110
Gastroplastia vertical com banda - 0407010181	2	1	1	1	0	0	0	0	5
Gastrectomia com ou sem desvio duodenal- 0407010122	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Gastrectomia vertical em manda (sleeve) - 0407010360	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Total do Ano	8	9	12	22	25	22	15	6	119

Fonte: SIH/MS (situação das bases em 05/06/2017, referente a competência do mês de maio de 2017), *competência 2017 com informações preliminares até maio de 2018SMSGuarulhos/NGI.

Na tabela 3, estão os procedimentos obrigatórios para o faturamento e monitoramento das metas utilizados na cirurgia bariátrica no SUS (BRASIL 2013d, BRASIL 2013e). Pode-se observar uma igualdade ao número total de cirurgias realizadas apresentadas na tabela 2.

Para MALTA e MEHRI (2010) é esperado um caminhar na rede de serviços, seguro e sem obstáculos. Para que isso aconteça é fundamental integrarem em rede os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, onde acesso e resolutividade são imprescindíveis. Cada serviço é um componente fundamental da integralidade do cuidado. É fundamental a adoção da LC como organizadoras do trabalho em saúde, com vinculação das equipes com a população regional em que se situam e agem.

Cabe aos gestores a organização dos serviços de saúde de forma a integrar os diversos níveis de atenção. Os gestores formais são os garantidores dos macroprocessos, definidores do planejamento e gestão da rede de serviços, insumos, regulação dos fluxos assistenciais. Quando isso não acontece, como observado nas tabelas 2 e 3, o usuário faz o seu próprio caminhar pela rede de serviços. Essa prática leva a erros, gastos desnecessários e insucesso na efetivação da LCO (MALTA e MEHRI, 2010).

Um ponto importante foi que 21 pessoas apresentadas na tabela 2 realizaram a cirurgia bariátrica após a implantação da LCO nos anos de 2016 e 2017, e como já discutido, nos hospitais que não são referências regionais para Guarulhos. Porém esta pesquisa não pode avaliar se estas pessoas já estavam com seus processos em andamento antes da configuração da LCO ou tiveram acesso a esses hospitais depois. Também não foi possível avaliar a situação os residentes de Guarulhos inseridos no Hospital de Ferraz após a implantação da LCO nos anos de 2016 e 2017, por estarem ainda em processo preparatório para o procedimento cirúrgico.

Segundo CECÍLIO (2012), podemos apontar um regime de regulação leiga, traduzido na figura do “usuário fabricante”, isso é, aquela regulação de acesso e consumo dos serviços feita pelos próprios usuários. É fundamental reconhecer que estes usuários “transgridem a regra” o tempo todo. No processo de implementação da LCO é fundamental aprender a reconhecer e conviver com os usuários reais do sistema, aliás, antes que usuários, pessoas reais, com desejos, sentidos e protagonismos. Pensamos ao construir programas de saúde que estes devam ser utilizados por pessoas dentro da “normalidade”. O usuário-fabricador é aquele que traz questionamentos o tempo todo ao sistema de saúde racional. Há de se reconhecer que a gestão do seu próprio cuidado feita pelas pessoas é muito mais vital para a configuração do cuidado que elas precisam do que nós, gestores, gerentes, temos conseguido vislumbrar, aceitar e traduzir em estratégias concretas de operacionalização dos processos de trabalho. É fundamental a realização de co-gestão do cuidado entre trabalhadores e a figura viva do usuário-fabricador, cuja compreensão e reconhecimento passam a ser centrais se a proposta é a inovação na produção de práticas, de cuidados e do conhecimento.

5.3.2 Indicadores de Estrutura

Quadro 1. Distribuição das informações do Indicador de Estrutura: recursos físicos, recursos humanos e capacitações nas dimensões conforme, parcialmente conforme e não conformidades com as Portarias 424 e 425 (BRASIL 2013d, BRASIL 2013e).

Variáveis	Classificação nas dimensões:		Indicadores de Estrutura - Recursos físicos, humanos e formação profissional	
	Conforme	Parcialmente Conforme	Conforme	Interpretação
Atenção Básica				
Unidades Básicas	Parcialmente conforme		69 UBS, sendo 46 Esf e 23 UBS do modelo tradicional	
Núcleo de Apoio a Saúde família - (NASF)	Parcialmente conforme		Há 17 equipes NASF apenas para as UBS com Esf, destas 03 equipes não possuem os profissionais nutricionistas e educadores físicos;	
Academias da Saúde	Não conforme		Apenas 01 academia de saúde, insuficiente para atender a base populacional do município;	
Exames Laboratoriais na LCO	Conforme		Há através da LCO a autorização dos profissionais médicos, enfermeiros e nutricionistas de solicitarem os exames previstos na portaria 424	
Formação Profissional na LCO	Parcialmente conforme		Capacitação realizada no ano de 2016: totalidade dos enfermeiros e nutricionistas; 18 gerentes; ausência dos profissionais médicos, educadores físicos e psicólogos	
Atenção Especializada				
Ambulatório Especializado				
Recursos físicos	Conforme		05 Ambulatórios de especialidades médicas, sendo 01 CEMEG * em cada Região de Saúde e 01 ambulatório da Criança na Região Centro com cobertura municipal	
Recursos Humanos	Parcialmente conforme		Em 03 ambulatórios de especialidade médicas há a presença dos profissionais médicos endocrinologistas, nutricionistas e psicólogos; Ausência destes profissionais em 02 CEMEGs não permitindo a cobertura das 04 Regiões de Saúde	
Formação Profissional na LCO	Parcialmente conforme		Capacitação realizada no ano de 2016: totalidade dos enfermeiros e nutricionistas; ausência dos gerentes e profissionais médicos, educadores físicos e psicólogos	
Hospital Especializado	Não Conforme		Ausência de Hospital para realização de cirurgia bariátrica no Município de Guarulhos; poucas vagas ofertadas pela única referência - Hospital Regional do município de Ferraz de Vasconcelos -SP "Dr.Osiris Florindo Coelho" – este em processo de habilitação.	

Fonte: CNES, SMS Guarulhos/ DAIS- Coordenação da Atenção Básica – 09/2017.

No quadro 1 observamos nos resultados dos indicadores de estrutura, a presença de estrutura necessária em conformidade com os documentos do padrão ouro (figura 2), porém em quantidade insuficiente.

Como não conformidades: apenas 01 academia de saúde, insuficiente para atender a população de Guarulhos; a inexistência de um hospital no âmbito municipal e o acesso limitado a referência regional (Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos) para a realização da cirurgia bariátrica. Ainda em relação a este hospital, desde o ano de 2015 até o presente momento está em andamento seu processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde como referência a cirurgia bariátrica; há também um acesso limitado de vagas para Guarulhos; há constantes faltas de insumos necessários para a realização de cirurgia e também não possui uma porta de entrada única e regulada.

Ainda nos indicadores de estrutura observamos que a capacitação profissional a LCO não aconteceu a todos os gestores e não há na totalidade das equipes NASFs e Centros de Especialidades Ambulatoriais profissionais nutricionistas e educadores físicos. Há também 27 Unidades Básicas do modelo tradicional que não contam com a presença da equipe NASF como apoio multiprofissional.

No estudo promovido por DAMASO et al., (2006), observou-se uma redução significativa da obesidade e de seus fatores de risco, através de uma abordagem multiprofissional com intervenções clínicas, psicológicas, nutricionais e atividades físicas durante um período de 12 semanas em pacientes obesos. Portanto diante do desafio do tratamento da obesidade, torna-se fundamental a presença de uma equipe multidisciplinar com cobertura para todas as UBS municipais.

5.3.3 Indicadores de Processo

A LCO em Guarulhos foi implantada em dezembro de 2015. Nos resultados encontrados apresenta-se como destaque o fato de que 40 das 72 solicitações de cirurgia são de data anterior a implantação de LCO (até novembro de 2015). Essa informação certifica que não houve a retirada destas solicitações do sistema de regulação para adequação ao novo protocolo, com vínculo na atenção básica e centros de especialidades conforme pactuado na implantação da LCO.

Tabela 4. Distribuição do número e percentual das unidades de saúde de Guarulhos que solicitaram cirurgia bariátrica dos anos de 2014 a 2017, divididos em período pré e pós implantação da LCO inseridos no SISREG-Guarulhos.

Variáveis	Total encaminhamentos (N=72) %		Pré implantação da LCO		Pós implantação da LCO	
			(encaminhamentos até novembro de 2015)		(encaminhamentos após novembro de 2015)	
			Total (N=40) %		Total (N=32) %	
Unidades solicitantes de encaminhamentos cirúrgicos	N	%	N	%	N	%
Centros Especialidade ambulatorial	15	20,83	0	0	15	46,9
UBS -Região de Saúde 1	34	47,22	26	65	9	28,1
UBS -Região de Saúde 2	0	0	0	0	0	0
UBS -Região de Saúde 3	0	0	0	0	0	0
UBS -Região de Saúde 4	22	30,55	14	35	8	25

Fonte: SMS Guarulhos/ SISREG-05/17

Tabela 5. Número e percentual (total, pré e pós implantação da LCO) das solicitações de cirurgia bariátrica de acordo com as variáveis da Atenção Básica de acompanhamento pela UBS, consulta médica na UBS, consulta de enfermagem na UBS e participação de grupos educativos na UBS e variáveis Atenção Especializada de acompanhamento e consultas médicas no centro especializado ambulatorial, listados em “não e sim”.

Variáveis	Total encaminhamentos (N=72) %				Pré implantação da LCO				Pós implantação da LCO				
					(encaminhamentos até novembro de 2015)				(encaminhamentos após novembro de 2015)				
					Total (N=40) %				Total (N=32) %				
Atenção Básica	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	
Acompanhamento pela UBS	49	68	23	32	29	72,5	11	27,5	20	62,5	12	37,5	
Consulta médica na UBS	21	29,2	51	70,8	12	30	28	70	9	28,1	23	71,9	
Consulta de enfermagem na UBS	48	66,7	24	33,3	28	70	13	30	21	65,6	11	34,4	
Participação em Grupos educativos na UBS	53	73,6	19	26,4	32	80	10	20	23	71,9	9	28,1	
Atenção Especializada													
Acompanhamento pelo Centro de Especialidade Ambulatorial	48	66,7	24	33,3	24	62,5	16	22,3	24	75	8	25	
Consulta médica pelo Centro de Especialidade Ambulatorial	47	65,3	25	34,7	23	33,4	17	23,6	24	75	8	25	

Fonte: SMS Guarulhos/ SISREG-05/17

O CEMEG Centro e CEMEG São João são as únicas unidades elencadas pela LCO para realização do encaminhamento cirúrgico. Estas unidades possuem em seu escopo profissional a presença do profissional médico endocrinologista, figura chave na LCO, somente este profissional é autorizado a encaminhar para avaliação para intervenção cirúrgica. Conforme apresentado na Tabela 4, apenas 15 o que representa 20,83% do total das 72 solicitações estavam em conformidades, encaminhamentos estes realizados após a implantação da LCO.

As demais unidades responsáveis por 56 (84,73%) das solicitações não encaminharam em conformidade com a LCO. Destacamos também, conforme resultados apresentados na Tabela 4 a permanência de 40 encaminhamentos anteriores a implantação da LCO.

No estudo de VENANCIO et. al.(2016) foram apresentados dentre os entraves no processo de integralidade da atenção a um grupo de doenças crônicas não transmissíveis a não existência de um protocolo de encaminhamento e o perfil dos médicos, podendo com isso levar ao aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade. Ousamos dizer que com base nos resultados, não seguir a LCO ou não ter um protocolo, são dois lados da mesma moeda.

Para MENDES (2011) a LC não se conclui no momento de sua implantação. Para MALTA e MEHRY (2010) a LC não se encerra no momento em que é estabelecido o plano terapêutico. Diante das não conformidades identificadas, no que se refere a simples permanência dessas pessoas na lista de espera sem uma correta regulação, denota a não continuidade e integralidade no cuidado. Mesmo a luz do grande avanço de ter uma “agora” – LCO, torna-se fundamental avançar em estudos para a identificação das causas desta fragmentação e falta de regulação do cuidado, talvez se aprofundando no cotidiano dos microprocessos dos diversos pontos de atenção envolvidos no cuidado.

A regulação em saúde pode ser dividida em macro e micro- regulação. A primeira está voltada para o plano mais estratégico e geral do sistema de saúde. Compreende a definição de prioridades de ações e serviços de saúde com a adoção de planos municipais de saúde e planos plurianuais de gestão e, inclui também a regulação de mercados em saúde com o estabelecimento de uma estrutura reguladora da saúde suplementar. A segunda é a tradução da macrorregulação para o funcionamento cotidiano do sistema, ou seja, a microrregulação que corresponde ao estabelecimento de regras, dispositivos e ferramentas para operar a assistência. Nesse sentido, a micro-regulação pode ser denominada de “regulação assistencial” que trata, portanto, de organizar e garantir o acesso dos usuários e suas demandas aos vários serviços ofertados pelo sistema de atenção (MAGALHÃES, 2006).

Outros estudos mostram que longos tempos de espera de pacientes para a atenção especializada podem levar ao agravamento do problema pelo qual se espera, com deterioração

da saúde, prolongamento do sofrimento, redução de sobrevida e em certos casos extremos, à morte (PACÍFICO et. al. 2007; CHEN et al 2008). Resultam em aumento dos custos do tratamento e dos custos de auxílio doença, e em maiores perdas de renda por afastamento do trabalho (KREINDLER, 2010; HURST e SICILIANI, 2003).

A Atenção Básica pode ser definida como um conjunto de ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b).

Segundo STARFIELD (2002), para avaliar a atenção primária à saúde, a coordenação é um dos atributos essenciais. A pergunta síntese do conceito de coordenação desde a perspectiva do usuário, para esta autora, resultou na seguinte expressão:

“se vários profissionais estão envolvidos no meu tratamento, meu médico de atenção primária organiza-o” (DIAS, 2012).

A coordenação pode ser entendida por um conjunto de diversas ações e serviços indispensáveis para resolver as necessidades de saúde, com a garantia da continuidade da atenção ininterrupta pela equipe de APS e depende de tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais, registro e disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Considerando os dados, surpreende que 43% dos encaminhamentos estavam sem informações dos resultados dos exames laboratoriais. Destes, para 31 pessoas, esta falta de informação ocorreu após a implantação do protocolo, em 04 delas os exames eram anteriores a 2014 e para uma pessoa, o mais antigo foi realizado no ano de 2010.

Analisando os exames solicitados, todos estavam previstos no protocolo da LCO. O exame para o perfil lipídico (colesterol, LDL, HDL) foi o que teve maior ocorrência. É importante destacar que todos os exames contidos na LCO são obrigatórios para uma avaliação inicial na UBS. Como, por exemplo, o exame laboratorial T4 e TSH que são obrigatórios para o encaminhamento para o Ambulatório de Especialidade, até para apoiar se a causa da obesidade está relacionada a problemas com a Tireóide, não foram solicitados para todas pessoas que possuíam exames.

Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de DIAS (2012) que avaliou a solicitação de exames necessários pelos médicos das equipes saúde da família, prévios e de

acordo com os critérios aos encaminhamentos para o cardiologista avaliar já na primeira consulta. A maioria dos cardiologistas entrevistados nessa pesquisa, consideraram que a qualidade dos encaminhamentos não é adequada ou varia entre os médicos das equipes SF.

Quando o indivíduo chega à consulta com o especialista sem nenhum exame obrigatório dentro dos critérios de encaminhamentos pela atenção básica, o especialista precisa começar pelo básico, o que além de demandar prolongamento no tratamento, traz situações que poderiam ter sido resolvidas pelo médico da UBS.

Na Tabela 5 observamos que 66,7% das pessoas estavam sem acompanhamento pelos Centros de Especialidades Médicas – os CEMEGs. E também que 65,3% das pessoas não passaram por consulta médica ambulatorial. Importante salientar que dentre os 34,7% que tiveram consultas médicas em ambulatórios, para 23 foi com o profissional endocrinologista, 01 com o ortopedista e 01 com o cirurgião vascular e 09 pessoas foram consultadas pelo nutricionista. **Com exceção da informação sobre as consultas nos ambulatórios, as demais não foram apresentadas em tabelas.**

Para LOUVISON (2011) a ampliação da porta de entrada do SUS é de extrema importância para a ampliação do acesso, mas o modelo de atenção ainda é medicocentrado. O paradigma biomédico é importante, mas insuficiente para abordar os problemas de saúde em toda a sua complexidade e é preciso integrar os vários conhecimentos para ampliar o olhar. O modelo biomédico se traduz em uma atenção fragmentada e com foco na doença e não nas pessoas, na cura e não no cuidado, na realização de procedimentos e não na produção de saúde, induz a um consumo dos serviços de saúde com alto custo e com pouco impacto na qualidade de vida das pessoas.

Mesmo com a ampliação da estratégia de saúde da família, não se observa um acesso facilitado aos vários níveis de complexidade e, tampouco, mecanismos regulatórios que possibilitem isso, para além da lógica individual dos serviços. A integralidade e a intersetorialidade são premissas fundamentais na qualificação do cuidado.

Qual caminho seguir diante dos resultados desses indicadores?

A dificuldade de acesso seja na atenção básica, na média ou na alta complexidade indica que é necessário recuperar um compromisso ético com o sujeito doente, visto de modo singular, e a responsabilização dos serviços com o sujeito. A discussão sobre a importância de ampliar a autonomia dos usuários de forma que possam cuidar melhor de si mesmos e dos outros é fundamental, respeitando a singularidade do adoecer de cada um, do quanto a doença impacta

na vida das pessoas e traduzindo a necessidade de projetos terapêuticos mais singulares, em particular, para casos mais complexos (CAMPOS e GUERREIRO, 2008).

O projeto terapêutico singular pressupõe a definição compartilhada de metas e de responsabilidades no sentido de aumentar a autonomia dos sujeitos. Frente às necessidades impostas pelas condições crônicas e pelo envelhecimento, é preciso estar atento, ainda, para o processo de medicalização da vida e da velhice. Para isso, é necessário reorganizar o processo de trabalho e deslocar o eixo central do médico para a equipe multiprofissional que deve se responsabilizar por uma escuta mais qualificada das demandas dos usuários (CECÍLIO e MERHY, 2005).

Para LOUVISON (2011) as condições crônicas devem ser tratadas primeiramente no âmbito da atenção primária, que deve ser reforçada para melhor prevenção e gerenciamento, o que também se traduz em um enfoque na aderência a tratamentos de longo prazo. As diretrizes da PNH do SUS preconizam uma clínica mais ampliada, com co-gestão, acolhimento do usuário e valorização do trabalho e do trabalhador. Traz a discussão da humanização como uma prática ampliada de inclusão dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação de sujeitos e, ao longo do tempo, se traduz em importante ferramenta de gestão da clínica.

Segundo NÚÑEZ et al (2006), os melhores instrumentos para coordenar a atenção as necessidades de saúde complexas são aqueles em que estão baseados no ajustamento mútuo, tais como grupos de trabalho interdisciplinares, gestão de caso ao longo do tempo e matriciamento.

Para MENDES (2009), a gestão da condição de saúde está relacionada a identificação de risco, quando do diagnóstico e do ajuste da periodicidade da consulta para controle ao risco estabelecido e, para tal, são necessárias mudanças de comportamento entre os profissionais, a partir de iniciativas de educação permanente, e entre os usuários, por meio da educação em saúde.

5.3.4 Apresentação dos resultados ao Grupo Condutor Municipal

Durante a reunião com o grupo condutor, após serem apresentados os resultados dos indicadores e a proposta de sumário executivo inicial, foi redigida após discussões a proposta de sumário executivo final. O grupo condutor não recusou nenhuma proposta, porém foram

acrescentados e aprimorados pontos importantes com vistas a fortalecer a efetiva implementação da LCO.

A seguir a proposta final, com destaque em “negrito” nas alterações e acréscimos realizado pelo Grupo Condutor:

- 1- Criação de mecanismos de não permissão de inclusão de encaminhamentos de tratamento de obesidade pela UBS para o endocrinologista sem os itens constantes no protocolo vigente;
- 2- Retirar do SISREG o acesso que permite as UBS solicitar as cirurgias bariátricas, deixando essa permissão somente para o Ambulatório de Especialidade na figura do médico endocrinologista;
- 3- Realizar o vínculo das pessoas inseridas na fila de espera através das **Regiões de Saúde aos grupos de matriciamento de obesidade do Programa Obesidade e Qualidade de Vida;**
- 4- Implantar e incluir na LCO o Programa Obesidade e Qualidade de Vida que é uma proposta de intervenção nas unidades básicas de saúde, academias da saúde e ambulatórios especializados para redução do peso corporal de pacientes com **excesso de peso e obesidade** e melhora na qualidade de vida desses indivíduos;
- 5- **Á partir da oferta de vagas para avaliação em cirurgia bariátrica cedidas pelo Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, a demanda ser organizada através dos representantes regionais do Grupo Condutor das Doenças Crônicas com as pessoas que se encontrarem dentro dos critérios, a partir de classificação prévia e da avaliação dos critérios de prioridade;**
- 6- Solicitar pelas UBS a priorização na avaliação e vinculação das pessoas presentes na fila de espera com a LCO com a realização de: consultas médicas e de enfermagem; atualização de exames; matriciamentos pelo NASF; inserção em grupos educativos; priorizando os encaminhamentos para o Ambulatório de especialidades; **incluir neste processo consultas odontológicas;**
- 7- **promover o vínculo de pessoas com sobre peso e obesidade para grupos com Educador físico; encaminhar para o ambulatório de especialidades apenas as pessoas com IMC \geq 50;**

- 8- Realizar oficinas de capacitações para 100% dos profissionais NASF, enfermeiros e médicos abordando a temática da LCO;
- 9- Estudar com os gestores dos Hospitais Pimentas Bonsucesso e Stella Maris a possibilidade de realização da cirurgia bariátrica para residentes em Guarulhos;
- 10- Enviar ofício a gestão solicitando a priorização na contratação de profissionais nutricionistas, psicólogos e **educadores físicos** para as equipes NASFs e Ambulatórios de Especialidades Médicas (CEMEGS), nestes ambulatórios incluir o **endocrinologista a todas equipes** que não contam com esses profissionais;
- 11- Criar estratégia de apoio matricial para as UBS do modelo tradicional que não contam com o NASF, dentre estas a construção **de uma matriz com temas básicos para apoiar o profissional escolhido da UBS modelo tradicional a realizar grupos educativos**;
- 12- Construir instrumentos de referência e contra referência entre UBS-AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE- HOSPITAL; **confecção de cartão, caderneta para utilização das pessoas em todos os pontos de atenção**;
- 13- Enviar ofício ao DRS1 com as dificuldades do Município de acessar a referência regional para cirurgia bariátrica, **incluir no documento a relação das pessoas em fila de espera para cirurgia bariátrica qualificada**;
- 14- Realizar encontros entre as equipes multiprofissionais do município e do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos (referência regional para cirurgia bariátrica);

5.3.5 Encaminhamentos

Após reflexões nesta fase final do presente projeto, acrescenta-se como outras importantes recomendações ao fortalecimento da LCO, encaminhar os resultados deste projeto

à DRS1, no intuito de contribuir à LCO da Região de Saúde do Alto Tietê, como dentre outras questões, fortalecer o registros de procedimentos contidos **na tabela 3**; também referente ao sumário executivo a proposta de acrescentar ao protocolo municipal um fluxograma de encaminhamento da atenção básica, especialidade e serviço hospitalar, buscando com isso, facilitar a compreensão do processo de maneira mais eficaz por todos os atores envolvidos e a partir disso criar indicadores de monitoramento em pontos estratégicos do fluxo para identificação de suas causas e conseqüentemente o desenvolvimentos de ações corretivas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou a implementação da LCO no Município de Guarulhos. Foi realizada a caracterização das pessoas da fila de espera com indicação de cirurgia bariátrica, do ponto de vista demográfico e nutricional. Também foram elaborados indicadores de estrutura,

processo e resultados envolvidos na LCO. Identificaram-se a partir das análises dos indicadores as conformidades e não conformidades da LCO no âmbito municipal. Finalmente foi submetido ao grupo condutor municipal da RAPDC os: indicadores; à análise das conformidades e não conformidades; um sumário executivo inicial e conjuntamente com este colegiado foi concluída a proposta do sumário executivo final.

Para o autor do presente projeto mostrou-se eficaz neste estudo preliminar a utilização da figura do traçador “pessoas em fila de espera em cirurgia bariátrica” para avaliação através da construção de indicadores a implementação da LCO da obesidade, pela sua grande magnitude dentro das doenças crônicas. Também foi oportuna a participação do grupo condutor municipal, através das análises, discussões, reflexões com os diversos representantes do programa e serviços sobre os principais problemas e prioridades através da análise dos indicadores e da proposta inicial de sumário executivo apresentada.

Neste processo buscou-se o enfoque do planejamento estratégico situacional incorporando o ponto de vista destes diversos atores envolvidos na LCO, buscou-se não somente diagnosticar problemas e buscar soluções, mas também, de identificar oportunidades para a melhoria dos serviços.

Houve um entendimento que este estudo permitiu ampliar o conhecimento e reconhecer que os demais programas voltados as DCNT ou outros grupos de doenças como as infecciosas também podem ser inseridos no contexto do processo avaliativo. Principalmente buscando como subsídios o desenvolvimento de estudos de pesquisas avaliativas de maior durabilidade. Portanto reconhecemos como limitação desta pesquisa não poder continuar acompanhando o percurso das 72 pessoas da lista de espera dentro da LCO.

Segundo NAVARRETE et. al. (2005) para se analisar a coordenação do cuidado, podem ser utilizados indicadores para medir aspectos estruturais, de processo e de resultado relacionados com a coordenação da informação e da gestão da atenção. No entanto, a presente pesquisa analisou principalmente indicadores de estrutura e de processo e nos de resultado apenas a realização ou não da cirurgia bariátrica no hospital de referência. Para avançar no conhecimento da efetividade destas estratégias, serão necessárias pesquisas futuras que também avaliem indicadores de resultados que correspondem aos efeitos da coordenação para a continuidade do cuidado.

A investigação em serviços de saúde tem sido, há muito tempo, atividade prioritária no Instituto de Saúde (IS/SES-SP). Considerada como problema, foi abordada em artigo (CARVALHEIRO, 1994) que incursiona por sua definição operacional e pelas categorias de estudo que pode incluir. Ressalta a importância do saber de senso comum produzido no cotidiano dos serviços de saúde. Incorpora três

aspectos essenciais: a Teoria das Redes na gênese e circulação dos fatos científicos; as Matrizes de Dados e o nível de ancoragem; a questão do poder e o uso racional dos recursos.

Esse esforço do Instituto de Saúde estava inserido num projeto internacional desenvolvido pela OMS, com a liderança de YvoNuyens(NUYENS, 1989; 1991), que redundou na criação da Rede Cone Sul de Investigação em Serviços (e Sistemas) de Saúde (REDE, 1995).

Na atualidade, o mesmo esforço prossegue com visibilidade redobrada. Número relativamente recente do WHO Bulletin (WHO, 2006) dedicou atenção à ideia de KT, a transferência de conhecimento para a ação. Num dos editoriais, NUYENS & LANSANG (2006) dão uma interpretação curiosa (“ligar o passado ao futuro”) que faz pensar numa crítica às novidades que nada mais fazem do que reinventar o passado. É um comentário explícito a outro artigo publicado no mesmo número (LOMAS et. al., 2006).

O uso racional dos recursos é a mais eficiente medida de controle de custos na assistência e controle não é, necessariamente, redução. Priorizar medidas de prevenção e facilitar o acesso à Atenção Básica como porta de entrada não é missão exclusiva do gestor supremo (nível nacional). Sem a disseminação dessa cultura pela população em geral, não se vislumbra nenhuma perspectiva de sucesso. Neste ponto é indispensável considerar o Postulado de Coerência e a questão do Poder (político, administrativo e técnico) (TESTA, 1992).

Em particular, é notável o papel dos gestores intermediário e local (burocracia-ao rés-do-chão, ou streetlevelbureaucracy), além dos mecanismos reais de participação da comunidade, mais vezes declarada do que efetivada. Este tema tem merecido atenção cada vez maior, associado à questão da autonomia relativa dos gestores e à prestação de contas (publicaccountability) (HUPE e HILL, 2007). Esses gestores tem autonomia (discretion) e, simultaneamente, regras inter-relacionadas e têm que atuar dentro de limites estreitos para implementar as propostas que surgem de sua própria ação intelectual.

**Nota: (Carvalho, 2018, Comunicação oral durante orientação a presente pesquisa no Instituto de Saúde).*

Nesta fase do projeto, a de conclusão, no âmbito municipal está em andamento a requalificação da fila de espera de obesidade e o Programa Obesidade e Qualidade de Vida. No nível Regional vêm sendo discutida fortemente a unificação da regulação dos encaminhamentos para cirurgia bariátrica com a proposta de uma fila única de espera para Região Metropolitana.

Finalmente, amparados nos resultados obtidos nesta pesquisa que apontam para uma profunda reflexão na revisão dos processos de trabalho dos pontos de atenção, com vistas ao fortalecimento do acesso, vínculo, da integralidade e da coordenação do cuidado, concluímos com as palavras de LOUVISON (2011),

“...na certeza da contínua e profunda reflexão na reinvenção dos nossos modos de nos aproximar do território do cuidado para produzir uma reflexão renovada, tão essencial para o avanço do Sistema Único de Saúde no nosso país. A complexidade do sistema de saúde, suas muitas questões desafiadoras dentre elas e realidade da configuração regional da rede de atenção à saúde, diante das dificuldades de pactuações que levem em conta principalmente o acesso e o vínculo...”

E nas palavras de CECÍLIO (2012), para não fazermos mais do mesmo,

“... para batalhar contra a idealidade de um usuário-fabricado, normalizado, temos que incluir em nossos cálculos, em nossas estratégias de gestão, um usuário que batalha por sua própria conta o acesso ao que supõe ou avalia que precisa, a partir de sua experiência da doença e de experiências e informações prévias. O usuário-fabricador produz o “seu” sistema de saúde, ou uma outra lógica para o sistema de saúde que, à sua moda, subverte o discurso racionalista e racionalizador produzido por quem faz a gestão/gerência dos serviços de saúde. O usuário-fabricador, com sua ação concreta e protagonismo, com suas buscas e com seus ousados experimentos de tentativas e erros, vai produzindo circuitos, opções, caminhos que só em parte correspondem à normalização oficial do sistema.”

O que denominamos como **padrão ouro**, as portarias ministeriais e a LCO municipal para a atenção à obesidade, para definitivamente não perderem, ou ganharem esse status, ou medalha, precisam estar atreladas a linhas de financiamento, planejamento integrado em todas as esferas de governo em sua implantação e não perdendo de vista o usuário como co-participante dos processos de implantação, portanto ainda estamos distantes do padrão bronze.

7 REFERÊNCIAS

Antipatis VJ, Gill TP. Obesity as a Global Problem. In: Bjorntorp P, editor. International Textbook of Obesity. New York: John Wiley&Sons; 2001. p. 3-22.

Brasil. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único da Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Diário Oficial da União, 29 jun, 2011;Seção 1:1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, 31 mar 2006;Seção 1:63.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. (Série Pactos pela Saúde; v. 4).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília; 2008. (Série Pactos pela Saúde; v. 8).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 30 dez 2010; Seção 1:88.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 8 abr 2011; Seção 1:52.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2715 MS/GM, de 17 de novembro de 2011 – Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN. Diário Oficial da União, 18 nov 2011; Seção 1:89.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília; 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União, 6 set 2013b; Seção 1:64.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 20 fev 2013c; Seção 1:71.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, 20 mar 2013d; Seção 1:23.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, 20 mar 2013e;Seção 1:25.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília; 2014a.

Brasil. Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, 2 abr 2014b;Seção 1:50-52.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, Vigitel 2014. Brasília; 2015.

Bueno JM, Leal FS, Saquy LPL, Santos CB, Ribeiro RPP. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. Revista Nutrição. 2011;24(4):575-84.

Campana AO, Padovani CR, Iaria CT, Freitas CBD, Paiva SAR, Hossne WS. Investigação científica na área médica. Sao Paulo: Manole; 2001.

Campos GWS, Guerreiro AV. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild; 2008.

Carvalho JR. Investigação em serviços de saúde: qual é o seu problema? Saúde e Sociedade. 1994;3(2):64-111.

Carvalho JR. Comunicação oral durante orientação a pesquisa de Reinaldo Trindade - Avaliação da implementação da linha de cuidado para cirurgia bariátrica em Guarulhos. São Paulo: Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos, SES-SP; 2018. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde, um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.151-67.

Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005.

Cecílio LCO. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? Saúde Sociedade. 2012;21(2):280-9.

Chen Z, King W, Pearcey R, Kerba M, Mackillop WJ. The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Radiother Oncol* [internet]. 2008 apr [acesso em 19 jan 2017];87(1):3-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18160158>.

CIPFA – The Financial Case for health promotion and disease prevention. London: The Cartered Institute of Public Finance and Accountancy; 2011.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineult R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde – dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

Damaso AR, Tock L, Tufik S, Prado WL, Stella SG, Fisberg M, et al. Tratamento multidisciplinar reduz o tecido adiposo visceral, leptina, grelina e a prevalência de esteatose hepática não alcoólica (NAFLD) em adolescentes obesos. *Revista Brasileira Medicina e esporte*. 2006 set-out;12(5):263-7.

Dias MP. Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.

Donabedian A. Evaluacion de la calidad de la atención médica. *Revista de Calidad Asistencial*. 2001;16(Supl 1):S11-27.

Donabedian A. The definition of generally and approaches to its assessment explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.

Donabedian A. The Quality of care: how can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 1997 nov;121(11):1145-50.

Farias JM. Orientação para prevenção e controle da obesidade juvenil: um estudo de caso [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Fundação SEADE. Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS. Metodologia. [S.l.]; 2010 [acesso em 12 nov 2016]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/projetos/iprs/ajuda/2008/metodologia_2010.pdf

Garrido JAB. Situações especiais: tratamento da obesidade mórbida. In: Halpern A, Matos AFG, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT, editores. *Obesidade*. São Paulo: Lemos Editora; 2002. p. 331-40.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-625.

Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública. 2007 mar;23(3):565-74.

Guarulhos, Portaria Municipal de Guarulhos nº 060/2013. Diário Oficial de Guarulhos, 12 jul 2013a;(050):29.

Guarulhos, Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos, Rede de Urgência e Emergência - RUE, Plano de Ação da Rede de Urgências. Guarulhos; 2013b.

Guarulhos, Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos. Guarulhos; 2015. (RDC, LCO; p. 15)

Guarulhos, Secretaria Municipal de Guarulhos, Núcleo de Gestão da Informação. Guarulhos; 2016.

Haddad N. Metodologia de estudos em ciências da saúde. São Paulo: Roca; 2004.

Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997.

Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. Acta Cir Bras [internet]. 2005;20(Supl 2):2-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-865020050008&lng=pt&nrm=iso

Hupe P, Hill M. Street level bureaucracy and public accountability. Public Administration. 2007;85(2):279-99.

Hurst J, Siciliani L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. OECD Health Working Papers [internet]. 2003;(6):1-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/108471127058>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050, revisão 2006. Rio de Janeiro; 2010.

Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality, The case for traces. N Engl J Med. 1973;(288):189-94.

Kreindler AS. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. British Medical Bulletin Advance Access published. 2010 May;95:7-32.

Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ.* 2006;84(8):620-8.

Leite MA, Valente DC. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: indicações, seleção e preparo dos pacientes. *Programa de Autoavaliação. Bol Inform Col Bras Cir.* 2003;2(Supl 3):5-9.

Lima AFC, Kurganct P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev. Bras enferm.* 2009 mar-abr;62(2):234-9.

Lomas K, Oreszczyn T, Shipworth D, Wright A, Summerfield A. Carbon Reduction in Buildings (CaRB) - Understanding the social and technical factors that influence energy use in UK buildings. In: *RICS Annual Conference Cobra; 7-8 sep 2006; London.* London, UK: University College; 2006.

Louvison MCP. Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como condições traçadoras [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

Magalhães JHM. O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2006.

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface: comunic saúde educ.* 2010 jul-set;14(34):593-605.

Marques C.C.M. Avaliação da implantação do Programa Estadual de Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PEHV) no Estado de São Paulo utilizando o componente laboratorial como condição traçadora. São Paulo; 2014.

Mehry EE, Cecílio LCO. A integralidade do cuidado como eixo de gestão hospitalar. Campinas: Unicamp; 2003.

Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: Como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria.* 2009;7(2):170-5.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde - Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

Minayo MCS. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. *Saúde & Transformação Social*. 2011;1(3):2-11.

Minayo MCS. Introdução. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 19-51.

Minayo MCS. Pesquisa Avaliativa por triangulação de métodos. In: Bosi MLM, Mercado FJ. *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006.

NIH - National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. *Obes. Res.* 1998 sep;6(Suppl 2):S51-209.

Navarrete MLV, Lorenzo IV, Calpe JF, Núñez RT. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2005;79(6):633-43.

Novaes HMD, Carneiro JR. Ciência, tecnologia e inovação em saúde e desenvolvimento social e qualidade de vida: teses para debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(Supl):S1841-9.

Núñez RT, Lorenzo IV, Navarrete MLV. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485-95.

Nuyens Y. Adiestramiento para apoyar el desarrollo de La Investigación de Sistemas de Salud: una iniciativa conjunta de IDRC, la OPS y la OMS. *BISS*. 1989;(3):5-11.

Nuyens Y. Preface, in WHO - Case studies on the use of Health Systems Research. Geneva: Programme on Health Systems Research and Development; 1991.

Nuyens Y, Lansang MAD. Knowledge translation: linking the past to the future. *Bull World Health Organ*. 2006;84:590-1.

Oliveira AC, Pinto MCM. Ocorrência de obesidade infantil em pré-escolares de uma creche de São Paulo. *Einstein*. 2009;7(2):170-5.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília; 2013. p. 28.

Pacifico MD, Pearl RA, Grover R. The UK Government two-week rule and its impact on melanoma prognosis: an evidence-based study. *Ann R Coll Surg Engl*. 2007;89(6):609-15.

Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista Saúde Pública*. 2006;40 N° Espec:73-8.

Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços da Saúde*. 2006;15(1):35-45.

Pelegriani A, Petroski EL, Gaya AC. Comparação do crescimento de crianças e adolescentes brasileiros com curvas de referência para crescimento físico: dados do Projeto Esporte Brasil. *J Pediatr*. 2010;86(2):115-20.

Puglia CR. Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [internet]. 2004;50(2):109-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000200015>.

REDE. Convocatória de investigação em serviços de saúde para Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Programa de Pequenos Financiamentos. IDRC e FIOCRUZ. [S.l.]; 1995. (folheto de divulgação).

Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 1990;6(1):50-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>.

São Paulo (Estado). Deliberação CIB - 36, de 21 de setembro de 2011. Constitui as Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS no Estado de São Paulo. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 22 set 2011;Seção 1:51.

Seidell JC. A atual epidemia da obesidade. In: Bouchard C. *Atividade física e obesidade*. Barueri, SP: Manole; 2003.

Silva S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciê. & Saúde Colet* [internet]. 2011 [acesso em 20 fev 2016];16(6):2753-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>

Starfield B. *Atenção primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde; 2002.

Tanaka OU, Melo C. *Avaliação de programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001.

Testa M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.

Venâncio SI, Rosa TEC, Bersusa ANS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2016;26(1):113-35.

WHO - World Health Organization. *Obesity - preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. Geneva; 2000. (WHO Technical Report Series; 894)

WHO - World Health Organization. Knowledge Translation in Global Health. Bulletin of the World Health Organization. 2006 aug;84(8):589-684.

Zaitune MPA, Barros MBA, Cesar CLG, Carandin AL, Goldbau MM. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados, e prática de controle no município de Campinas. Cad. Saúde Pública. 2006;22(2):285-94.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO I – Portaria 424

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO****PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013(*)**

Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 687/GMMS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 971/GMMS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;

Considerando a Portaria nº 4.279/GMMS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 719/GMMS, de 7 de abril de 2011, que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GMMS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GMMS, de 21 de outubro de 2011, que 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);

Considerando a Portaria nº 2.715/GMMS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria nº 252/GMMS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, precipuamente o que estabelece o parágrafo único de seu art. 10, ao dispor que os critérios definidos para implantação e financiamento das linhas de cuidado prioritizadas e de cada um dos seus componentes devem ser regulamentados em atos normativos específicos a serem editados pelo Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria nº 23/SVSMS, de 9 de agosto de 2012, que estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos Estados, Distrito Federal e capitais e Municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil;

Considerando a Resolução nº 1/C.A.SAN, de 30 de abril de 2012, que institui o I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANASAN 2012/2015);

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022;

Considerando que a obesidade é uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças e uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida;

Considerando a necessidade de garantir nos serviços de saúde a infraestrutura, bem como mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos indivíduos com obesidade;

Considerando os referenciais dos Cadernos de Atenção Básica, do Guia Alimentar para a população brasileira, dos materiais de apoio do Programa Academia da Saúde e do Programa Saúde na Escola para fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção do sobrepeso e da obesidade e qualificação do cuidado desses usuários no âmbito do SUS; e

Considerando a necessidade de ações de promoção e proteção da alimentação adequada e saudável, que incluem a educação alimentar e nutricional e a melhoria da qualidade nutricional, o controle e a regulação de alimentos, resolve:

Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 2º A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observará as seguintes diretrizes:

- I - diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;
- II - estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;
- III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;
- IV - utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;
- V - investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;
- VI - articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;
- VII - garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;
- VIII - formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- IX - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e
- X - garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Art. 3º Para os fins desta Portaria, as atribuições gerais dos pontos de atenção à saúde do SUS para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade serão definidas a partir da classificação do estado nutricional do indivíduo segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos.

§ 1º Para organização do cuidado aos indivíduos nas demais fases do curso da vida que apresentem sobrepeso e obesidade, deverá ser observada a equivalência dos critérios de classificação por IMC e as especificidades do tratamento.

§ 2º Os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade nas diferentes fases do curso da vida devem seguir as referências do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

§ 3º No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC maior ou igual a 25 kg/m² e menor que 30 kg/m² e com obesidade aqueles com IMC maior ou igual a 30 kg/m², sendo a obesidade classificada em:

- I - Grau I: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 30 kg/m² e menor que 35 kg/m²;
- II - Grau II: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 35 kg/m² e menor que 40 kg/m²; e
- III - Grau III: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 kg/m².

Art. 4º Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão especialmente as seguintes atribuições:

I - Componente Atenção Básica:

- a) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;
- b) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;
- c) apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável;
- d) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas;
- e) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitarem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades ou IMC maior ou igual a 40 kg/m²;
- f) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; e
- g) garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde;

II - Componente Atenção Especializada:

a) Subcomponente Ambulatorial Especializado:

1. prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde;

2. prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC maior ou igual a 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação;
3. diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação;
4. prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
5. prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar;
6. organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente; e
7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento;

b) Subcomponente Hospitalar:

1. realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo I e protocolos locais de encaminhamentos e regulação;
2. organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;
3. realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo I e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos;
4. realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;
5. garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
6. organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no Anexo I; e
7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento;

c) Subcomponente Urgência e Emergência: prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades;

III - Componentes Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos:

- a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade;
- b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; e
- c) realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

Parágrafo único. A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade será executado pelo Componente Regulação, que atuará de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.

Art. 5º As Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) pactuarão planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade a partir do estabelecido nesta Portaria e da estratificação de risco da população adstrita, nos quais deve constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção, bem como a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes Atenção Especializada, subdivisões Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Sistemas de Apoio, conforme os Anexos I e II.

§ 1º Caso a região de saúde tenha Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), a pactuação da linha de cuidado de obesidade será a ele integrado.

§ 2º A elaboração dos planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade observará as diretrizes clínicas dispostas no Anexo I.

§ 3º A pactuação de que trata o "caput" é pré-requisito para habilitação de Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade, conforme normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos.

§ 4º O Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade será regulamentado em ato normativo específico do Ministério da Saúde.

Art. 6º Aos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade será garantida a realização de cirurgia plástica reparadora, cujos critérios constarão em atos normativos específicos do Ministério da Saúde.

Art. 7º O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Básica será realizado por meio do Piso de Atenção Básica, do Piso de Vigilância e Promoção da Saúde, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional.

Art. 8º O financiamento da organização das ações e serviços no âmbito do Componente Atenção Especializada será realizado conforme ato normativo específico do Ministério da Saúde, mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e estará condicionado à construção regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.

Art. 9º O Ministério da Saúde disponibilizará manuais instrutivos e cadernos temáticos para orientar a organização local de linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade e a construção de diretrizes clínicas regionais.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 1.569/GM/MS, de 28 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, de 2 de julho de 2007, página 51; e

II - a Portaria nº 1.570/GM/MS, de 28 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, de 25 de julho de 2007, página 56.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta Portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

a. Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 50 Kg/m²;

b. Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

c. Indivíduos com IMC maior que 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir:

a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do riscobenefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica).

2. Contra indicações para cirurgia bariátrica:

- a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia;
- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contra indicação do tratamento cirúrgico da obesidade descritos nos itens 1 e 2 deste Anexo I, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

A assistência pré-operatória e pós-operatória deve ser realizada conforme orientações definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

5. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

ANEXO II

ROTEIRO PARA DESCRIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

1. Dados do Município-sede da linha de cuidado:

- CNPJ da Prefeitura;
- Código IBGE;
- Contato da Prefeitura (email e telefone);
- Nome do dirigente (Prefeito ou Secretário Municipal de Saúde);
- Cargo ou função;
- Contato do Dirigente (email e telefone).

2. Descrição dos componentes da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade:

2.1 Municípios que vão compor a linha de cuidado (listar)

2.2 Pontos de Atenção à Saúde (Serviços) dos componentes da Rede de Atenção à Saúde que irão compor a linha de cuidado e suas especificidades:

a) Atenção Básica:

Para cada Município, especificar:

- Nº de UBS adstritas à linha de cuidado;
- CNES e população do território da UBS(s), destacando quais UBS fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);
- Nº de NASF com CNES;
- Nº de Academias da Saúde com CNES;
- Descrever a(s) responsabilidade(s) da Atenção Básica.

b) Atenção Especializada (especificar apenas os serviços que serão envolvidos nesta linha de cuidado - ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência):

- Serviços: tipo, número e CNES, (ex para tipo: policlínica/ambulatório/ centro de especialidade; hospital geral; hospital especializado, pronto atendimento; pronto socorro geral; pronto socorro especializado);
- Profissionais destes serviços que vão se dedicar à linha de cuidado: categoria profissional, número e carga horária;
- Especificar se realiza procedimento cirúrgico;
- Se não realiza procedimento cirúrgico, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;
- Especificar se realiza cirurgia plástica reparadora;
- Se não realiza cirurgia plástica reparadora, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;
- Descrever as responsabilidade(s) da Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar) e informar a população que cada ponto de atenção especializado está responsável (informação obrigatória).

2.3 Sistemas de apoio (especificar apenas os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que serão envolvidos):

- Exames laboratoriais disponíveis para cada ponto de atenção;
- Medicamentos e suplementos disponíveis.

2.4 Regulação:

- Descrever as ações e serviços de regulação e, se houver, Central de Regulação, com indicação do CNES.

3. Indicar o local de publicação das diretrizes clínicas desta linha de cuidado de sobrepeso e obesidade (ex.: site, publicações oficiais do município ou do estado);

4. Descrever a organização da educação permanente relacionada a esta linha de cuidado;

5. Dados do contato:

- Nome;
- CPF;
- Cargo ou função;
- E-mail do contato;
- Telefone do contato.

6. Anexar Ata de reunião da CIB em que a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade foi pactuada.

(*) Republicada por ter saído no DOU nº 101, de 28-5-2013, Seção 1, página 29, com incorreção no original.

8.2 ANEXO II – PORTARIA 425

Diário Oficial

Imprensa Nacional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO
BRASIL
BRASÍLIA - DF

Nº 54 – DOU – 20/03/13 – seção 1 – p.25

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO**

PORTARIA Nº 425, DE 19 DE MARÇO DE 2013

Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e
Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022;
Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
Considerando a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que atualiza as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e dá outras providências; e
Considerando a necessidade de definir Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, determinando os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias, resolve:

Art. 1º Fica definido o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade como o estabelecimento que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade.

Parágrafo único. Os indivíduos com indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade são aqueles com obesidade grau III e obesidade grau II com comorbidades, conforme os critérios estabelecidos na Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 2º Para cumprir as suas finalidades, os estabelecimentos de saúde habilitados como Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade devem estar inseridos na organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Parágrafo único. As Secretarias de Saúde dos Estados, ao indicarem o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, devem estabelecer em conjunto com seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência dos indivíduos obesos grau III e grau II com comorbidades, de acordo com o estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 3º Fica estabelecido que o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deverá:

- I - Participar de forma articulada e integrada com a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e com a linha de cuidado definida localmente para o tratamento do sobrepeso e da obesidade;
- II - Participar no desenvolvimento profissional, em parceria com o gestor local do SUS, induzindo à formação e à qualificação para atenção ao obeso, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS.

Art. 4º Fica aprovado, na forma de Anexos a esta Portaria, o que segue:

- I - Anexo I - Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica;
- II - Anexo II - Normas de Credenciamento/Habilitação para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;
- III - Anexo III - Relação dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Art. 5º Ficam definidos os critérios de credenciamento/habilitação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade com adesão à linha de cuidado do sobrepeso e obesidade estabelecidos no Anexo II a esta Portaria.

§ 1º Fica incluído na tabela de habilitações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) a habilitação em Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03).

§ 2º A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB ao Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade - CGMAC/DAE/SAS/MS, com a aprovação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas dos estabelecimentos que estão habilitados conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, no prazo de 1 (um) ano, a contar da publicação desta Portaria.

Art. 6º Para os estabelecimentos que forem habilitados pelos critérios definidos no Anexo II a esta Portaria, será concedido incremento no valor dos exames, quando realizados no pré-operatório de indivíduos com obesidade grau III e grau II associada a comorbidades, e que serão financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Art. 7º Fica definido que terão incrementos no componente SA (SERVIÇO AMBULATORIAL) os procedimentos relacionados quando realizados em estabelecimentos habilitados como Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03) no pré-operatório de pacientes com os CID E66.0; E66.2; E66.8; e, E66.9.

Código	Procedimento	Incremento
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	107,64 %
02.05.02.004-6	Ultra-sonografia de abdômen total	121,34 %
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtorácica	150 %
02.05.01.004-0	Ultrassonografia doppler colorido (até 3 vasos)	165,15 %
0 2.11.08.005-5	Prova de função pulmonar completa com broncodilatador (espirometria)	277,36 %

Parágrafo único. Os procedimentos de que trata o "caput" deste artigo serão identificados no SIGTAP com o atributo REGRA CONDICIONADA.

Art. 8º Ficam alteradas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS as idades mínima e máxima para o tratamento cirúrgico da obesidade, respeitando-se os limites clínicos de acordo com a idade.

§ 1º Para jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico àqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deverá ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área.

§ 2º Para adultos com idade acima de 65 anos, deverá ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

Art. 9º Fica incluído, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o procedimento 03.01.12.006-4 - Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional, que tem como instrumento de registro a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC, cujo Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial deverá conter os dados complementares.

§ 1º O procedimento 03.01.12.006-4 - Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional deve ser apresentado na quantidade máxima de 1 (um) em APAC, tipo única, que terá validade de 3 (três) competências.

§ 2º Para realização do procedimento descrito no "caput", os estabelecimentos devem ser habilitados em Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03).

Art. 10 O procedimento 03.01.12.005-6 - Acompanhamento de paciente pós-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional tem como instrumento de registro a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC, cujo Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial deverá conter os dados complementares.

Parágrafo único. Os modelos de laudos e demais orientações técnicas estão disponíveis no endereço eletrônico <http://sia.datasus.gov.br>.

Art. 11 Fica incluído o procedimento 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve) - na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo III a esta Portaria.

Art. 12 Ficam incluídos os procedimentos para possíveis complicações pós-cirúrgica:

03.07.03.013-7 - Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica e 04.07.01.037-8 – Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo III a esta Portaria.

§ 1º Fica definido que os procedimentos descritos no "caput" estão restritos aos primeiros 30 dias pós-cirurgia bariátrica.

§ 2º Nas intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas pós-cirurgia bariátrica com internação do paciente, deverá ser registrado o número da AIH da cirurgia bariátrica no campo AIH anterior no SISAIH01.

Art. 13 Fica incluído o procedimento 04.13.04.026-7 - Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo III a esta Portaria.

Art. 14 O registro do procedimento 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS será efetuado da seguinte forma:

I - Na AIH deverá ser informado como procedimento solicitado e realizado o 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica.

II - Na mesma AIH do procedimento 04.15.02.001-8 será permitido o registro simultâneo de, no máximo, 2 (dois) procedimentos de cirurgias plásticas reparadoras definidas no Anexo III a esta Portaria.

III - Os procedimentos definidos no Anexo III a esta Portaria deverão ser registrados no campo Procedimentos Realizados da AIH, sendo pago 100% do valor total de cada procedimento.

Art. 15 Ficam alterados os atributos dos procedimentos 04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem derivação duodenal, 04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda e 04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal, conforme Anexo III a esta Portaria.

Art. 16 Fica definido que no valor dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade de que trata esta Portaria, não estão incluídos os valores das OPM compatíveis.

Art. 17 Ficam incluídas as compatibilidades de OPM com os procedimentos para tratamento cirúrgico da obesidade conforme a tabela a seguir:

Procedimentos	Compatibilidades	Quantidade
04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem derivação duodenal	07.02.05.028-08 - Grampeador linear cortante 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante	01 03
04.07.01.036-0 - Gastrectomia vertical em Manga (Sleeve)	07.02.05.028-08 - Grampeador linear cortante 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante	01 03
04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal	07.02.05.028-08 - Grampeador linear cortante 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante	01 03
04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda	07.02.05.027-0 - Grampeador linear	01 01

Art. 18 Fica determinado que o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade realize as avaliações, as indicações e o acompanhamento dos indivíduos com obesidade, conforme estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 19 Fica determinado que a organização da Rede de Atenção às Urgências deve prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos indivíduos com obesidade a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento e avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Art. 20 As Secretarias de Saúde dos Estados, desde que não haja oferta de serviços ou insuficiência avaliada e comprovada, devem observar o disposto na Portaria nº 258/SAS/MS, de 30 de julho de 2009, que regulamenta a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC).

Art. 21 Fica determinado que os formulários de história e roteiros que auxiliem no tratamento e encaminhamento do paciente obeso grau III ou grau II, com comorbidades, estarão disponíveis no site www.saude.gov.br/sas.

Art. 22 É de responsabilidade dos gestores locais a regulação, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a avaliação da estrutura, a forma e a equipe para atendimento ao indivíduo com obesidade, bem como a garantia da qualidade dos serviços.

Art. 23 Caberá aos gestores locais estaduais ou municipais realizarem ações de regulação, de controle e de avaliação da atenção à saúde, bem como a conformidade entre os procedimentos realizados e seus ressarcimentos.

Art. 24 Fica estabelecido que os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Art. 25 Cabera a Secretana de Atenção a Saude, por meio da Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - CGSI/DRAC/SAS/MS, adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS/SGEP/MS, para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 26 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência seguinte à sua publicação.

Art. 27 Ficam revogadas as Portarias nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007; Portaria nº 493/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007; Portaria nº 563/SAS/MS, de 16 de setembro de 2011; e Portaria nº 409/SAS/MS, de 10 de maio de 2012.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE E ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Ressalta-se que o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do todo da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

- a. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 50 Kg/m²;
- b. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- c. Indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica, de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

- I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;
- III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;
- IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica, anestésica).

2. Contra indicações para cirurgia bariátrica:

- a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia;
- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contraindicação do tratamento cirúrgico da obesidade, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

O acompanhamento pré e pós-operatório deve ser realizado pela equipe multiprofissional do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

A assistência pré-operatória deve ser realizada em duas fases:

Pré-operatório/Fases	Avaliações
Fase inicial	<p>Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e quando necessário pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.</p> <p>Indivíduos com IMC ≥ 40 kg/m² recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do sobrepeso no pré-operatório.</p> <p>Reuniões do grupo multiprofissionais, realizadas mensalmente, deventatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.</p>
Fase secundária	<p>Avaliação do risco cirúrgico</p> <p>Exames pré-operatórios: radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdomen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTp, creatinina, sódio, potássio, bilirubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, clorestos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, uréia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicosilada (sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina</p>

Assistência pós-operatória deve ser realizada da seguinte forma:

A assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade grau III e grau II com comorbidades deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses. No primeiro ano pós-operatório, diante da perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente, conforme descrito no quadro abaixo:

CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO	OPERATÓRIOS
Entre 15 a 30 dias (1º mês)	Consulta com cirurgião e nutricionista.
No 2º mês	Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 3º mês	Consulta com clínico, psicólogo e nutricionista.
No 4º mês	
No 6º mês	Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 9º mês	Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
Entre 12º e 15º meses	Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
18º mês	Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo.

Os exames pós-operatórios deverão ser realizados de acordo com a periodicidade estabelecida acima, sendo esses: hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, tolato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total.

5. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme as orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, descritas a seguir:

- Mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).
 - Abdominoplastia/torsoplastia: incapacidade funcional pelo abdômen em avental e desequilíbrio da coluna; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).
 - Excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).
- Contraindicação da Cirurgia Plástica Reparadora: ausência de redução de peso (falta de aderência ao tratamento).

ANEXO II

NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE

1. Normas gerais de credenciamento e habilitação:

1.1. Planejamento/Distribuição

As Secretarias de Saúde dos Estados deverão estabelecer um planejamento regional para a organização das linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade, definindo as especificidades da assistência ao indivíduo com obesidade e a distribuição dos serviços habilitados, conforme a necessidade da população e a disponibilidade orçamentária.

1.2. Processo de Credenciamento e Habilitação

1.2.1 - O processo de credenciamento/habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde. O respectivo Gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada, atendida a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento/habilitação desta Portaria e seus anexos, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte dos respectivos Gestores do SUS impede a sequência do processo.

1.2.2 - O processo de credenciamento/habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a. Documento de solicitação/aceitação de Credenciamento por parte do estabelecimento de saúde pelo diretor do hospital;

b. Formulário de vistoria, disponível no site www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado, pelos respectivos Gestores do SUS;

c. Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado pela Secretaria Municipal de Saúde, este deverá constar, além do parecer do gestor municipal, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

d. Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento, bem como a aprovação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, conforme Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013.

1.2.3 - Uma vez emitido o parecer favorável a respeito do credenciamento pelo (s) gestor (es) do SUS, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

1.2.4 - A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS (CGMAC/DAE/SAS/MS) os seguintes documentos:

a. Parecer conclusivo do gestor estadual quanto ao credenciamento do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;

b. Formulário de vistoria, modelo disponível no site www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado pelo respectivo Gestor do SUS;

c. Relatório de vistoria da VISA local, com parecer conclusivo sobre o credenciamento/habilitação do Serviço em pauta;

d. Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento, bem como a aprovação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, conforme a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013;

e. Informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital;

f. Titulação do responsável técnico cadastrado no CNES que deve ser médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo.

1.2.5 - O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria in loco para conceder a habilitação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade pelo Ministério da Saúde.

1.2.6 - Caso a avaliação seja favorável a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS - tomará as providências para a publicação da habilitação.

2 - Estrutura Assistencial

O estabelecimento de saúde a ser credenciado/habilitado como Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve oferecer atendimento especializado e integral em:

a) Diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico;

b) Atendimento de urgência referida nos casos de comorbidades da obesidade, que funcione nas 24 horas, mediante o termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS;

c) Atendimento ambulatorial dos obesos, conforme o estabelecido na linha de cuidado regional pelo gestor local e mediante termo de compromisso firmado entre as partes;

d) Internação hospitalar em leitos apropriados para obesos;

e) Salas de cirurgia equipadas para cirurgias bariátricas de obesos e disponibilidade de estrutura para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório;

f) Internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias, mediante termo de compromisso firmado com o gestor;

g) Cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica.

h) Reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

3 - Recursos Humanos:

3.1 - Responsabilidades Técnicas e Equipe de Cirurgia Bariátrica

a) O estabelecimento de saúde para ser credenciado/habilitado como Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve contar com serviço de Cirurgia Bariátrica, cujo responsável técnico deve ser médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, comprovada por registro dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

b) Cada médico responsável técnico só poderá assumir um único estabelecimento credenciado/habilitado pelo Sistema Único de Saúde, devendo este residir no mesmo município onde está situado o estabelecimento habilitado ou em cidade circunvizinha;

c) A equipe de cirurgia bariátrica deve contar com, pelo menos, mais um médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, além do responsável técnico, e contar com número suficiente de profissionais para a assistência nos leitos habilitados, em ambulatório e para as intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.

3.2 - Exigências gerais para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade:

3.2.1 - Equipe Mínima:

a) Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo;

b) Nutricionista;

c) Psicólogo ou psiquiatra;

d) Clínico-geral ou endocrinologista.

3.2.2 - Equipe complementar (apoio multiprofissional):

3.2.2.1 A estabelecimento deverá contar, em caráter permanente, com:

a) Equipe médica composta por: clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular e cirurgião plástico;

b) Anestesiologista;

c) Enfermagem;

d) Assistente Social;

e) Fisioterapeuta.

4 - Materiais e Equipamentos

O estabelecimento deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência e possibilitar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

Deverá destinar quantitativo de leitos adaptados para obesos, conforme descrito a seguir, tanto para internações clínicas quanto cirúrgicas.

4.1 - Ambulatório:

a) Consultório equipado com cadeira, mesa de exame, cadeiras de rodas adequadas aos obesos e balança antropométrica com capacidade para peso maior que 230 kg;

b) Sala de espera com cadeiras ou bancos adequados aos obesos.

4.2 - Enfermaria:

a) 01 (uma) balança antropométrica com capacidade mínima para peso maior que 230 kg;

b) 02 (dois) aparelhos de pressão com manguito especial;

c) Pelo menos 02 (dois) leitos com as seguintes especificações: cama hospitalar do tipo Fowler especial, acionável por controle eletrônico, para obesos, com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg (acionável por controle eletrônico), movimento de Trendelenburg (acionável por meio de motor ou por manivela) e colchão de alta densidade;

d) 02 (duas) poltronas com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg;

e) 01 (uma) cadeira de rodas específica para indivíduos obesos com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg;

f) 01 (uma) maca de transporte com cilindro de oxigênio que suporte paciente com mais 230kg;

g) Roupas específicas, tais como camisolas e pijamas, adequados para indivíduos obesos.

4.3 - Bloco Cirúrgico:

Deve contar com sala cirúrgica equipada para obesos, com mesa cirúrgica que resista a pesos superiores a 230 kg e suportes que possibilitem a fixação e a mobilidade do paciente, além dos equipamentos descritos a seguir:

a) Capnógrafo;

b) Oxímetro de pulso;

c) Monitor de transporte;

d) Monitor de pressão não invasiva;

e) Monitor de pressão invasiva;

f) 02 (duas) bombas de infusão, no mínimo;

g) Aparelho de pressão com manguito especial para obesos;

h) Material de emergência para reanimação cardiorrespiratória;

- i) Atastadores cirurgicos especiais para operaçoes cirurgicas de obesos;
- j) Válvulas com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas;
- k) Compressão intermitente para membros inferiores;
- l) Cautério bipolar;
- m) Maca de transferência de paciente obeso.

4.4 - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS, equipados para obesos:

- a) Box ou leito de pós-operatório de Cirurgia Bariátrica adequados aos obesos;
- b) Respiradores volumétricos que suportem volumes e pressões especialmente elevados nos obesos;
- c) Bipap (bi-level Positive Airway Pressure);
- d) Cama do tipo Fowler para obesos conforme especificado no subitem 4.2;
- e) Esfigomanômetro especial para obesos.

5 - Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia:

- a) Laboratório de Análises Clínicas que participe de programa de controle de qualidade;
- b) Posto de coleta no local e resultados disponíveis nas 24 horas: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, gasométricos, de lípidos orgânicos e de urina;
- c) Serviço de Imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo ou superior, equipamento de radiologia portátil, ecodoppler, ecografia e tomografia computadorizada, compatíveis com obesos. Os exames de tomografia computadorizada e ergometria poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar cadastrados como terceiros no CNES.
- d) Eletrocardiografia e ergometria;
- e) Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente, f) Farmácia.

6 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:

O estabelecimento a ser credenciado/habilitado como Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve possuir:

- a) Rotinas de funcionamento escritas, atualizadas e assinadas pelo responsável técnico pelo serviço de cirurgia bariátrica, que devem abordar todos os processos complementares envolvidos na assistência aos indivíduos com obesidade;
- b) Protocolos nutricionais;
- c) Protocolos de acompanhamento fisioterápico, com reabilitação funcional;
- d) Protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico;
- e) Formulários de avaliações e acompanhamento disponíveis no site www.saude.gov.br/dae/sas;
- f) Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

7 - Registro das informações sobre os indivíduos:

Deve possuir prontuário para cada paciente abordando o atendimento ambulatorial e hospitalar que contenha as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo respectivo atendimento (identificação do paciente, anamnese e exame físico, técnica cirúrgica, condições ou sumário da alta hospitalar). Os formulários disponíveis no www.saude.gov.br/dae/sas devem estar inseridos no prontuário do paciente para eventuais auditorias.

8 - Comissões

Para ser credenciado/habilitado como Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade o estabelecimento deve estar em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina.

8.3 ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa: **“Avaliação da Implementação da Linha de Cuidado para Cirurgia Bariátrica em Guarulhos”** que tem por objetivo avaliar a implementação da Linha de Cuidado de Atenção as Pessoas com Obesidade no Município de Guarulhos.

Os participantes desta pesquisa serão os componentes do grupo condutor da Rede de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas de Guarulhos constituídos em portaria municipal.

A sua participação no estudo consistirá na análise das conformidades e faltas de conformidades dos resultados obtidos a partir de indicadores previamente elaborados. A análise será feita em grupo, com a duração aproximada de 120 minutos. Caso seja necessário e, se for da vontade dos membros do grupo, poderemos agendar uma nova data e horário para a continuação/finalização da atividade.

Sua participação é muito importante, mas é voluntária e, portanto, o (a) Sr (a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início dos trabalhos em grupo, sem qualquer prejuízo do seu cargo ou função. Os resultados da discussão estarão vinculados ao grupo como um todo e não individualmente a nenhum participante, garantindo, assim, o seu anonimato. O Sr(a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

A sua participação na pesquisa não envolve riscos ou desconfortos além dos relacionados à avaliação dos indicadores que serão apresentados e do tempo dispensado para isso. Entretanto, o processo vai gerar informações que serão úteis para o estabelecimento das ações e metas para a efetiva implementação da Linha de Cuidado para Cirurgia Bariátrica em Guarulhos.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr(a) poderá entrar em contato com o coordenador orientador responsável pelo estudo: José da Rocha Carvalheiro, que pode ser localizado no Instituto de Saúde (tel. 3116 8563, das 8 h às 17 h, ou pelo email jrcarval@isaude.sp.gov.br) ou Reinaldo Trindade, aluno de pósgraduação, que pode ser localizado na Secretaria da Saúde de Guarulhos (tel. 2472-5008, das 8 h às 17 h, ou pelo email maprire@uol.com.br). O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também poderá ser consultado caso o Sr (a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa pelo telefone 11-3116-8597 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para PRINCIPAIS RESULTADOS ESPERADOS DA PESQUISA/BENEFÍCIOS IMEDIATOS OU NÃO.

Este termo será assinado em duas vias, pelo Senhor(a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa: "Avaliação da Implementação da Linha de Cuidado para Cirurgia Bariátrica em Guarulhos". Discuti com o pesquisador Reinaldo Trindade, responsável pela pesquisa, sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de anonimato, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo:

_____ / / _____


Assinatura do entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) para a sua participação neste estudo.

_____ / / _____

Assinatura do responsável pelo estudo.

8.4 ANEXO IV - Parecer Consubstanciado do CEP

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  SP

Continuação do Parecer: 2.110.888

realizadas e identificação por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para informações relativas à estrutura dos pontos de atenção envolvidos na LCO.

As atividades a serem desenvolvidas durante a pesquisa foram descritas mais detalhadamente, como recomendado e o cronograma foi alterado de forma adequada.

O orçamento, proveniente de recursos próprios, é mínimo, com gastos em transportes e fotocópias.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar mediante indicadores a implementação da Linha de Cuidado de Atenção as Pessoas com Obesidade no Município de Guarulhos.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a lista de espera de pacientes com indicação de cirurgia bariátrica e utilizá-la como "traçador".

Elaborar para avaliação indicadores de estrutura, processo e resultados envolvidos na LCO.

Identificar as conformidades e não conformidades da LCO no âmbito municipal.

Submeter ao grupo condutor da LCO a análise das conformidades e não conformidades.

Estabelecer junto ao grupo condutor ações e metas para a implementação efetiva da LCO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O desenvolvimento do projeto não envolve riscos ou desconfortos além de os relacionados à avaliação dos indicadores elaborados pelo pesquisador, que pode ser demorada e exigir mais que uma reunião. De qualquer forma os participantes são membros do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a atividade solicitada pela pesquisa não foge muito às atribuições desse colegiado.

O benefício será a contribuição dos resultados para o aprimoramento do programa da Obesidade do município de Guarulhos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo aborda uma questão interessante e relevante, considerando as necessidades de saúde na área das doenças cardiovasculares. Na introdução do projeto o tema escolhido foi razoavelmente bem situado, permitindo um bom conhecimento sobre o tema da pesquisa. Os objetivos do

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
 Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

**INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP**



Continuação do Parecer: 2.110.888

projeto foram reformulados, ficando, relativamente, mais clara a proposta da pesquisa. A metodologia parece coerente com os objetivos propostos, sendo que os resultados podem reverter em aprimoramento do programa de atenção à obesidade do município de Guarulhos.

O pesquisador apresentou a devida autorização da instituição onde se realizará o estudo. Apresenta um orçamento mínimo para custear fotocópias e transporte com recursos próprios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi reformulado de acordo com as recomendações e está de acordo com a resolução 466/12.

Recomendações:

Deve ser excluído o 7º parágrafo do TCLE (" Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para PRINCIPAIS RESULTADOS ESPERADOS DA PESQUISA/BENEFÍCIOS IMEDIATOS OU NÃO."), está repetido e, portanto, desnecessário.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_867124.pdf	24/05/2017 15:06:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tole_v3.pdf	24/05/2017 15:05:40	REINALDO TRINDADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetov3.pdf	24/05/2017 15:04:00	REINALDO TRINDADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_revisado.pdf	27/04/2017 12:07:32	REINALDO TRINDADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tole_revisado.pdf	27/04/2017 12:04:55	REINALDO TRINDADE	Aceito
Projeto Detalhado	projeto_reinaldo_trindade.pdf	31/03/2017	REINALDO	Aceito

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
 Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

Página 03 de 04

Continuação do Parecer: 2.110.888

/ Brochura Investigador	projeto_reinaldo_trindade.pdf	18:00:46	TRINDADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_concordancia.pdf	31/03/2017 17:51:13	REINALDO TRINDADE	Aceito
Folha de Rosto	folharostoreinaldo.pdf	14/02/2017 15:40:28	REINALDO TRINDADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 09 de Junho de 2017

Assinado por:
Maritsa Carla de Bortoli
 (Coordenador)