

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**Maria de Lurdes da Silva Homem**

**UM ESTUDO SOBRE A TRAJETÓRIA DOS  
PACIENTES PORTADORES DE OBESIDADE  
MÓRBIDA ATÉ A CIRURGIA BARIÁTRICA NO  
HGCR.**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 04107105

*TKL*  
Teresa Kleba Lisboa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

**FLORIANÓPOLIS  
2005**

**MARIA DE LURDES DA SILVA HOMEM**

**UM ESTUDO SOBRE A TRAJETÓRIA DOS  
PACIENTES PORTADORES DE OBESIDADE  
MÓRBIDA ATÉ A CIRURGIA BARIÁTRICA NO  
HGCR.**

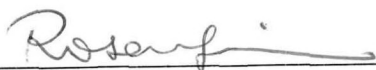
**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Serviço Social da Universidade  
Federal de Santa Catarina para obtenção do  
Título de Bacharel em Serviço Social, sob a  
orientação da professora Rosane Suely May  
Rodrigues Pereima.**

**FLORIANÓPOLIS  
2005**

**MARIA DE LURDES DA SILVA HOMEM**

**UM ESTUDO SOBRE A TRAJETÓRIA DOS  
PACIENTES PORTADORES DE OBESIDADE  
MÓRBIDA ATÉ A CIRURGIA BARIÁTRICA NO  
HGCR.**

**Trabalho de Conclusão de Curso aprovado  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento  
de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da  
Universidade Federal de Santa Catarina.**



**Prof.<sup>a</sup> Rosane Suely May Rodrigues Pereima.  
Professora do Departamento de Serviço Social - UFSC  
Orientadora  
Presidente da Banca Examinadora**

---

**Cleci Elisa Albiero**

**Professora do Departamento de Serviço Social - UFSC  
1<sup>a</sup> Examinadora**



**Miriam Dolores Moresco Silva  
Assistente Social do HGCR  
2<sup>o</sup> Examinadora**

**Florianópolis, junho de 2005**

**“... Não importa a tempestade, pois quando você está com Deus há sempre um arco-íris de esperança te esperando, desafiando-o para um novo começo!”**

**Marisa Mello Martins**

Dedico este trabalho aos dois grandes amores da minha vida Carlos e Gabriel, que me apoiaram, compreenderam e incentivaram na caminhada acadêmica. Mil perdões, pelos momentos que tive que me ausentar da vida de ambos, para me dedicar aos estudos. Imensamente grata pelo amor que nutrem por mim.

## AGRADECIMENTOS

Ao longo da vida acadêmica, muitas dificuldades e obstáculos surgiram e foram vencidos. Os quais foram incentivadores para tornar o grande sonho de vida em realidade. Através do apoio e compreensão de pessoas muito importante, este foi alcançado. A todos que me acompanharam nesta jornada gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos.

Acima de tudo a Deus, por toda força e determinação que me enviou nesta longa caminhada, principalmente nos momentos de dúvidas e incertezas, quando do surgimento dos desafios impostos pela nossa dura realidade.

Aos meus familiares, que mesmo eu estando ausente, fizeram-se presentes em pensamentos, sabedora do incentivo e colaboração que me dedicaram nesta trajetória, o meu muito obrigado pela compreensão e carinhos dedicados.

Aos meus pais (in memória) Araci e Elza e aos atuais, apesar de não ser filha de sangue, sinto que me amam como se fosse, pois sempre estiveram presentes, incitando-me a ir em busca da minha realização pessoal. Para vocês não tenho palavras para expressar o quanto os admiro e amo.

Às minhas irmãs, Claudia e Helena, por acreditarem e sempre estarem me incentivando, para não desistir do sonho traçado. Também as irmãs de coração Marilene Broering, Matilde e Marilene Varela, por sempre me incentivarem a lutar pelos meus objetivos.

Às pessoas que colaboraram direta e indiretamente para que este sonho se concretizasse, principalmente a nossa rede de amigos que souberam entender e compreender a nossa ausência em momentos que contavam com a nossa presença, dos quais tivemos que abdicar.

Ao nosso querido amigo e irmão Maumau (Maurício), como é chamado pelo meu filho, que muita força e apoio me proporcionou nos momentos de dedicação aos estudos, desde a parte de informática, como na colaboração de levar o meu “pimpolho” para a escola todos os dias, além da amizade e carinho existente entre a nossa família.

Às amigas do Curso, pois foram quase seis anos de convivência, Guacira, Marta, Ana, Vânia Regina e Girce, nessa longa caminhada, que de alguma forma sempre estiveram presentes e contribuindo.

Ao HGCR, por me proporcionar a possibilidade de estagiar e concluir o presente estudo, além de ser o meu local de trabalho, o qual me fornece os subsídios financeiros para a nossa sobrevivência.

À Equipe do Setor de Serviço Social, pelo carinho e apoio, concedido no período de produção deste trabalho. Aos Assistentes Sociais, Sra. Shirley (orientadora e supervisora e motivadora), Miriam, Josiane, Eliane e Carlos, além dos secretários Sr. Vilmar e Sra. Gilda.

À minha grande incentivadora e chefe Nieti, que sempre colaborou e apoiou nos momentos que necessitei de horário especial para me dedicar aos estudos. Também, aos colegas de trabalho, Tadeu, Dagmar, Eliane Aguiar, Rosângela e Nazareno.

À Equipe de Enfermagem da Unidade de Internação da Cirurgia Geral, pelo carinho e receptividade no período do estágio e pesquisa.

À UFSC, por nos proporcionar o estudo gratuito e de qualidade, principalmente aos professores do Departamento de Serviço Social e sua equipe.

À minha orientadora pedagógica Rosane Pereima, que esteve presente na construção e efetivação da minha conquista, incentivando, orientando e motivando a buscar sempre o melhor de mim e de tudo o que aprendemos e construímos durante a vida acadêmica.

A todos que contribuíram de alguma forma para que este trabalho se tornasse realidade.

**Os meus sinceros agradecimentos.**

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objeto de estudo compreender a trajetória dos pacientes portadores de Obesidade Mórbida até o procedimento cirúrgico no HGCR. Seu objetivo consiste em investigar junto aos pacientes que se submeteram à Cirurgia Bariátrica, a trajetória, sua decisão, motivação, e expectativas com relação à Cirurgia Bariátrica desenvolvida no HGCR. A inquietação pelo tema deste estudo surgiu durante o estágio obrigatório desenvolvido junto ao Serviço Social do HGCR. Foram selecionados, intencionalmente, dez pacientes internados no HGCR que já haviam realizado a cirurgia. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista com perguntas abertas, as quais foram realizadas no próprio hospital e de forma espontânea contribuíram para a compreensão do tema. Através deste estudo identificamos que são muitas as dificuldades vividas pelos pacientes portadores de Obesidade Mórbida, como a discriminação, a exclusão social, inclusive pela própria família e em relação ao trabalho, além das doenças que afetam esses pacientes, e todo o sofrimento causado pela obesidade. Sendo assim, torna-se relevante a compreensão desse processo, na busca de subsídios para desenvolver um melhor atendimento aos pacientes obesos, firmando o compromisso ético-político com a profissão e com os próprios pacientes portadores de Obesidade Mórbida.

**Palavras-chaves:** Serviço Social na área da saúde, Portadores de Obesidade Mórbida, Cirurgia Bariátrica, direitos dos pacientes.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Caracterização dos entrevistados.....	43
Ilustração 2 – Quem os encaminhou para o HGCR para a realização de sua cirurgia?.....	46
Ilustração 3 – Quais os motivos ou problemas que os levaram a optar pela Cirurgia? .....	47
Ilustração 4 – O que você já havia feito para solucionar o seu problema de Obesidade?.....	50
Ilustração 5 – Quais as mudanças que irão ocorrer em sua vida com a realização da Cirurgia?.....	51

## LISTA DE SIGLAS

ABESS – Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social

AIDS – Acquired Immunological Deficiency Syndrome (Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida)

ANAS – Associação Nacional de Assistentes Sociais

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

GAD – Grupo de Apoio ao Diabético

HGCR – Hospital Governador Celso Ramos

HIV – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IMC – Índice de Massa Corpórea

LOAS – Lei Orgânica De Assistência Social

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOBS - Norma Operacional Básica da Saúde

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TMO – Transplante de Medula Óssea

USIT – Unidade Semi-Intensiva

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE PRÁTICA</b> .....	14
<b>1.1 Histórico da Instituição</b> .....	14
<b>1.2 Contextualizando o Cenário de Prática</b> .....	16
<b>2 AS AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL E SUA ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO</b> .....	20
<b>2.1 A inserção do Serviço Social na área da Saúde</b> .....	20
<b>2.2 A intervenção do profissional de Serviço Social junto aos usuários do HGCR</b> .....	24
<b>3 A PESQUISA E O SEU PROCESSO TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	29
<b>3.1 Buscando entender a Obesidade Mórbida e o processo que compreende a Cirurgia Bariátrica</b> .....	29
<b>3.2 A unidade de internação como espaço que possibilita a busca da solução</b> .	37
<b>3.3 Caminhos metodológicos do processo de investigação</b> .....	39
<b>3.4 Apresentação dos dados coletados, análise e resultados</b> .....	42
<b>Considerações Finais</b> .....	54
<b>Sugestões</b> .....	59
<b>Referências</b> .....	60
<b>Apêndice</b> .....	63
<b>Anexos</b> .....	65

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar a pesquisa realizada sobre a trajetória dos pacientes portadores de Obesidade Mórbida até a Cirurgia Bariátrica no HGCR. O interesse pelo tema surgiu durante a prática proporcionada pelo estágio obrigatório, desenvolvido na instituição, momento no qual percebemos a angústia dos pacientes na busca de uma solução para os problemas causados pela Obesidade Mórbida, sendo que é definida como, “ingestão de quantidade de alimento maior do que aquela que o organismo pode metabolizar e utilizar, levando ao acúmulo desse excesso na forma de gordura de reserva corporal” (MANUAL MERCK, 2001, p.59). Observamos que muito tinham a falar sobre o assunto.

Então, optamos pelo tema devido à necessidade de compreender e obter mais subsídios para esclarecer e orientar os portadores de Obesidade Mórbida, durante o processo de motivação, dúvidas, expectativas e tomada de decisão pela realização da Cirurgia Bariátrica no HGCR.

Procuramos identificar junto a esses pacientes, se haviam utilizado os serviços dos Assistentes Sociais, pois sabemos que o Serviço Social tem muito a contribuir no processo de tratamento. A busca por essas informações, foi no sentido de ampliar a nossa capacidade para o desenvolvimento das práticas profissionais de Serviço Social, a fim de atender de forma adequada as demandas que permeiam o cotidiano dos pacientes portadores de Obesidade Mórbida.

Desenvolvemos uma pesquisa exploratória, de cunho qualitativo, buscando entender o fenômeno social sobre a trajetória dos portadores de Obesidade Mórbida até a Cirurgia Bariátrica. A temática é ainda pouco conhecida e discutida principalmente pelo Serviço Social, pois a Cirurgia Bariátrica, como um procedimento na busca de solução ainda é um processo relativamente novo, especialmente em nosso Estado.

Nossa amostra é intencional e compõe-se por dez pacientes que já haviam se submetido ao procedimento cirúrgico. Optamos pela entrevista com perguntas abertas, o que possibilitou captar a vivência dos entrevistados frente à problemática relacionada à Obesidade Mórbida. Nosso estudo é resultado da preocupação em identificar através das experiências vividas por esses pacientes portadores de Obesidade Mórbida, os fatores que os influenciaram e como se deu o processo para a efetivação da política direcionada para os portadores de Obesidade Mórbida (portaria em anexo). Como também, a operacionalização das diretrizes propostas pela política do SUS, como forma de prestar atendimento para todos os cidadãos que dele necessitar.

A partir da compreensão do que nos foi relatado pelos sujeitos da pesquisa e através da reflexão e avaliação dos dados empíricos obtidos, conseguimos ampliar o nosso conhecimento sobre a Obesidade e o processo que envolve a Cirurgia.

Nesse sentido, o presente estudo está organizado em três capítulos, descritos a seguir.

No primeiro capítulo, apresentamos a caracterização do cenário de prática, o histórico sobre a concretização, efetivação e construção da instituição, e ainda procuramos contextualizar a instituição nos dias atuais, como forma de situar o leitor nesse contexto.

No segundo capítulo, apresentamos a inserção do Serviço Social na área da saúde e sua intervenção junto aos usuários da instituição.

No último capítulo apresentamos os processos teórico-metodológicos da pesquisa. Buscamos compreender o processo da Cirurgia Bariátrica, contextualizando-a e conceituando-a, pressupondo conhecimento referente à Obesidade Mórbida. Apresentamos a unidade de internação dos pacientes, a caracterização dos entrevistados, os caminhos metodológicos do processo de investigação, onde torna-se evidente a pesquisa de cunho qualitativo, processo no qual buscamos entender o fenômeno social referente à trajetória

dos portadores de Obesidade Mórbida até a tomada de decisão e realização da Cirurgia Bariátrica.

Com a realização das entrevistas, identificamos os motivos, as medidas que já haviam sido tomadas com o objetivo de solucionar o problema, os aspectos para a efetivação do processo pré-avaliativo no decorrer do percurso, e se o Serviço Social esteve inserido nesse processo. Procuramos identificar as expectativas em relação à Cirurgia Bariátrica e o entendimento sobre a Obesidade Mórbida.

A partir deste trabalho, os resultados alcançados permitiram compreender a vivência dos pacientes em seu processo como obeso, o percurso, a decisão pela cirurgia até a efetivação do procedimento cirúrgico, como busca de solução.

Por fim, apresentamos as considerações finais, momento no qual fazemos um retorno reflexivo sobre a temática e sobre o que foi efetivado em relação à política pública de saúde direcionada aos portadores de Obesidade Mórbida.

Esperamos estar contribuindo com a socialização deste estudo, no sentido de despertar o leitor para a problemática que envolve a Obesidade Mórbida, desde o sofrimento psicosocial, emocional que ela provoca, até as complicações físicas causadas por esta enfermidade.

Cabe destacar que o Assistente Social é um profissional fundamental em uma equipe de saúde, por ter a capacitação para trabalhar com as questões humanas e sociais, na busca da promoção, proteção e recuperação da saúde e dos indivíduos de uma sociedade.

## CAPITULO I

### 1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE PRÁTICA

#### 1.1 Histórico da Instituição

“ Hospital é o estabelecimento onde se acolhem doentes para proporcionar-lhes assistência médica, e ao mesmo tempo, dispõe das instalações e da infra-estrutura necessárias ao desempenho de funções paralelas como o ensino prático da medicina e a pesquisa” (BARSA,1997, p 473).

Ao traçarmos uma evolução histórica do Hospital Governador Celso Ramos, verificamos que para o Estado alcançar o objetivo de proporcionar aos seus servidores assistência hospitalar, o então Governador do Estado, Celso Ramos, entendeu ser a construção e manutenção de um hospital para servidores públicos o “ melhor negócio”.

Os recursos para a construção do hospital foram providos através do Decreto Estadual de 21 de julho de 1961, designando o Montepio<sup>1</sup> dos Funcionários Públicos do Estado como corretor oficial de todos os seguros contratados e pagos por verbas próprias do Governo Estadual (incêndio, acidentes de trabalho, acidentes pessoais).

A Secretaria da Fazenda, órgão centralizador de todos os contratos de seguro do Estado, era responsável pela cobrança dos referidos seguros.

Com os resultados obtidos através da corretagem, o Montepio dos Funcionários Públicos do Estado iria construir e manter o estabelecimento hospitalar.

A obra só se tornou realidade pela coragem dos executores em realizarem diretamente muitos dos serviços, montando uma estrutura própria para reduzir custos.

---

<sup>1</sup> Montepio: “Associação em que cada membro, mediante prestação mensal, adquire certos direitos”. Minidicionário LUFT. (1996, p.430).

No próprio local (originalmente uma chácara) foram instalados os escritórios para atendimento de todos os serviços e, em 27 de outubro de 1962, foi lançada a pedra fundamental, dando início à construção.

Em julho de 1963, o serviço de estaqueamento estava em fase conclusiva. Em 1965, a obra, com área de 15.000m<sup>2</sup>, onze pavimentos e capacidade para 200 leitos, estava concluída. Foi considerado o maior empreendimento do gênero no Sul do país, servindo de apoio às Faculdades de Medicina e Bioquímica. O hospital foi inaugurado em 06 de novembro de 1966, pelo governador Ivo Silveira.

Em seus 38 anos de luta pela vida, o Hospital Governador Celso Ramos, encontra-se situado à Rua Irmã Benwarda, 297 - Centro – Florianópolis, SC. Possui cento e noventa e seis leitos ativados, internando-se no sétimo andar os pacientes de todas as especialidades, desde a Clínica Médica até a da Clínica Cirúrgica. No sexto andar, estão internados os pacientes da Neurocirurgia. No quinto andar, estão os pacientes da Clínica Médica e o quarto andar é destinado aos pacientes internados particulares e que possuem convenio de saúde. No segundo andar, os pacientes da Cirurgia Geral e da Cirurgia Bariátrica<sup>2</sup>. As Unidades de Neurologia e traumatologia encontram-se no segundo subsolo. Além desses, temos onze leitos destinados aos pacientes que se submetem ao transplante de medula óssea (TMO), onze para os pacientes que necessitam de cuidados intensivos (UTI) e, mais dezesseis leitos, disponibilizados para pacientes que necessitam de cuidados semi-intensivo (USIT).

O Hospital ainda conta com uma Unidade de Rim que presta assistência aos pacientes Renais Crônicos, onde são realizadas as seções de Hemodiálise e preparação para transplante renal.

---

<sup>2</sup> Cirurgia Bariátrica: São várias técnicas de procedimentos cirúrgicos para a redução do volume estomacal e é indicado para casos de obesidade mórbida, com o intuito de recuperar o peso ideal. [http://www.hospitalmemorial.com.br/especialidades/cirurgia\\_bariatrica.shtml](http://www.hospitalmemorial.com.br/especialidades/cirurgia_bariatrica.shtml). 17/10/2003.



Esses transplantes são realizados no Centro Cirúrgico, onde há sete salas cirúrgicas disponibilizadas para todas as especialidades atendidas no hospital.

O hospital conta com a Central de Transplante de Órgãos, ligada diretamente à Secretaria de Estado da Saúde e ao Ministério de Saúde, facilitando o processo de acesso à fila única de Transplante de Órgãos de todo o Brasil.

Seu quadro funcional é composto por aproximadamente 940 servidores e 140 médicos. Conta ainda com 95 funcionários terceirizados, prestando serviços de limpeza e vigilância.

O hospital possui um grupo de voluntárias que contribui no auxílio assistencial aos pacientes internados e funcionários quando necessário. Este grupo é responsável pela organização e comemoração de datas especiais, assim como pela distribuição de pequenas lembranças, em festas de natal, páscoa, etc.

O hospital recebe doações da comunidade em geral, de algumas empresas, através dos seus projetos de responsabilidade social.

O HGCR presta atendimento de média e alta complexidade através dos serviços de emergência, ambulatorial e de internação do paciente. Oitenta por cento dos pacientes são atendidos pelo Sistema Único de Saúde-SUS, vinte e cinco por cento do total dos pacientes são provenientes do interior de Santa Catarina.

Desde sua fundação, passaram pelo hospital cerca de 185 mil pacientes. O número de atendimentos na emergência é de 450 por dia e 600 internações ao mês.

## **1.2 Contextualizando o Cenário de Prática**

O Hospital Governador Celso Ramos é hoje um centro de referência para todo Estado de Santa Catarina, atendendo em sua grande maioria, usuários do SUS. É

regulamentado pela Lei 8.080/90, em seu Capítulo I dos objetivos e atribuições, no seu Art. 5º, parágrafo III, como sendo função dos serviços de saúde – “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. É considerado, conforme a mesma Lei, na rede de atendimento aos usuários do SUS como prestador de assistência médica integral à população.

É um hospital geral para adultos, que oferece todas as especialidades médicas, sendo provavelmente um dos hospitais públicos mais completos e com maior resolutividade de todo o Estado.

Tem como missão, “prestar assistência de excelência e referência à população e atuar como campo de ensino e pesquisa, oferecendo todo o conhecimento e tecnologia apropriados, no âmbito da Saúde” (SILVA (1991: sp).

O Hospital Governador Celso Ramos oferece, mais especificamente, os seguintes serviços especializados:

- Emergência 24 horas com atendimento em regime de plantão ou sobreaviso nas seguintes especialidades: clínica médica, cirurgia geral, anestesia, cardiologia, ortopedia, urologia, neurocirurgia, cirurgia buco-maxilofacial, cirurgia torácica, cirurgia vascular, cirurgia plástica, neurologia, endoscopia digestiva e respiratória, gastroenterologia, neuroradiologia, otorrinolaringologia, radiologia convencional e intervencionista, e tomografia computadorizada;
- Unidade Terapia Intensiva com tecnologia de ponta e equipe profissional gabaritada e treinada;
- Ambulatório com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, atendendo todas as especialidades clínicas e cirúrgicas, realizando em média 6.000 consultas ao mês;

- Centro de treinamento Médico com Programa de Residência Médica nas seguintes áreas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Urologia, Neurologia, Oncologia, Hematologia, Ortopedia e Terapia Intensiva;
- Grupo de Apoio ao Diabético - GAD - destinado à orientação e tratamento do paciente diabético internado ou não, formado por equipe multidisciplinar de médicos, nutricionistas, assistentes sociais e enfermeiros;
- Serviço de Hemodiálise moderno, com tecnologia de ponta para atendimento de pacientes com insuficiência renal crônica, numa média de atendimento mensal de 350 sessões;
- Serviço de Plasmaferese<sup>3</sup>;
- Serviços de Apoio constituído por profissionais de todas as áreas afins: nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogas e psicólogos;
- Transplante de rim e de medula óssea.

O seu quadro de especialidades Médicas é constituído por: Anestesistas; Cirurgião Bucal-maxilofacial; Angiologistas; Cardiologistas; Cirurgião de Cabeça e Pescoço; Cirurgião Geral; Cirurgião de Plástica; Cirurgião da Torácica; Cirurgião Vascular; Cirurgião de Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica); Cirurgião Oncológico; Cirurgião em Mastologia; Dermatologistas; Endocrinologistas; Gastroenterologistas; Geriatrias; Ginecologistas; Hematologistas; Nefrologistas; Neurologistas; Neurocirurgiões; Neuroradiologistas; Oncologistas; Ortopedistas; Oftalmologistas; Otorrinolaringologistas; Pneumologistas; Proctologistas, Radiologista Geral; Reumatologistas; Ultra-sonografistas; Urologistas e Médicos Intensivistas.

---

<sup>3</sup> PLASMAFERESE: Procedimento de obtenção de plasma a partir da coleta de sangue total, onde os elementos celulares são removidos e devolvidos ao doador durante a doação. [http://www.Saude.inf.br/lrgisl/rdc46\\_00.htm](http://www.Saude.inf.br/lrgisl/rdc46_00.htm). 12.05.05.

Mesmo sendo um hospital público, atende aos seguintes convênios: ASSEFAZ; Banco do Brasil; Banrisul; Bradesco Saúde; Brasil Assistência; Brazil Assistance Representações Ltda; CABERJ; CABESP; Clube de Proteção à Família; Coca-Cola; Cooperativa dos Rodoviários Ltda; Eletrosul; Empresa Brasileira Correios; Escola Aprendizes de Marinheiros; FASBEMGE; FUNBEP; FUNCEF; INCRA; FUSESC; GEAP – Patronal; GNPP Assistência e Serviços Ltda; Golden Cross; IBM; Unisanta; Plan Assist.. Ministério Público do Trabalho; Plan Assist. - Procuradoria da República do Estado de SC; SUS; Telesc; Unimed e Unisys Eletrônica Ltda.

O hospital encontra-se estruturado em: Direção Geral, Órgãos de Atividade Meio, Órgãos de Atividade finalistas e Gerência de Enfermagem. Os Órgãos de Atividade Meio são formados pelos setores de: Gerência Administrativa Financeira; Serviço de Nutrição e Dietética; Serviço de Farmácia; Serviço de Material e Patrimônio; SAME; Serviços Gerais; Serviço de Processamento de Roupas; Serviço de Administração de Recursos Humanos.

Os Órgãos de Atividades Finalistas compõem-se de Gerência Técnica, Corpo Clínico, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia.

E, subordinados à Gerência de Enfermagem, temos: Unidades de Internações (como o sétimo andar, sexto andar, quinto andar, quarto andar, segundo andar, neurologia e ortopedia); Centro Cirúrgico; Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.); Unidade de Terapia Semi-Intensiva (U.S.I.T); Centro de Material e Esterilização; Emergência e Ambulatório.

A seguir, apresentaremos o Serviço Social e sua inserção na Instituição, como forma de facilitar a compreensão sobre a importância de sua atuação na área da saúde.

## CAPÍTULO II

### 1 AS AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL E SUA ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO

#### 2.1 A inserção do Serviço Social na área da saúde

Desde o surgimento do Serviço Social, os Assistentes Sociais percorreram um longo caminho, principalmente na área da saúde, para ter seu espaço reconhecido e legalizado.

O Serviço Social, tanto mundialmente quanto no cenário brasileiro, começa a se destacar e, cada vez mais, abranger suas áreas de atuação. Porém, para atuar em determinadas áreas, como a da saúde, enfrentou obstáculos na busca de seu reconhecimento como profissão importante na área. Apesar da profissão do Serviço Social estar inserida há muito tempo em hospitais, sua regularização ocorreu em 1997, com a Resolução do CNS nº 218/97, por meio da qual o Assistente Social passa a fazer parte integrante da equipe de saúde de nível superior.

Sabe-se que hoje, no Brasil, a área da saúde constitui-se em um vasto campo de atuação do profissional de Serviço Social. Porém, ao termos conhecimento dos currículos anteriores, percebe-se que havia maior preocupação com a formação na área da saúde do que atualmente.

Com o reconhecimento do Assistente Social como profissional da área da saúde, nas últimas décadas, vem sendo requisitado para atuar nos serviços de saúde, como Centro de Saúdes, ambulatórios especializados, Centros Clínicos, privados, serviços públicos estaduais e municipais. O Serviço Social se faz presente igualmente em entidades de representação ligadas diretamente ao setor da saúde como o Conselho Nacional de

Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde, bem como nos organismos de representação dos interesses dos segmentos sociais envolvidos com a prestação e o consumo de serviços de saúde.

Muitas modificações ocorreram devido ao Movimento Sanitário, que teve início na sociedade civil, a qual buscava a popularização da saúde, objetivando a ampliação do seu conceito. Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde discute-se sobre o direito à saúde como parte da cidadania e a reorganização de um setor em um Sistema Único de Saúde, assegurado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e 8.142/90. Então, no Art. 196 da Constituição Federal de 1988 apresenta a saúde “é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Ainda em relação à inserção do Serviço Social na área da saúde, o próprio projeto político da categoria acreditava ser este campo, um espaço coletivo para a intervenção profissional, não mais centrado na polaridade do discurso médico de atuação simplificada ao processo biopsicosocial e sim, no enfoque coletivo de atuação.

Com as transformações ocorridas na prática profissional e no contexto do sistema de saúde, o Serviço Social sentiu a necessidade de ampliar a busca por novos conhecimentos e instrumentos, voltados essencialmente para a intervenção no enfoque da atenção à saúde coletiva.

Segundo Souza (1995, p.58):

A inserção do Serviço Social no setor da saúde tem evidenciado que sua intervenção expressa na prática profissional dos Assistentes Sociais, tem se tornado necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis. As demandas que se colocam à profissão neste setor vem exigindo dos profissionais conhecimentos específicos relativos à saúde e

possibilitando tanto a ampliação da área de intervenção como espaço para reflexão da prática.

O Assistente Social para desenvolver o seu agir profissional, “precisa estar constantemente conectado à realidade, numa postura investigativa, criando e recriando possibilidades de enfrentamento da questão social e de superação das desigualdades sociais” (BARBIANI, 1998, p.157).

Dessa forma, precisamos compreender os usuários também como indivíduos e não apenas visualizá-los na coletividade, possibilitando aos poucos incluir uma nova conceituação no processo saúde-doença, que corresponda a mudanças qualitativas para seus usuários.

Os profissionais do Serviço Social que atuam na área da saúde, principalmente em hospitais, enfrentam ainda um certo preconceito por alguns profissionais e pacientes. Este preconceito vem de um antigo pensamento que devido ao próprio processo histórico-cultural, está fixado em nossa sociedade, de que somente o “saber médico” e o diagnóstico biologicista são importantes e responsáveis pelo controle e manutenção da saúde.

Para a superação desse conceito, é necessária a transformação do enfoque do “saber médico”, sendo fundamental que se constitua em um esforço conjunto dos vários campos do conhecimento, onde se deve compreender a prática social de cada profissão, para que conjuntamente se enfrente a complexidade dos problemas da atualidade. Dessa forma, é necessário, igualmente, o respeito e o esforço conjunto das equipes multiprofissionais na área da saúde, pois devem refletir juntas utilizando positivamente a diversidade de percepções, conhecimentos e ideologias a favor do usuário.

Com isso, é importante lembrar que nas últimas décadas, registramos importantes marcos históricos com proporções à unificação do saber e difusão do conhecimento, de maneira que viessem a contribuir para a universalização da comunicação

e de informações, em prol do atendimento universal e integral, buscando a promoção e recuperação do paciente.

Para Barbiani (1997, p.35):

Mais do que nunca revigoram-se as teorias e as tentativas que apontam para o resgate da unidade do saber, para uma reaproximação das disciplinas e em contra partida, para o trabalho coletivo, solidário e interdisciplinar como resposta a reação à tendência mundial de fragmentação das relações sociais.

No contexto atual, o redimensionamento do saber e do fazer, apresenta-se como sendo indispensável ao profissional, como desenvolver o seu agir profissional, buscando novas alternativas de intervenção.

A visão exclusiva de cada profissão, fragmentando o processo de intervenção, e do saber, ou seja, das práticas multiprofissionais “[...] onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e troca de informações entre si [...]” (VASCONCELOS, 1997, p.141), não tem respondido às necessidades de saúde da população usuária de seus serviços.

No Brasil, o Assistente Social começou a ser reconhecido como profissional da área da saúde que articula o recorte social, na busca da promoção, recuperação e prevenção, somente a partir de 06 de junho de 1990 com o parecer elaborado pelos CFESS – Conselho Federal de Serviço Social, ANAS – Associação Nacional de Assistentes Sociais e pela ABESS – Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social, que não deixa qualquer dúvida acerca da questão.

O parecer traz que:

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional de Saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria fruto de avanços obtidos na



trajetória histórica da profissão, buscando a garantia de prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população.

Porém, somente em 06 de março de 1997, conforme mencionado anteriormente, com CNS N° 218, o Assistente Social foi enfim reconhecido como profissional de saúde de nível superior, juntamente com outras categorias. Essa decisão foi reafirmada em 29 de março de 1999, pela então presidente do CFESS, Valdete de Barros Martins, mediante Resolução do CFESS N° 383/99 (ver nos anexos).

Após essa longa trajetória, o Assistente Social conquista seu lugar como profissional da área da saúde, principalmente em hospitais públicos, onde geralmente desenvolve seu processo de trabalho em conjunto com os demais profissionais, fazendo parte das equipes multiprofissionais. Mesmo assim, sabe-se que ainda há a necessidade de se conquistar outros espaços de atuação do Assistente Social nas diversas instituições de saúde.

## **2.2 A intervenção do profissional de Serviço Social junto aos usuários do HGCR**

O Serviço Social no Hospital Governador Celso Ramos foi criado juntamente com a instituição em 1966. É o setor encarregado da coordenação das atividades relativas à assistência complementar aos clientes e aos familiares em regime de internação e a nível ambulatorial. Este serviço está subordinado à Direção Técnica Médica e, atualmente, conta com cinco Assistentes Sociais, sendo uma secretária e uma estagiária do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Segundo Silva, (1991, sp) para a implantação do Serviço Social no HGCR, foi contratada uma Assistente Social de um hospital de São Paulo.

O Serviço Social do Hospital Governador Celso Ramos iniciou em 1966, através da contratação da assessoria da Assistente Social Ursula

M. Simonn, Professora da Escola de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, integrante do Serviço social do Hospital dos Servidores Públicos de São Paulo e especializada em administração hospitalar, para organizar a implantação do Serviço Social no estabelecimento.

No atual Programa de Intervenção, o Serviço Social da instituição, desenvolve suas atividades, baseado no plano que segue:

Possui uma atividade fim, que tem como objetivo básico estudar, diagnosticar e tratar seus pacientes com seus problemas decorrentes de suas mudanças comportamentais e sociais, questões de saúde proporcionando a sua promoção e seu desenvolvimento. Compete ao Serviço Social coordenar, prevêr e organizar o pessoal e material específico, e suas atividades, estabelecer as diretrizes de atuação do serviço, de acordo com Divisão Médico Técnica (SILVA,1998, p. 39).

Da definição das diretrizes básicas do referido programa, caracteriza-se o papel e a competência do Serviço Social hospitalar no HGCR, evidenciado na aplicação de seus métodos básicos: tratamento de casos, trabalho de grupo, desenvolvimento comunitário e o emprego da administração, pesquisa, supervisão e planejamento.

Desta maneira, o Serviço Social congrega saberes com os demais profissionais, formando uma equipe multiprofissional em um processo de ação integrada, a fim de atender as necessidades biopsicosociais dos pacientes e familiares, especialmente dos pacientes que se submetem a Cirurgia Bariátrica.

A equipe multiprofissional ou multidisciplinar é definida:

Nas práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e troca de informações entre si, a não ser um sistema de referência e contra-referência dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa (VASCONCELOS,1997,p. 141).

Também são funções do Serviço Social elaborar, coordenar, executar, avaliar, supervisionar planos, programas, projetos de assistência social e bem estar social. E, ainda, contribuir na educação da população atendida seja de forma social ou sanitária, proporcionar o desenvolvimento técnico-profissional ao seu pessoal, contribuir para uma

maior rotatividade de leito hospitalar, removendo possíveis bloqueios que possam retardar a efetivação da alta, tomando providências junto à família e à comunidade. Estimula o desenvolvimento da integração funcional do servidor, participa e colabora na administração hospitalar, dentre outros.

Através de seu Plano de atuação, os Assistentes Sociais do HGCR desenvolve suas ações direcionadas aos pacientes internados e sua família, bem como, aos pacientes externos e aos que consultam nos ambulatórios, e igualmente, aos que procuram o Serviço Social em busca de esclarecimentos, informações, orientações e outros serviços.

O paciente/usuário do Serviço Social no HGCR caracteriza-se pela utilização do SUS como via ambulatorial e de internação, através do encaminhamento da atenção primária via Postos de Saúde ou por meio dos médicos que acompanham os pacientes, sendo o hospital considerado na rede, como prestador de assistência médica integral à população, segundo a Lei Orgânica da Saúde do CNS N° 8.080/90, conforme mencionamos anteriormente.

A intervenção profissional com pacientes portadores de Obesidade Mórbida, que decidem pela realização da Cirurgia Bariátrica (gastroplastia) no HGCR, ocorre através do contato direto com os pacientes e/ou familiares. Atende as principais necessidades sociais decorrentes da intervenção cirúrgica, do pré-operatório e pós-operatório. Para realizar essas intervenções, o profissional de Serviço Social precisa conhecer as diversas políticas sociais, legislações e regulamentações como: SUS, LOAS, Previdência Social, Constituição Federal, NOBS, NOAS e outros.

Os profissionais do Serviço Social, também prestam atendimento aos familiares dos pacientes internados, proporcionando-lhes informações a respeito do quadro geral do paciente, inclusive sobre os direitos do mesmo, situação que muitas vezes desconhecem. Através da comunicação com os familiares, buscam conhecer melhor a relação familiar,

aprendendo a valorizar as informações fornecidas, o que auxilia para o conhecimento de hábitos, costumes e valores dos pacientes, possibilitando melhor qualidade para a assistência, a fim de alcançar resultados positivos com relação ao tratamento, objetivando que o paciente se torne sujeito ativo do seu pré-restabelecimento.

Vale, ainda, ressaltar a importância da socialização dos direitos dos pacientes formalizados pela Assembléia Legislativa, Comissão de Direitos Humanos e Direitos do Consumidor, implantada em Santa Catarina em 26 de junho de 2000. Percebemos sua grande importância para os pacientes que necessitam de internação, pois o período de permanência na instituição, por vezes se torna prolongado. Como forma de esclarecer ao leitor sobre esses direitos, apresentamos a seguir alguns desses direitos:

- O paciente tem direito ao atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento.
- O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.
- O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com nome completo, função e cargo.
- O paciente tem direito de receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e a saúde.
- O paciente tem direito a sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.
- O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV/AIDS ou doenças infecto-contagiosas.

→ O paciente tem o direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênicas, quer quando atendido no leito, ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.

→ O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de amigos e parentes devem ser disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico/sanitárias. Em caso de parto, a parturiente poderá solicitar a presença do pai.

→ O paciente tem direito à informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnosticadas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.

→ O paciente tem direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações.

Dessa forma, o Serviço Social do HGCR deve buscar sempre orientar e esclarecer as dúvidas de seus usuários através de ações sócio-educativas e sócio-assistenciais, de modo a levá-los a usufruir sua plena cidadania. Sendo assim, a socialização da referida Cartilha, seria uma das formas de se alcançar tal objetivo.

A seguir, abordaremos o capítulo referente ao processo teórico-metodológico da pesquisa, contemplando, inicialmente, a compreensão sobre a Obesidade Mórbida e a Cirurgia Bariátrica, como forma de introduzir o assunto no seguimento deste estudo.

## CAPÍTULO III

### 3 A PESQUISA E O SEU PROCESSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### 3.1 Buscando entender a Obesidade mórbida e o processo que compreende a Cirurgia Bariátrica<sup>5</sup>

Como forma de buscar compreender a realidade vivenciada por pacientes que se submeteram à Cirurgia Bariátrica, percebemos ser necessário entender o que envolve a Obesidade Mórbida e sobre a cirurgia que possibilita uma nova tentativa de solução ao paciente. A Cirurgia Bariátrica é um procedimento recente, portanto, desconhecido por muitos, especialmente no contexto catarinense, onde há poucos serviços que oferecem tal atendimento.

A obesidade é reconhecida, hoje, pela Organização Mundial de Saúde, como uma epidemia global, que acomete milhões de pessoas no mundo todo, sendo considerada como um importante problema de saúde pública, trazendo, a um número crescente de pessoas, graves problemas sociais e de saúde.

No Brasil, e em outros países ocidentais, supõe-se que uma parcela importante da população (mais de 22% da população brasileira, anexo dados recentes do IBGE) esteja acima do peso. Foi preocupado com o alto índice de obesos que o Ministério da Saúde implantou a Portaria nº 628/GM de 26 de abril de 2001 (em anexo).

---

<sup>5</sup> Fonte de onde foram retirados alguns dos dados e informações, que serão apresentados neste capítulo: [http://www.hospitalmemorial.com.br/especialidades/cirurgia\\_bariatrica.shtml](http://www.hospitalmemorial.com.br/especialidades/cirurgia_bariatrica.shtml), em 17.10.2003.

<http://www.abeso.org.br>, em 02.03.05.

Manual Merck: diagnóstico e tratamento, Cap. 5 Obesidade, p. 58-61.

A referida portaria preconiza que para um hospital credenciar-se ao serviço de Cirurgia Bariátrica, é necessário a formação de uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, endocrinologistas, nutricionistas, enfermeiros, anestesistas, intensivistas, psicólogos, fisioterapeutas e professores de educação física.

A obesidade é uma doença crônica com várias causas como problemas genéticos, metabólicos, comportamentais e culturais, que contribuem de diferentes formas para o aparecimento deste distúrbio alimentar.

Porém, qualquer que seja a causa, a obesidade tem como fator determinante a ingestão de quantidade de alimento maior do que aquela que o organismo pode metabolizar e utilizar, levando ao acúmulo desse excesso na forma de gordura de reserva corporal.

Sabe-se que a obesidade é uma doença epidêmica que vem atingindo grande parte da população mundial e que causa uma série de outros problemas graves de saúde, tanto orgânicos quanto psicológicos, colocando a vida do doente em risco. Esta doença está presente em todas as classes sociais, nas diversas etnias e em todas as idades, inclusive em crianças.

A cirurgia, como busca de solução para a Obesidade Mórbida, vem sendo realizada, conforme a literatura, desde 1954 nos E.U.A., pelos Drs. Kremer e Linner. O tratamento cirúrgico da obesidade não é um procedimento novo, sendo descrito há mais de 40 anos. No entanto, a cada dia novas técnicas são descritas e aperfeiçoadas, visando a melhorar os resultados e diminuir as complicações.

Os tratamentos cirúrgicos idealizados e disponíveis possuem basicamente o intuito de promover a redução do volume de ingestão total do paciente (aspecto restritivo), redução da absorção do conteúdo alimentar ingerido (aspecto disabsortivo) ou associar

estes dois componentes na mesma técnica cirúrgica (aspecto misto), sendo essas as técnicas mais utilizadas ultimamente.

No HGCR, a Cirurgia Bariátrica vem sendo realizada somente a partir de outubro de 2002, como mostra a declaração do então atual Diretor Geral da instituição (em anexo), porém, oficialmente e legalmente, apenas a partir de outubro de 2003 para os pacientes usuários do SUS.

A cirurgia é indicada para pacientes com Obesidade Mórbida, com índice de massa corpórea (IMC) superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, resultando em grande perda de peso, que geralmente são mantidos por aproximadamente 5 anos.

As técnicas cirúrgicas mais comuns são a gastroplastia estriada vertical e o desvio gástrico. Estas reduzem radicalmente o volume gástrico através da criação de uma bolsa gástrica de não mais que 25ml de volume.

Inicialmente, a perda de peso com a cirurgia é rápida, retardando gradualmente por um período de 2 anos. No período pós-cirúrgico o paciente perde em média entre 40 e 60 kg, dependendo da extensão de sua obesidade. Percebemos que os pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos ao começarem o processo de perda de peso, passam a demonstrar uma melhora da sua auto-estima, bom humor e recomeçam a planejar novos rumos para uma vida diferente da que vivenciaram no período em que se encontravam obesos, conforme constatamos pelo relato a seguir:

Já haviam tentado todos os métodos existentes para emagrecer, desde as dietas (sendo que as primeiras sempre surtem efeitos e, com o passar do tempo, já não resolvem mais), simpatias e até o uso de medicamentos controladores ou inibidores do apetite (que enquanto se está ingerindo o medicamento consegue-se emagrecer, porém é só parar com o mesmo que se volta a adquirir o peso igual ou superior ao que se tinha antes de iniciar o uso do mesmo) (Fonte: Paciente A, entrevista em mar/mai de 2005).



Através do que foi citado, percebemos que foram várias as tentativas no sentido de fazer algo para deixar de ser obeso. Porém, percebemos a grande dificuldade que as pessoas obesas encontram na busca de solução para o problema.

A obesidade é hoje considerada um problema de saúde pública, precisando ser compreendida como tal e, por isso, a comunidade deve dispor de recursos e serviços de saúde com estrutura adequada para o tratamento de pacientes com essa enfermidade.

Segundo alguns estudos<sup>6</sup>, a obesidade mórbida predomina e varia significativamente dependendo da idade, sexo, situação socioeconômica e raça. Ela é mais provavelmente presente entre as mulheres do que entre os homens. Esse valor é mais que duplicado entre as idades de 20 a 55 anos. Nas mulheres, a obesidade está associada à situação socioeconômica, sendo duas vezes mais comuns entre aquelas com situação socioeconômica baixo comparado àquelas com uma situação socioeconômica elevada. O predomínio entre os homens brancos e negros não difere. A obesidade é muito mais comum entre mulheres negras do que entre as brancas, atingindo 60% das negras de meia-idade em comparação a 33% das mulheres brancas.

Entende-se que para saber se uma pessoa é obesa, é necessário avaliar, pois nem todas as pessoas com peso acima do “peso ideal” apresentam o mesmo tipo de problema, por isso é preciso estudar cada caso individualmente. Um dos métodos mais utilizados, no meio científico para avaliar a obesidade, é o chamado Índice de Massa Corpórea, ou simplesmente, IMC que é calculado através do peso (em quilos) dividido pela altura e multiplicado pela altura (em metros).

**IMC = Peso (kg) : Altura(m) X Altura(m)**

---

<sup>6</sup> Fonte de onde foram retirados alguns dos dados e informações, apresentados neste capítulo: <http://www.nutricao-imc.vilabel.uol.com.br/frameobes.htm>, em 12.10.2003. Manual Merck: diagnóstico e tratamento, Cap. 5 Obesidade, p. 58-61.

Por meio desse índice podemos classificar os portadores em graus diferentes de obesidade:

### **IMC (kg/m<sup>2</sup>) CLASSIFICAÇÃO**

**20 – 25 Faixa de peso ideal**

**25 – 30 Excesso de peso**

**30 - 35 Obesidade Moderada ou Obesidade Grau I**

**35 - 40 Obesidade Importante ou Obesidade Grau II**

**40 - 50 Obesidade Mórbida ou Obesidade Grau III**

**>50 Superobesidade**

O risco de doença associada à obesidade é proporcional ao aumento do IMC, isto é, quanto maior o IMC, mais graves são as doenças associadas à obesidade. Por isso, quando o IMC é maior do que 40 kg/m<sup>2</sup> temos a chamada “Obesidade Mórbida”.

Os indivíduos com obesidade mórbida têm mais chance de desenvolver doenças como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, infarto do miocárdio, elevação do colesterol e triglicérides, problemas respiratórios, pedra na vesícula biliar, problemas nas articulações por causa do excesso de peso, trombose nas pernas e embolia no pulmão, além de irregularidade menstrual e dificuldade de engravidar, até o risco de alguns tipos de câncer como de intestino, ovários, mama, útero e próstata. Indivíduos com o dobro do peso em relação ao peso ideal têm duas vezes mais possibilidades de morte súbita, quando comparado aos não obesos, dados disponível em: <http://www.hospitalmemorial.com.br>.

Além disso, segundo as fontes já citadas, a incidência de depressão na população obesa é 30% maior do que naquelas que não são obesas. As pessoas obesas podem ter problemas psicológicos, além de dificuldades sociais, como andar de ônibus, comprar roupas e até mesmo conseguir um emprego.

A cirurgia da obesidade é indicada quando o paciente com Obesidade Mórbida já tentou diversos tratamentos na busca da perda de peso, como por meio de dietas, exercícios físicos, reeducação comportamental e remédios indicados para o controle da obesidade.

As indicações cirúrgicas atuais para o tratamento da obesidade mórbida são as seguintes:

→ Indivíduos com o IMC superior a  $40 \text{ kg/m}^2$ , ou ter pelo menos 45 kg acima do seu peso ideal.

→ IMC superior a  $35 \text{ kg/m}^2$  com doenças associadas que podem ser pioradas ou causadas pela obesidade, tais como: a diabetes, hipertensão arterial e doença das articulações.

→ Tratamentos médicos repetidos e não duradouros para perder peso.

A cirurgia não está indicada quando o paciente tem algum tipo de dúvida em relação à cirurgia, seus riscos e benefícios ou às mudanças no estilo de vida que deverá ter após a cirurgia. Por isso, devem estar dispostos a mudar seus hábitos alimentares e a cumprir um longo protocolo de acompanhamento clínico. Do ponto de vista médico, está contra indicada naqueles indivíduos que sofrem de alcoolismo ou qualquer tipo de dependência química, pacientes portadores de cirrose hepática e, na presença de distúrbios psiquiátricos.

Por isso, também nesse sentido, a equipe multidisciplinar é essencial no apoio ao tratamento do indivíduo obeso, para que este se sinta devidamente consciente e esclarecido quanto aos benefícios e riscos oferecidos pela cirurgia.

Relatamos a seguir a entrevista com a paciente B (mar/mai de 2005) que se submeteu à Cirurgia Bariátrica no HGCR, comentando o ocorrido após o procedimento cirúrgico:

O HGCR não possui a tal equipe multidisciplinar, pois esta é essencial na evolução pós-cirurgia de qualquer paciente, pois se este não está bem preparado, orientado, com certeza correrá sérios riscos. Foi o meu caso. Não tive informações suficientes e acabei entrando em depressão, sem o apoio e assistência, principalmente por parte da psicóloga e da nutricionista. Literalmente saí fora da casinha por 6 meses. Nesse período os meus cinco filhos, o mais velho com 20 anos e a mais nova com 11 anos é que cuidaram de mim. Só para você ter uma idéia, nem o nome dos meus filhos eu sabia. Colocava a comida no fogão e saía sem rumo. Além da depressão e crise de identidade pela qual passei, tive problemas de saúde como crises convulsivas, necessitando ser internada por mais tempo.

A equipe multidisciplinar é composta de profissionais, cada um em sua área, envolvidos em aprimorar conhecimentos sobre a obesidade, e proporcionar o tratamento contínuo e motivador do paciente obeso. São eles: o médico cirurgião, o médico clínico, a fisioterapeuta, a psicóloga do grupo, nutricionistas, enfermeiros e os assistentes sociais que acompanham o obeso desde o preparo para a cirurgia até o período que compreende o pós-operatório.

Após decidir pela cirurgia, o paciente passa pela avaliação pré-operatória. No caso da cirurgia de Obesidade Mórbida, a avaliação é especialmente importante, porque grande parte dos candidatos à cirurgia tem outras doenças associadas à sua enfermidade. Vários exames são realizados para verificar se existem doenças que possam tornar-se fatores de complicação para a cirurgia e ao ato anestésico. Por isso, avalia-se os riscos e benefícios da intervenção cirúrgica e até mesmo se é possível a sua realização no momento desejado pelo paciente.

A avaliação deveria ser realizada pela equipe multidisciplinar, momento no qual são solicitados vários exames, como exame de sangue, urina e fezes, eletrocardiograma e ecocardiograma, radiografia de tórax e avaliação da função pulmonar, além da endoscopia digestiva alta, ultrassonografia abdominal, ultrassom doppler de membros inferiores e outros exames que o médico possa ainda solicitar.

Finalmente, todos os candidatos devem estar cientes sobre a cirurgia, método cirúrgico e opções de tratamento para a obesidade, apresentando-se capazes para optar pelo tipo de tratamento, estar seguro e consciente sobre as mudanças no seu estilo de vida, ter consciência sobre as vantagens e os riscos do método a ser aplicado.

O período de internação hospitalar varia de cinco a sete dias. No período de permanência no hospital, o paciente é acompanhado pelas equipes de Cirurgia, Enfermagem, Assistentes Sociais e Fisioterapia, e aprende a realizar vários exercícios respiratórios. É estimulado a andar e levantar da cama logo que possível (geralmente no primeiro dia pós-cirurgia), bem como, recebe orientações sobre os cuidados com a ferida operatória e drenos, além de noções do programa dietético acompanhado por equipe de Nutricionistas habilitados no acompanhamento pós-operatório para pacientes obesos mórbidos. No primeiro mês após a cirurgia, a alimentação é basicamente líquida, incluindo caldos, sucos, etc. No segundo mês, já é possível a ingestão de alimentos sólidos, porém, o paciente deve ter muito cuidado para não ingerir mais do que o recomendável.

É necessário que o paciente tenha plena consciência de que o tratamento não se encerra com a cirurgia. Precisa-se da colaboração e apoio de todos os profissionais envolvidos com a cirurgia, acompanhamento ambulatorial com o médico cirurgião responsável e, principalmente, estar ciente sobre as necessidades de mudança no seu estilo de vida, para que a operação tenha realmente o sucesso desejado.

Nenhuma cirurgia, por mais simples que seja, está isenta de riscos ou complicações, seja no próprio ato operatório ou até mesmo algum tempo após a cirurgia. A taxa de morte é, atualmente, menor do que 1% para este tipo de cirurgia, estando relacionada tanto com o próprio risco cirúrgico do paciente obeso, ou mesmo com outros fatores, conforme a fonte disponível em: <http://www.hospitalmemorial.com.br>.

Entre as complicações mais graves e temíveis temos, a abertura da linha de grampos e “costura” com perfuração do estômago ou intestino e vazamento do seu conteúdo para a cavidade abdominal, causando peritonite ou abscesso, e o tromboembolismo pulmonar que é a formação de trombos nas pernas e pulmões dificultando a circulação e respiração. Complicações menos graves podem ocorrer com maior frequência como infecção da incisão cirúrgica, hérnia da parede abdominal, cicatrização imperfeita, anemia, queda de cabelo, pneumonia, etc. Essas complicações não são freqüentes, porém, podem ocorrer e necessitar de tratamento adequado, sendo na maioria das vezes resolvidas.

Antes de se submeter ao procedimento cirúrgico é necessário, e muito importante que o paciente esclareça com o seu médico todas as dúvidas sobre os riscos e as possibilidades durante e após a cirurgia.

Com essas informações tentamos facilitar a compreensão sobre o assunto, procurando partilhar com o leitor subsídios que esclareçam a Obesidade Mórbida e a cirurgia específica.

### **3.2 A Unidade de Internação como espaço que possibilita a busca da solução**

A Unidade de Cirurgia Geral ocupa o segundo andar do HGCR. Dispõe de 46 leitos, distribuídos nas diversas especialidades. Quatro leitos são destinados à Cirurgia Bariátrica , sendo os leitos 201 e 202 A e B. Oito estão disponibilizados para a Urologia, oito para a Cirurgia Geral, quatro para a Cirurgia Vascular, seis para a Cirurgia Oncológica e dois para a Cirurgia Torácica. Três apartamentos são reservados aos pacientes cirúrgicos que possuem convênios. Ainda há uma enfermaria com oito leitos destinados aos pacientes

que se submetem a cirurgias de curta permanência. Os leitos citados são utilizados para a internação de pacientes masculinos e femininos.

A equipe da Unidade de Cirurgia Geral conta com uma Enfermeira, treze Técnicos de Enfermagem, treze Auxiliares de Enfermagem, um Escriturário e quatro Auxiliares de Serviços Gerais, sendo esses últimos, terceirizados.

Outros profissionais como Médicos, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Psicólogas, Fisioterapeutas entre outros, fazem parte do quadro funcional da instituição e atendem os pacientes da Unidade em questão.

A Unidade conta com aproximadamente quatro a cinco funcionários por plantão, tanto diurno quanto no noturno. Isto representa um número bastante restrito para prestar um atendimento de qualidade aos pacientes pós-cirúrgicos que requerem muito mais atenção do que realmente recebem.

Através do exposto, podemos verificar que a equipe de enfermagem trabalha com um número limitado de funcionários, sendo difícil dar conta dos princípios básicos propostos pelo SUS, quanto à Universalidade, Integralidade, Igualdade e Equidade, em prol dos pacientes que encontram-se sob os seus cuidados. A equipe deve contribuir para a promoção, proteção e recuperação do seu usuário e, para isso, deve estar bem preparada não apenas tecnicamente, mas com um número adequado de funcionários em seu quadro.

A seguir, descreveremos como ocorreu todo o processo da pesquisa com os pacientes que se submeteram à Cirurgia Bariátrica no HGCR e sua trajetória na busca de solução para a Obesidade Mórbida.

### 3.3 Caminhos metodológicos do processo de investigação

Ao desenvolver o estágio curricular como requisito para a complementação da formação acadêmica, durante o período de julho a dezembro de 2004, observamos nas visitas diárias aos pacientes, que esses tinham muito a relatar sobre a sua vivência como obesos e contar sobre a trajetória, sua decisão pela realização da Cirurgia Bariátrica. Este foi o fator inicial que nos motivou ao desenvolvimento deste estudo.

Tendo em vista a necessidade da realização de um trabalho de conclusão de curso, iniciamos a busca por subsídios para ampliar nossos conhecimentos sobre o fazer pesquisa. Dentre os autores estudados, especialmente na disciplina de Pesquisa Social, Gil (1999) trouxe esclarecimentos sobre o assunto. Dessa forma, Gil (1999, p. 42) define a pesquisa social “como o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”. Para isso, precisamos ter claro quem pesquisar, o quê pesquisar, onde, quando, como, que instrumentos utilizar, etc.

O presente trabalho, apresenta uma abordagem qualitativa e, conforme Richardson (1995) apud Tomasi (2003, p. 41), “a abordagem qualitativa de um problema, é a forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social”. Com o objetivo de compreender o processo pelo qual passa o paciente com Obesidade Mórbida, até a sua decisão por uma cirurgia que apresenta altos riscos, optamos em utilizar como instrumento de pesquisa a entrevista.

Identificamo-nos com Minayo (2000, p. 101), quando coloca que “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”. Dessa forma, buscamos preservar atitudes fundamentais para o



sucesso da pesquisa, como a flexibilidade, a capacidade de observação e a interação com os entrevistados.

Esta pesquisa pode ser classificada como um estudo exploratório e, ao mesmo tempo, descritivo.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias[...], são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado[...] ( GIL, 1999, p. 43).

A pesquisa foi realizada através de entrevista aberta com seis tópicos norteadores, possibilitando-nos captar através da fala dos entrevistados a sua experiência e vivência sobre a obesidade.

A busca pelos sujeitos da pesquisa ocorreu por amostragem intencional, que segundo Marsiglia (p.25) é “Usada quando o pesquisador quer obter a opinião de certas pessoas, não necessariamente representativas do universo todo, mas parte dele”. Dessa forma, foram entrevistados dez pacientes que já haviam realizado o procedimento cirúrgico. Então, durante o período de março a maio de 2005 realizamos as entrevistas, no HGCR.

Cabe ressaltar que além do período de estágio, trabalhamos no hospital desde 1994, como escriturária. Por isto, tivemos mais facilidade no entendimento sobre o funcionamento da instituição, assim como tivemos maior facilidade para retornar na unidade e realizar as entrevistas.

Com a realização das entrevistas, obtivemos informações quanto à situação profissional, sócio-familiar e socioeconômica dos pacientes. Procuramos saber quem os encaminhou ao Serviço de Cirurgia Bariátrica do HGCR, quais os motivos ou problemas que o fizeram decidir-se pela cirurgia, o que já haviam feito para resolver o problema com relação à Obesidade. Ainda procuramos perceber o grau de consciência em relação às possíveis mudanças em sua vida com a realização da cirurgia. Desejamos ainda, investigar como se deu o processo até a efetivação da cirurgia e se haviam utilizado os serviços dos Assistentes Sociais durante a trajetória, conforme roteiro da entrevista no apêndice A.

Então, procuramos manter um clima agradável durante a realização das entrevistas, que aconteceram no próprio hospital. Escolhemos um horário mais adequado para os pacientes, com o objetivo de não incomodá-los e deixá-los à vontade. Para que pudéssemos entrevistar os pacientes do HGCR, elaboramos um projeto de pesquisa, o qual foi entregue à Comissão de Ética do hospital, na ânsia de obter permissão para a realização das mesmas.

Buscamos, da mesma forma, o consentimento por parte dos entrevistados para que então pudéssemos entrevistá-los. Procuramos valorizar todas as informações, gestos, expressões corporais que nos pareceram ter algum significado.

As entrevistas foram realizadas na Unidade de Cirurgia Geral. Encontramos alguns obstáculos no processo de investigação com relação a alguns pacientes. Pois, teve momentos em que não foi possível realizar a entrevista, havendo a necessidade de retornar em um outro dia ou, em outro horário. Inicialmente, coletamos os dados de identificação do paciente em seu prontuário e logo em seguida, procuramos visitá-lo para a entrevista.

No início da nossa abordagem, fazíamos a nossa própria identificação, explicando-lhes o nosso objetivo com a visita e colocando-lhes os motivos e a necessidade do desenvolvimento do trabalho, de forma cordial, assegurando-lhes sigilo sobre a sua identidade, caso concordassem em participar da pesquisa.

Para a realização das entrevistas, utilizamos um roteiro com perguntas, auxiliando-nos na busca de informações sobre o problema. Ouvíamos os relatos e já íamos anotando os dados mais importantes. Ao terminar as entrevistas, sempre utilizávamos a sala de trabalho e, então, reescrevamos a entrevista procurando manter a sua íntegra. Para cada entrevista foi necessário dispor de aproximadamente três horas, inclusive o tempo para reescrevê-las.

Então, com os dados coletados, partimos para o processo de sua análise e interpretação, conforme exposição a seguir.

### **3.4 Apresentação dos dados coletados, análise e resultados**

Para descrever a trajetória dos portadores de Obesidade Mórbida até a realização da cirurgia no HGCR, elaboramos uma entrevista com seis perguntas norteadoras (apêndice A). Conforme mencionado anteriormente, foi aplicada a dez pacientes que já haviam sido submetidos à Cirurgia Bariátrica .

Como forma de preservar o anonimato dos entrevistados, trocamos seus verdadeiros nomes por letras do alfabeto, e assim os denominamos de A a J.

Para melhor compreensão na busca pela vivência e experiência dos portadores de Obesidade Mórbida, foi necessário caracterizar os pacientes que realizaram a Cirurgia Bariátrica, como segue na tabela 01:

### Caracterização dos entrevistados

Pacientes	Idade	Sexo	Grau de Instrução	Procedência	Profissão	Estado civil
A	43	F	Ensino Fundamental	São Bento do Sul	Zeladora	Casada
B	38	F	Ensino Médio	Florianópolis	Auxiliar de Enfermagem	Casada
C	48	F	Ensino Fundamental	Navegantes	Costureira	Casada
D	32	F	Ensino Fundamental	Erval Velho	Do Lar	Casada
E	42	F	Ensino Fundamental	Santo Amaro da Imperatriz	Cabeleireira	Divorciada
F	56	F	Ensino Fundamental	Chapecó	Do Lar	Casada
G	36	F	Ensino Médio	Santo Amaro da Imperatriz	Técnico de Enfermagem	Casada
H	43	F	Ensino Fundamental	Tijucas	Do Lar	Casada
I	32	M	Ensino Médio	Capivari de Baixo	Motorista	Casado
J	27	F	Ensino Médio	Joinville	Do Lar	Casada

Ilustração 01: Caracterização dos entrevistados

Fonte: Entrevistas realizadas com pacientes que haviam se submetidos à Cirurgia Bariátrica no HGCR, entre março e maio de 2005.

Através da tabela apresentada, verificamos que dos entrevistados nove são do sexo feminino e apenas um é do sexo masculino. A maioria dos entrevistados possui ensino fundamental, dado que encontra-se aparentemente relacionado com a ocupação profissional exercida pelos mesmos. Das ocupações citadas percebemos que as mesmas não exigem muito esforço físico e movimentação, o que nos leva a pensar sobre a possibilidade deste fator também contribuir para o aumento de peso. Quatro dos

entrevistados são trabalhadoras do lar, relatando-nos em suas falas alguns pontos em comum como:

Estou em casa 24 h por dia, acabo beliscando mais do que o necessário, além de ter mais tempo para fazer guloseimas. Sofro porque os meus filhos e marido não são compreensivos e não me ajudam e colaboram com a organização e afazeres domésticos. O cuidado da casa não é uma tarefa muito fácil de se fazer, porque você serve o café da manhã e suja as louças, daí tu lava, dali a pouco tem de iniciar o almoço e suja as louças novamente e assim passa o dia todo no faz e refaz.

Constatamos através dos relatos acima que as entrevistadas do lar, sofrem com a incompreensão dos maridos e filhos, devidos as pressões e angústias acabam ingerindo uma quantidade maior de alimentos, provocando o aumento de sua obesidade.

Podemos visualizar na ilustração 01 que a incidência da obesidade nas mulheres é maior do que nos homens, tanto no geral, conforme tabela do IBGE em anexo, como também, pelas informações coletadas junto aos funcionários da unidade. Os homens geralmente se movimentam mais, utilizam-se de sua força física e acabam assim gastando mais energia, não havendo o aumento de peso na mesma proporção em que ocorre nas mulheres. Porém, cabe ressaltar que igualmente correm o risco de se tornarem obesos ao apresentarem fatores que contribuam para isso.

Com relação aos municípios onde os pacientes moram, constatamos que nove vieram de outras localidades do Estado de Santa Catarina, dificultando ainda mais o processo e internação para o procedimento cirúrgico e o acompanhamento de seu tratamento. O distanciamento do núcleo familiar, das relações sociais, passando a experimentar um lugar totalmente diferente daquele que estavam acostumados, são fatores que também dificultam o próprio processo do tratamento.

A faixa etária dos pacientes pesquisados varia entre 27 e 56 anos. Constatamos que foi no período produtivo de sua vida que encontraram motivação para enfrentar a cirurgia, conforme os relatos a seguir:

Resolvi fazer a cirurgia para não perder o meu emprego, pois o excesso de peso estava atrapalhando para desenvolver as atividades para a qual fui contratado. Eu necessito trabalhar para ajudar a minha família. (Fonte: entrevista com o paciente I do HGCR, mar/mai de 2005).

Quero arranjar um trabalho, porém por causa da obesidade, quando vou fazer uma entrevista para trabalhar, as pessoas não me contratam. Algumas até chegaram a falar que não estavam me contratando por causa do peso, sou consciente de que eles têm razão, pois as pessoas obesas não conseguem se movimentar bem e desenvolver as atividades com agilidade por causa do seu peso (Fonte: entrevista com a paciente J do HGCR, mar/mai de 2005).

Através dos relatos, percebemos no dia-a-dia o preconceito em relação à obesidade, um fator que realmente interfere no momento da contratação de um profissional. Por meio da fala, constata-se a vivência da situação que ocorre ao serem rejeitado pela condição de ser obeso, não permitindo que o indivíduo possa desenvolver suas capacidades em relação ao trabalho, além de ser este um fator fundamental para a sua subsistência e desenvolvimento integral.

No que diz respeito ao estado civil percebemos que nove são casados e uma é divorciada. As mulheres alegam que a gravidez aliada aos fatores hereditários contribuíram para que ganhassem muito peso e nunca mais conseguiram retornar ao peso anterior.

A seguir, estaremos apresentando os sujeitos que fizeram os encaminhamentos aos pacientes para o serviço da Cirurgia Bariátrica no HGCR.

### Quem o encaminhou para o HGCR para a realização de sua Cirurgia?

Sujeitos	Nº de pacientes
Nutricionista	01
O próprio Cirurgião Bariátrico	02
Médico que a acompanhava	05
Deputado – amigo da família	01
Vereador – amigo da família	01

Ilustração 02: Quem o encaminhou para o HGCR para a realização de sua cirurgia?

Fonte: Entrevistas realizadas com pacientes que haviam se submetidos à Cirurgia Bariátrica no HGCR, entre março e maio de 2005.

Pelos dados apresentados, verificamos que cinco entrevistados foram encaminhados pelos médicos que os acompanhavam, devido aos problemas de saúde surgidos provavelmente com a obesidade. Dois foram avaliados diretamente pelo cirurgião bariátrico que sugeriu a eles o procedimento cirúrgico como forma de amenizar o problema vivenciado com a obesidade. Outros dois foram encaminhados por políticos amigos da família. Sabemos, que ainda é comum a prática do clientelismo e do assistencialismo em nossa sociedade. Somente um entrevistado foi encaminhado pela sua própria nutricionista.

Percebemos que a maioria dos entrevistados foi indicada por profissionais da área da Saúde, preocupados e envolvidos com condições determinantes e condicionantes da saúde, sendo a Obesidade Mórbida um problema que afeta a saúde física, psíquica, emocional e laboral do indivíduo.

Apresentaremos na próxima tabela, os motivos e/ou problemas, que levaram os entrevistados a decidirem pela Cirurgia Bariátrica.

### Quais os motivos ou problemas que os levaram a optar pela cirurgia?

Pacientes	Motivos/Problemas
A	Diabetes, hipertensão, problema nas articulações do quadril e hérnia discal. Vontade de voltar a ser magra e poder sair de casa sem ser motivo de gozação dos outros.
B	Dificuldade em desenvolver atividades relacionadas ao trabalho, cansaço, hipertensão, diabetes, dificuldades em comprar roupas.
C	Hipertensão, problemas de circulação sanguínea, ter uma vida mais saudável e poder acompanhar a filha na vida social.
D	Hipertensão, falta de vontade de viver, conseguir um emprego.
E	Cansaço, sentia-se asfixiada, hipertensão, diabetes, úlcera nas pernas, dificuldades para trabalhar, comprar roupas e poder ter uma vida social.
F	Diabetes, hipertensão, colesterol, não podia dirigir, não tinha vida social, dificuldades para comprar roupas e, sentia-se excluída da vida social.
G	Problemas de relacionamento pessoal e afetivo, vontade de voltar a ser magra, dificuldades para comprar roupas, não ser mais discriminada em todos os sentidos.
H	Diabetes, hipertensão, flebite nas pernas, trombose, problema renal, vontade de voltar a ser magra, conseguir um trabalho e não ser mais motivo de gozação dos outros.
I	Cansaço, dificuldade para respirar ao dormir, diabetes, colesterol, medo de perder o emprego, sofrimento de discriminações diversas.
J	Não aceitação de si, sentia-se excluída socialmente, dificuldades para se locomover e desenvolver atividades no trabalho, desemprego.

Ilustração 03: Quais os motivos ou problemas que os levaram a optar pela cirurgia?  
 Fonte: Entrevistas realizadas com pacientes que haviam se submetidos à Cirurgia Bariátrica no HGCR, entre março e maio de 2005.

Pela tabela apresentada acima, podemos perceber que os dez entrevistados portadores de Obesidade Mórbida encontraram motivações para submeter-se a cirurgia, por apresentarem problemas de saúde, relacionados diretamente com a obesidade. O próprio Ministério da Saúde afirma em sua Portaria (anexo) que a Obesidade Mórbida é um problema de saúde pública e deve ser tratada como tal.

Com análise da tabela apresentada acima, percebemos a evidência de quatro categorias que afetam o indivíduo obeso: **doenças, trabalho, discriminações e sofrimento**. Estes foram alguns dos fatores já citados anteriormente, segundo as fontes pesquisadas para contextualização da Obesidade Mórbida, como provenientes e decorrentes dos portadores dessa enfermidade, e agora constatados em nosso estudo.



Identificamos nas categorias elencadas que os entrevistados relatam onze diferentes tipos de doenças causadas pela Obesidade Mórbida. Apresentando **doenças** como diabetes, hipertensão, problema nas articulações do quadril, hérnia discal, problemas de circulação sanguínea, dificuldades respiratórias, úlcera nas pernas, colesterol, flebite nas pernas, trombose e problema renal. Como podemos visualizar na tabela, alguns entrevistados apresentam mais de uma doença, reafirmando os dados apresentados na contextualização sobre a Obesidade Mórbida.

Na categoria **trabalho** relatam o medo de ficar desempregado, a dificuldade para desenvolver as atividades laboriais, a falta de oportunidade para conseguir um trabalho e o próprio desemprego provocado pela Obesidade Mórbida, fator desencadeado pelo excesso de peso, segundo os próprios entrevistados.

Como **discriminação** constatamos que citam a ridicularização, a gozação, o medo de sair e ser discriminado, a exclusão social, a falta de vida social e distinções inclusive por parte da própria família, pois relatam que os filhos sentem vergonha dos pais obesos.

O **sofrimento** aparece através da falta de aceitação de si mesmo, pela falta de vontade de viver, pela interferência nos relacionamentos afetivos e pela dificuldade de comprar roupas, todos fatores relatados como provenientes devido à Obesidade Mórbida.

A seguir estaremos relatando as experiências dos pacientes em relação ao processo pré-avaliativo para a realização da Cirurgia:

A avaliação deve ou deveria ser realizada por uma equipe multidisciplinar incluindo vários profissionais da área de saúde, como: cirurgião, clínico geral, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, assistentes sociais, entre outros. Vários exames são solicitados sangue, urina e fezes. Além desses, exames de alto custo e complexos como eletrocardiograma, ecocardiograma, radiografia de tórax e avaliação da função pulmonar,

endoscopia digestiva alta, ultrassonografia abdominal, ultrassom doppler de membros inferiores e ainda outros exames que o médico necessitar, sendo que todos devem ser disponibilizados pelo SUS.

Porém, conforme o relato dos pacientes, durante o processo pré-avaliativo, todos tiveram que pagar para ter o parecer favorável de alguns dos especialistas. O sistema não disponibiliza em seu quadro os serviços de Assistentes Sociais, Psicólogos e Nutricionistas em todas as cidades. Outro fator importante, porém negativo é o tempo de espera para a realização de alguns exames pelo sistema. Como muitos têm pressa para agilizar a sua cirurgia, comprometem a sua renda com a realização dos exames. Conforme o relato dos pacientes, aguardavam em média de um a três anos para que apresentassem todos os requisitos exigidos para a realização da Cirurgia Bariátrica.

A próxima tabela que apresentaremos se refere ao seguinte questionamento: O que os portadores de Obesidade Mórbida já haviam feito, para solucionar o problema?

### O que você já havia feito para solucionar o problema com relação à Obesidade?

Paciente	Medidas que havia tomado
A	Acompanhamento com nutricionista por 3 anos, utilização de medicamentos reguladores de apetite prescritos por médicos e todas as dietas imagináveis.
B	Vários tipos de dietas e medicamentos prescritos pelo médico.
C	Caminhadas, andar de bicicleta, exercícios diversos, dietas e medicamentos.
D	Dietas e medicamentos controlados.
E	Dietas, medicamentos controlados e variadas simpatias.
F	Dietas, medicamentos controlados, caminhadas, bicicleta.
G	Dietas, medicamentos controlados, tudo o que aparecia para emagrecer eu fazia.
H	Dietas variadas e medicamentos controlados.
I	Exercícios físicos, caminhadas, dietas e medicamentos controlados.
J	Dietas, medicamentos, simpatias, tudo o que surgia, eu fazia.

Ilustração 04: O que você já havia feito para solucionar o problema com relação à Obesidade?

Fonte: Entrevistas realizadas com pacientes que haviam se submetidos à Cirurgia Bariátrica no HGCR, entre março e maio de 2005.

Percebe-se que dos dez entrevistados, todos já haviam tentado um método na tentativa para emagrecer, porém como eles mesmos nos relataram as primeiras tentativas surtiam efeitos e com o passar do tempo essas tentativas já não traziam mais os resultados esperados. Muitos nos explicaram que quando decidiam parar com uma dieta ou medicamento, engordavam o dobro do peso que apresentavam antes de iniciar o tratamento.

Constatamos através da tabela acima que os dez entrevistados haviam tentado através de dietas alcançar o peso desejado. Os medicamentos controladores e inibidores do apetite, também foram usados por todos como forma de solução para a sua enfermidade.

Três entrevistados tentaram resolver o problema com exercícios físicos. Sabemos que para o obeso fazer exercício físico é difícil, pois encontra dificuldades em sua locomoção e desenvolvimento de certas atividades físicas.

Para termos uma melhor compreensão sobre o que significa a cirurgia para os pacientes, apresentaremos os dados levantados em relação às expectativas quanto às mudanças.

#### **Quais as mudanças que irão ocorrer em sua vida com a realização da cirurgia?**

<b>Pacientes</b>	<b>Expectativas/mudanças/transfomação</b>
A	Ter uma nova vida, com muita saúde. Considero a realização de um sonho que achava impossível.
B	Tudo mudou. Hoje sou uma pessoa otimista, humorada, animada. Posso comprar roupas, ir a festas sem me sentir deslocada e discriminada.
C	Muita saúde. Esteticamente poder gostar de mim. Ter relacionamento pessoal e social. Sentir incluída na sociedade e não ser mais discriminada
D	Uma mudança radical. Emagrecer. Arranjar um trabalho. Realização de um sonho.
E	Geral, desde a alimentação até o relacionamento pessoal e social. Poder acompanhar a filha nas atividades e eventos sociais. Desenvolver algumas atividades que não podia mais.
F	Ter saúde. Voltar a dirigir. Poder ir nos lugares e me sentir bem.
G	Ter saúde. Relacionamento pessoal e social. Poder comprar roupas. Sentir-se linda e magra.
H	Ter uma vida melhor, pois se conseguir ficar magra poderei conseguir um trabalho e com certeza terei mais saúde.
I	Garantir o meu emprego. Ter saúde, energia para desenvolver algumas atividades e acompanhar meus filhos nos momentos esportivos.
J	Pretendo viver uma vida diferente da que vivi até agora. Quero ser magra, feliz. Sentir-me bonita, além de ser aceita pelas pessoas. Ter paz.

Ilustração 05: Quais as mudanças que irão ocorrer em sua vida com a realização da cirurgia?

Fonte: Entrevistas realizadas com pacientes que haviam se submetidos à Cirurgia Bariátrica no HGCR, entre março e maio de 2005.

Como podemos visualizar na tabela acima, são muitos os desejos, expectativas e transformações enumeradas pelos entrevistados com relação a uma mudança no estilo de vida, com a realização do procedimento cirúrgico. A busca pela saúde, em contrapartida às doenças causadas pela obesidade, aparece na fala de sete entrevistados, demonstrando o sofrimento com as doenças desencadeadas pela própria Obesidade.

Para poder acompanhar os filhos e ter uma vida social, foi relatado por sete entrevistados, reforçando o que já foi citado na contextualização da Obesidade Mórbida, que os portadores dessa enfermidade encontram dificuldades em desenvolver relacionamentos sociais e familiares. Aqui encontramos a categoria eleita anteriormente em relação à discriminação

Ainda em relação a essa categoria não se sentir excluída e discriminada socialmente, é descrita por quatro entrevistados como sendo um problema decorrente da Obesidade, que após a cirurgia esperam ser superados.

Constatamos que três dos entrevistados gostariam de passar a desenvolver atividades, que para os não obesos são rotineiras e comuns, como dirigir um automóvel, trabalhar, atividades que tinham deixado de realizar há muito tempo.

Cabe aqui ressaltar que a saúde, conforme a Lei 8.080/90, em seu Art. 3º, “tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais...”. Dessa forma, percebemos que os pacientes obesos sofrem limitações no trabalho, na renda, no lazer, no transporte, na alimentação, entre outros, interferindo em seu processo de saúde.

Das entrevistadas, duas relataram que a realização da cirurgia é a concretização de um sonho. Comentaram também que pensavam em jamais terem coragem e condições financeiras para custear tal procedimento.

Para finalizar, elaboramos uma questão para avaliar qual a participação do Assistente Social na trajetória dos portadores de Obesidade Mórbida, até a realização da Cirurgia Bariátrica no HGCR. Gostaríamos de investigar se o Serviço Social apresentava-se inserido no processo e as ações desenvolvidas no processo de tratamento dos pacientes, como forma de conhecer a atuação do profissional de Serviço Social no serviço e se é realmente requisitado e reconhecido pelos pacientes.

Dos dez entrevistados, todos nos relataram que não haviam utilizado as ações dos Assistentes Sociais especialmente nas primeiras fases do tratamento, pois na sua cidade o Assistente Social não faz parte da equipe de saúde. Então, não foi necessário o parecer do profissional do Serviço Social para o processo cirúrgico. Apenas tiveram contato com os Assistentes Sociais dentro da instituição hospitalar no período da internação, onde esses profissionais faziam visita para orientar-lhes sobre os seus direitos enquanto pacientes e quanto aos benefícios previdenciários. Nesse momento, geralmente prestavam auxílio em relação à alimentação do acompanhante do paciente, para o transporte de retorno à sua cidade de origem e esclarecimentos quanto às medicações e vitaminas (polivitamínicos) que o sistema fornece após a alta hospitalar.

Através dos dados apresentados, verificamos que os pacientes portadores de Obesidade Mórbida percorrem um longo caminho, até a tomada de decisão pela realização da cirurgia e sua efetivação. Percebemos também que durante a trajetória, os mesmos encontram alguns obstáculos como já foram mencionados, causados muitas vezes em relação às falhas na operacionalização do sistema de saúde, e assim muitos entraves são encontrados para a efetivação das políticas públicas, especialmente as de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou a importância da temática abordada, pois a mesma se tornou atualmente merecedora da atenção dos governantes, devido ao alto índice de pessoas obesas na população, inclusive no Brasil.

Desenvolvemos uma investigação em torno da trajetória dos pacientes portadores de Obesidade Mórbida até a tomada de sua decisão pela Cirurgia Bariátrica no HCGR, demonstrando o quanto uma doença pode impedir e prejudicar o desenvolvimento de um ser humano em sua totalidade.

Apresentamos, inicialmente, a história da construção do HGCR, sua missão, seus objetivos, suas especialidades. Ao longo dos seus 38 anos, passou por várias mudanças, implantando novos serviços e tecnologias, contratando profissionais especializados, acompanhando os avanços do mundo atual. Porém, ainda tem problemas a solucionar, como a defasagem de pessoal e implantar outras ações que possam atender seus usuários em sua totalidade. Como exemplo, podemos citar a falta de aparelhos para a realização de exames mais eficazes como, aparelhos de ressonância magnética, arteriografia, ultrasonografia, ecocardiograma. Com isso, os pacientes internados não mais necessitariam ser removidos para outras instituições em busca desses serviços, visto que é considerado um hospital de referência no Estado.

Percebemos a necessidade de apresentar uma retrospectiva histórica sobre o Serviço Social, especialmente no que diz respeito à sua inserção na área da saúde, no mundo e no Brasil. O Serviço Social surgiu devido às “questões sociais” provocadas principalmente pela industrialização, que fez muitas pessoas saírem da zona rural e irem trabalhar nas indústrias, superlotando as cidades, morando sem condições sanitárias, decorrentes do sistema Capitalista.

Na área da saúde, o Serviço Social passou a ser legalmente reconhecido apenas recentemente (1999, resolução em anexo), apesar de atuar há muito tempo nesta área, finalmente conquista o seu espaço profissional na área da saúde e encontra nas unidades de serviço de saúde, especialmente nos hospitais públicos sua maior oportunidade de atuação. Para tanto, o profissional de Serviço Social deve e necessita sempre ir em busca de novos conhecimentos, para dar conta das novas “questões sociais” que surgem a todo momento.

Identificamos um fator que poderá prejudicar o profissional que pretende atuar na área da saúde, que em nosso entendimento, relaciona-se ao pouco conhecimento socializado e discutido durante o período acadêmico. Nosso currículo oferece somente uma disciplina sobre a saúde. Muitos são os assuntos a serem discutidos sobre a temática saúde, além das leis e suas regulamentações, sobre a prática profissional na área. Porém, acreditamos que com o debate sobre a reformulação curricular, que vem ocorrendo, haja uma preocupação maior em incluir mais disciplinas voltadas para a área da saúde, já que este espaço vem se ampliando como campo de trabalho do Serviço Social.

O Serviço Social no HGCR vem desempenhando suas atividades desde a sua institucionalização. A prática profissional na área da saúde tem sido cada vez mais freqüente, em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, onde interpretam os fatores sociais, políticos e econômicos que estão presentes no cotidiano, na realidade dos pacientes e de seus familiares, com os quais poderá orientar no sentido de oferecer um tratamento global, envolvendo os aspectos biopsicossociais.

O Assistente Social, ainda atua junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que podem interferir no tratamento médico-hospitalar reduzindo a eficácia da prestação dos serviços de saúde aos pacientes. É o profissional do Serviço Social que busca a garantia da qualidade na prestação dos serviços da saúde, desenvolvendo



estratégias asseguradoras da universalidade e integralidade para garantir aos seus usuários, o acesso aos direitos e atendimento digno. Conforme rege as diretrizes do SUS e do próprio código de ética do profissional de Serviço Social.

Observamos que na Unidade de Internação da Cirurgia Geral, são poucos os funcionários que desenvolvem atividades com condições para prestar assistência aos 46 pacientes que se encontram internados. Verificamos que existe uma defasagem muito grande em relação à Equipe de Enfermagem quanto à prestação de atendimento eficiente ao paciente pois, segundo seu código de Ética, cada membro da equipe deve prestar assistência a quatro pacientes. A realidade que encontramos no Serviço de Cirurgia Geral é totalmente diferente, necessitando de algumas mudanças urgentes para que os usuários não sofram as conseqüências, causadas pela falta de funcionários.

Na busca de informações sobre a Obesidade Mórbida e sobre a Cirurgia Bariátrica, encontramos dificuldades. Este é um assunto recente, e com poucas referências bibliográficas. Porém, encontramos subsídios nos meios eletrônicos. Identificamos por meio das informações exibidas na internet, que existe um número expressivo de obesos no Brasil e no mundo. A Obesidade é considerada como uma doença, por isso, deve ser tratada com tal. Cabe ressaltar que a Cirurgia Bariátrica não é tão recente (existe há 40 anos), porém, pelo SUS foi implantada e legalizada recentemente (ver documentação em anexo).

Para se submeter ao procedimento cirúrgico o paciente necessita passar por várias avaliações com diversos profissionais e especialistas, além dos vários exames que deve realizar. Com a análise dos dados obtidos pelas entrevistas percebemos que o processo não se dá da mesma forma em todos os municípios, pois nem todos estão estruturados para tal.

Então, ao entrevistar os pacientes, percebemos que nem todos passaram por todas as etapas de avaliação, por exemplo, podendo provocar problemas de readaptação ao novo estilo de vida.

Os próprios pacientes nos relatam que na sua cidade, não existem alguns dos profissionais da equipe multiprofissional para a realização das avaliações necessárias. Muitas vezes é preciso que se desloquem e, em alguns casos pagam pelos serviços de saúde. Dependendo da localidade e da categoria profissional o SUS muitas vezes não disponibiliza na rede, especialmente no caso dos Assistentes Sociais, Nutricionistas e Psicólogos.

Através das falas dos pacientes, procuramos demonstrar a essência do seu sentimento, sofrimento e experiência como portadores de Obesidade Mórbida e o processo vivenciado durante a sua trajetória para a efetivação do procedimento cirúrgico.

Verificamos que todos os entrevistados não utilizaram os serviços dos Assistentes Sociais durante a trajetória para a efetivação de sua tomada de decisão. Somente tiveram contato com o profissional do Serviço Social dentro da instituição, e onde receberam orientações e esclarecimentos sobre os direitos quanto aos benefícios e direitos enquanto pacientes e cidadãos por meio de ações sócio-educativas, além de providenciar alimentação para os acompanhantes, transporte para a cidade de origem, quando de sua alta (ações sócio-assistenciais), orientando igualmente sobre os medicamentos que serão utilizados pelo resto de sua vida, como buscá-los junto ao SUS.

Percebemos que o procedimento cirúrgico efetivado na instituição, vem sendo realizado, desde dezembro de 2001(anexo). Apesar de algumas pendências não satisfazerem a Portaria (anexo) de credenciamento, o próprio Ministério da Saúde autorizou a instituição a realizar as cirurgias. Observamos, através dos documentos (anexos), que até o momento as pendências não foram ainda solucionadas. Infelizmente as

políticas públicas de saúde estão muito bem elaboradas no papel, porém para serem concretizadas na prática, nem sempre seguem os requisitos ditados pela Lei e suas regulamentações. Porém, sabemos que são desenvolvidas conforme a realidade de cada localidade. Por isso, torna-se necessário o conhecimento das leis e regulamentações, especialmente por parte do Assistente Social, na busca da promoção, proteção e recuperação da saúde. Dessa forma, o profissional terá condições de buscar na legislação o apoio legal na luta pelos direitos do cidadão como usuário do SUS.

Durante a pesquisa outros questionamentos surgiram. Então, nos perguntamos: por que as mulheres apresentam maior incidência em relação à Obesidade Mórbida do que os homens? E ainda, será que elas têm mais coragem do que os homens para a realização de uma cirurgia tão radical e com tantos riscos? Segundo o nosso estudo, nove dos dez entrevistados que se submeteram ao procedimento cirúrgico, são mulheres.

Para finalizar, percebemos que este processo de investigação não é o fim, mas o início para outros e diversos questionamentos que possam contribuir para amenizar as angústias e expectativas sentidas durante trajetória dos portadores de Obesidade Mórbida até a Cirurgia Bariátrica. Este estudo é apenas um ponto de partida para outras investigações. Com certeza outros estudos surgirão sobre o tema.

## SUGESTÕES

\* Que a Instituição busque formas junto a Secretária do Estado de Saúde, para solucionar as pendências para o cumprimento efetivo da Portaria N° 628/GM de 26 de abril de 2001. Com o intuito de prestar um serviço de qualidade aos seus usuários.

\* Que haja a contratação de mais profissionais da Enfermagem e Serviço Social para o HGCR, pois se percebeu uma defasagem muito grande destes profissionais, não sendo suficiente para atender todas as demandas e necessidades dos pacientes internados.

\* Que o Governo contrate os profissionais necessários, à formação da equipe multiprofissional conforme o Anexo II da Portaria N° 628/GM de 26 de abril de 2001, para que aos pacientes obesos seja garantido o atendimento por toda a equipe desde o início do processo para se submeter a Cirurgia Bariátrica.

\* Que haja realmente uma fiscalização pelos órgãos competentes às Políticas Públicas implantadas na área da saúde, para que estas não sejam desenvolvidas sem o cumprimento dos requisitos mínimos, como forma de assegurar os direitos dos pacientes internados.

\* Que se reproduza e se faça a divulgação entre os pacientes que se encontrem internados no HGCR, da Cartilha dos Direitos dos Pacientes.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10520: **informação a documentação: citações em documentos: apresentação**. Rio de Janeiro. 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: **informação e documentação: referências: elaboração**. Rio de Janeiro. 2002.

BARBIANI, Rosângela; AMARO, Sarita; OLIVEIRA, Maristela, C. de. **Serviço Social na Escola: O encontro da realidade com a educação**. Porto Alegre, Ed. Sagra Luzato, 1997.

BARBIANI, Rosângela. **Quadro referencial para análise sócio-profissional do Serviço Social rumo ao século XXI: demandas e perspectivas**. In: Estudos Leopoldenses. Série Ciências Humanas. Vol. 34, n.152. São Leopoldo: UNISINOS, 1998.

BARSA, Nova Enciclopédia. **Hospital**. Encyclopædia Britannica do Brasil Publicações LTDA. Rio de Janeiro – São Paulo. ISBN 85-7026-396-1 Obra Completa, ISBN 85-7026-403-8 Vol. 7.

BARSA, Nova Enciclopédia. **Serviço Social**. Encyclopædia Britannica do Brasil Publicações LTDA. Rio de Janeiro – São Paulo. ISBN 85-7026-396-1 Obra Completa, ISBN 85-7026-409-7 Vol. 13.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 1997**. Disponível em: <[www.datasus.gov.br/conselhos/resol97/res21897.htm](http://www.datasus.gov.br/conselhos/resol97/res21897.htm)>. Acesso em: 03 de mar. 2005.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – **8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em <[http://www.Saude.inf.br/lrgisl/rdc46\\_00.htm](http://www.Saude.inf.br/lrgisl/rdc46_00.htm)>. Acesso em: 12/abr.2005.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – **8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em <[http://www.Saude.inf.br/lrgisl/rdc46\\_00.htm](http://www.Saude.inf.br/lrgisl/rdc46_00.htm)>. Acesso em: 12/abr.2005.

BRASIL. **Obesidade Mórbida**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/>>. Acesso em: Vários e o último em 02 de mar.2005.

BRASIL. **Plasmaferese**. Disponível em:< [http://www.Saude.inf.Br/lrgisl/rdc46\\_00htm.>](http://www.Saude.inf.Br/lrgisl/rdc46_00htm.>). Acesso em: 12 de maio de 2005.

BRASIL. **Portaria nº GM/628 26 de abril de 2001**. Disponível em: <http://www.Saude.gov.br/sas/PORTARIAS?POT2001/GM/GM-628nun..> Acesso em: 03 de mar. 2004.

BRAVO, M. Inês. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo, Cortez e Rio de Janeiro, ED. UFRJ, 1996.

**Cartilha dos Direitos do Paciente.** Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor. Florianópolis, 26 de junho de 2000.

**Cirurgia Bariátrica e Obesidade Mórbida.** Disponível em: <[http://www.hospitalmemorial.com.br/especialidades/cirurgia\\_bariatrica.shtml](http://www.hospitalmemorial.com.br/especialidades/cirurgia_bariatrica.shtml)>. Acesso em: Vários e o último em 17 de maio de 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LUFT, Celso Pedro. **Montepio.** Minidicionário LUFT. 12.<sup>a</sup> ed. São Paulo: editora Ática S. A. 1996, p. 430.

Manual Merck: diagnóstico e tratamento, Cap. 5 **Obesidade**, p. 58-61.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffone. **O projeto de pesquisa em Serviço Social.** Revista de Capacitação em Serviço Social, Módulo 5: Intervenção e Pesquisa em Serviço Social – Brasília – UNB Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância, 2001.

MARTINS de SÁ, Jeanete L.. **Serviço Social e Interdisciplinaridade dos Fundamentos Filosóficos a Prática Interdisciplinar no Ensino, Pesquisa e Extensão.** São Paulo: Cortez, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Norma Operacional Básica: Sistema Único de Saúde/NOB-SUS**, 1996, Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Norma Operacional da Assistência à Saúde: Sistema Único de Saúde/NOAS-SUS**, 2001, Brasília.

**Parecer CFESS, ANÁS, ABESS**, 06 de junho de 1990.

**Resolução CNS° 218** - Conselho Nacional de Saúde, 06 de março de 1997.

**Resolução CFESS N° 383/99**, Brasília, 29 de março de 1999.

REVISTA KATALIYSIS / Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N° 01 (julho 1997). Florianópolis: Editora da UFSC, 1997. Artigo: **O trabalho com Redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços.** MIOTO, Regina Célia Tamazo.

SILVA, Miriam Dolores Moresco. **Qualidade de Vida: Paciente com Câncer. Uma Leitura.** Trabalho Conclusão de Curso em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

SILVA, Miriam Dolores Moresco. **O Serviço Social no Contexto Hospitalar.** Trabalho Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Hospitalar da Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

SOUZA, M. A. S. L de. Saúde e Cidadania: Reflexões sobre a prática profissional do Assistente Social. In: 8º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. **O Serviço Social frente ao projeto Neoliberal: Em defesa das Políticas Públicas e da democracia.** Caderno de Comunicações. Bahia, julho, 1995.

TOMASI, Fernanda. **As Ações do Conselho Municipal do Idoso Sobre a Ótica das Instituições que atendem o Idoso de Florianópolis.** Monografia do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

VASCONSELOS, E. M. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental.** In: Serviço Social e Sociedade. N.54. ano XVIII julho 1997, São Paulo, Ed. Cortez.

# **Apêndice - A**

Roteiro de Entrevista



## ROTEIRO DA ENTREVISTA

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### Tópicos Norteadores

- 1 . Quem o encaminhou para o HGCR para a realização da cirurgia?
2. Quais os motivos ou problemas que os levou a optar pela cirurgia?
3. Como ocorreu todo o processo pré-avaliativo para a realização da cirurgia?
- 4 . O que você já havia feito para solucionar a Obesidade Mórbida?
- 5 . Quais as mudanças que você pensa que irão ocorrer em sua vida com a realização da cirurgia?
- 6 . No processo de preparação para a cirurgia você necessitou e utilizou os serviços dos Assistentes Sociais?

# **Anexo a**

**RESOLUÇÃO CFESS N° 383/99**

## RESOLUÇÃO CFESS N° 383/99

Ementa: Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde: O Conselho Federal de Serviço Social, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

**Considerando** que a Constituição Federal vigente estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

**Considerando** que, a partir da 8° Conferência Nacional da Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e trabalho;

**Considerando** que a 10° Conferência Nacional de Saúde reafirmou a necessidade de consolidar os Sistemas Únicos de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;

**Considerando** que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na medição entre os seus interesses e a prestação de serviços;

**Considerando** que atribui-se ao Assistente Social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde;

**Considerando** que o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país;

**Considerando** que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais;

**Considerando** que o Conselho Nacional de saúde, através de Resolução de N° 218 de 06 de março de 1997, reafirmou o Assistente Social, entre outras categorias de nível superior, como profissional de saúde;

**Considerando**, ainda, que a antedita Resolução, em seu item II, delega aos Conselhos de Classe a caracterização como profissional de saúde, dentre outros, do Assistente Social;

**Considerando** que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde;

**Considerando** a aprovação da presente Resolução pelo Plenário do Conselho Federal de Serviço Social, em reunião ordinária realizada em 27 e 28 de março de 1999;

**Resolve:**

**Art. 1°** - Caracterizar o Assistente Social como profissional de saúde.

**Art. 2°** - O Assistente Social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

**Art. 3°** - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília (DF), 29 de março de 1999.

# **Anexo b**

**Portaria n. ° 628/GM 26 de abril de 2001.**

**Portaria n. º 628/GM 26 de abril de 2001.**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a transformação que vem ocorrendo nos últimos anos nos padrões nutricionais da população brasileira;

Considerando que a obesidade constitui-se em preocupação relevante para a saúde pública, uma vez que impõe a seu portador fator de risco à saúde e limitações de qualidade de vida;

Considerando a prevalência da obesidade mórbida e a verificação de casos que não respondem aos tratamentos habituais, implicando num aumento da morbimortalidade de seus portadores;

Considerando a necessidade de ampliar a oferta de serviços na área de gastroplastia e de criar mecanismos que facilitem o acesso dos portadores de obesidade mórbida, quando tecnicamente indicado, à realização do procedimento cirúrgico para tratamento, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo I desta Portaria, o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1º O Protocolo de que trata esta Portaria deverá ser observado na avaliação inicial dos pacientes, na indicação do procedimento cirúrgico e na descrição da evolução daqueles pacientes submetidos a gastroplastia;

§ 2º É obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas no Protocolo, pelas unidades que efetuarem a avaliação inicial e pelos Centros de Referência que realizarem o procedimento e o acompanhamento clínico dos pacientes;

§ 3º Decorridos 12 (doze) meses da realização do procedimento cirúrgico, o Centro de Referência deverá, obrigatoriamente, enviar o Protocolo devidamente preenchido ao Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais/Coordenação-Geral de Sistemas de Alta Complexidade, para inserção no banco de dados de acompanhamento de cirurgia bariátrica;

§ 4º O não cumprimento do estabelecido no § 3º acarretará o descadastramento do Centro de Referência.

Art. 2º Aprovar, na forma do Anexo II desta Portaria, as Normas para Cadastramento e Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica.

Art. 3º Relacionar, na forma do Anexo III desta Portaria, os hospitais já cadastrados no Sistema Único de Saúde como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica.

Art. 4º Manter na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, o Grupo de Procedimentos e o procedimento abaixo discriminados:

33.106.04-5 – Cirurgia de Estômago V

33.022.04-6 – Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
1.000.67	215.90	130.58	1.347.22	386	284	10

Art. 5º Manter na Tabela de Órteses e Próteses do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS o material abaixo, para uso exclusivo no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida:

Código	Quantidade	Nome	Valor
93.481.30-6	01	Kit Grampeador Linaer Cortante -03 cargas	1.265,09

Art. 6º Manter a compatibilidade entre o procedimento e o material a baixo descritos:

33.022.04-6 – Gastroplastia
93.481.30-6 - Kit Grampeador Linear Cortante + 03 Cargas

Art. 7º Estabelecer que o procedimento e o material mantidos na Tabela do SIH/SUS, respectivamente pelos artigos 4º e 5º desta Portaria, somente poderão ser realizado/cobrado por hospital que esteja previamente cadastrado como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica.

Parágrafo único. As despesas decorrentes do Tratamento Cirúrgico de Obesidade Mórbida serão custeadas com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC

Art. 8º Definir que a Secretaria Executiva e a Secretaria de Assistência à Saúde poderão emitir atos conjuntos em complemento ao disposto nesta Portaria.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as Portarias GM/MS nº 252, de 30 de março de 1999, Conjunta SE/SAS nº 45, de 10 de novembro de 1999, GM/MS nº 196, de 29 de fevereiro de 2000, e GM/MS nº 1.157, de 11 de outubro de 2000.

**JOSÉ SERRA**



## ANEXO I

### PROTOCOLO CLÍNICO – INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA (GASTROPLASTIA)

#### I – AVALIAÇÃO INICIAL

1- NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

2- IDADE: \_\_ (anos) 3-PESO \_\_ (kg) 4 – ALTURA \_\_ (cm) 5- IMC \_\_ (kg/m<sup>2</sup>)

#### 3- SITUAÇÕES CLÍNICAS/DOENÇAS ASSOCIADAS

HAS [ ] Diabetes [ ] Dificuldades Respiratórias [ ] Artrose [ ] Outras [ ]

OUTRAS (se assinalada a opção "outras" acima, informar)

\_\_\_\_\_

4- Tempo de Duração da obesidade: \_\_\_\_\_ (anos)

5-Tentativas de tratamento clínico (descrever)

\_\_\_\_\_

6- Avaliação Psicológica – pelo médico responsável (devem ser excluídas psicopatias graves, adicção à drogas e álcool – informar explicitamente estas situações ou sua ausência) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7 – Parecer do Médico Responsável:

[ ] O paciente preenche os critérios de indicação de gastroplastia

[ ] O paciente não preenche os critérios de indicação de gastroplastia

Indicações clínicas para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida:

a- Paciente portador de obesidade de grandes proporções, de duração superior a 02 (dois) anos, com Índice de Massa Corpórea superior a 40 kg/m<sup>2</sup> e resistente aos tratamentos conservadores (dietoterapêuticos, psicoterapêuticos, medicamentosos, por exercícios físicos) realizados, continuamente, há pelo menos 02 (dois) anos.

b- Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m<sup>2</sup>, portadores de doença crônica associada (diabetes, hipertensão, artropatias, hérnias de disco, apnéia do sono) cuja situação clínica é agravada pelo quadro de obesidade.

Para confirmar as indicações clínicas acima, devem ser excluídos:

Patologias endócrinas específicas;

Transtorno Mental, adicção a drogas ou álcool, outros transtornos;

Condições físicas/clínicas que contra-indiquem cirurgias de grande porte (cirrose hepática, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras)

## 8- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO E DO MÉDICO AVALIADOR

- Nome da Unidade Hospitalar
- Nome e CRM do Médico Avaliador

LOCAL E DATA \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico pelas informações

## II – AVALIAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA

1- OBSERVAÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO INICIAL: \_\_\_\_\_

2- O CENTRO DE REFERÊNCIA CONFIRMA A AVALIAÇÃO INICIAL

SIM  NÃO

3- A GASTROPLASTIA ESTÁ INDICADA

SIM  NÃO

4- O PACIENTE ESTÁ APTO A REALIZAR A CIRURGIA

SIM  NÃO

5- IDENTIFICAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA E DO MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO

- Nome da Unidade Hospitalar

- Nome e CRM do Médico Responsável Técnico do Serviços de Cirurgia Bariátrica

LOCAL E DATA \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico

### III- EVOLUÇÃO

1- IMC (na data da cirurgia) \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

2- Tempo decorrido entre a indicação e a realização da cirurgia \_\_\_\_\_

3- Intercorrências Cirúrgicas \_\_\_\_\_

4- Outras Observações sobre o Ato Cirúrgico \_\_\_\_\_

5- IMC (após 6 meses da gastroplastia) \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

6- IMC (após 12 meses da gastroplastia) \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

7- Comentários sobre a evolução do paciente \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico

## **FLUXO ASSISTENCIAL**

a – Avaliação Inicial – o paciente portador de obesidade mórbida deverá ser avaliado clinicamente em unidades de saúde (selecionadas pelo gestor do SUS), hospitais com serviço de cirurgia geral ou Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica. Devem ser checadas as indicações clínicas para realização de gastroplastia bem como as contra-indicações para a realização do procedimento, conformidade com o item “I” do Protocolo aprovado nesta Portaria;

b- Referenciamento do Paciente – uma vez feita a avaliação inicial e tendo o paciente sido enquadrado nos critérios clínicos de indicação cirúrgica, o serviço que irá referenciar o paciente deverá preencher as o item “I” do Protocolo, enviando-o, junto ao encaminhamento do paciente, ao serviço que realizará o procedimento. No caso de a avaliação inicial ocorrer no próprio Centro de Referência, o mesmo deverá proceder ao preenchimento destas informações. As Secretarias de Saúde, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, devem adotar as medidas necessárias ao encaminhamento/deslocamento aos Centros de Referência dos pacientes portadores de obesidade mórbida que tenham sido identificados e que sejam candidatos à realização de tratamento cirúrgico, podendo para tanto utilizar como instrumento operacional o Tratamento Fora de Domicílio – TFD.

c- Realização da Gastroplastia – do procedimento cirúrgico – gastroplastia somente poderá ser realizado em hospitais que tenham sido previamente cadastrados no SUS como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica. O Centro deverá avaliar o paciente a ele encaminhado ou triado em seus próprios serviços, a fim de confirmar os dados contidos na Avaliação Inicial do paciente e decidir pela indicação do tratamento cirúrgico e, se for o caso, realizá-lo. Deverá ser preenchido o item II do Protocolo.

d- Evolução Trans e Pós-operatória – O Centro de Referência que realizar o procedimento deverá anotar no item “III” do Protocolo os dados relevantes do trans-operatório e, no acompanhamento pós-cirúrgico, a evolução clínica do paciente. Decorridos 12 (doze) meses da realização do procedimento, o Centro de Referência deverá enviar ao Ministério da Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais/Coordenação-Geral de Sistemas de Alta Complexidade, completamente preenchido, cópia do Protocolo aprovado por esta Portaria e constante deste Anexo I. Os Centros cadastrados deverão realizar o acompanhamento clínico dos pacientes submetidos à cirurgia bem como garantir, em caso de intercorrência, a devida assistência hospitalar.

## ANEXO II

### NORMAS PARA CADASTRAMENTO

#### CENTROS DE REFERÊNCIA EM CIRURGIA BARIÁTRICA

##### 1- NORMAS GERAIS

As presentes Normas Gerais são válidas para o cadastramento de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica.

##### 1.1 - Processo de cadastramento

1.1.1 - A abertura de qualquer Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

1.1.2 - Uma vez confirmada a necessidade do cadastramento e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviço pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001.

1.1.3 - O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

a - Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas por esta Portaria;

b - Relatório de Vistoria – a vistoria inicial deverá ser realizada “in loco” pela Secretaria de Saúde, que avaliará as condições gerais de funcionamento do serviço e a existência as condições para cadastramento – área física, recursos humanos, responsabilidade técnica, materiais/equipamento, recursos de diagnóstico/tratamento, rotinas escritas e o que mais for estabelecido como exigência para fins de cadastramento;

c - Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo Secretário de Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do novo Serviço à rede de referência estadual

1.1.4 - Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Sistemas e Redes Assistencial/Coordenação-Geral de Sistemas de Alta Complexidade, para análise;

1.1.5 - O Ministério da Saúde avaliará o Processo de Cadastramento e, uma vez aprovado, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua efetivação.

1.2 - Exigências Gerais para Cadastramento:

Além das Normas Específicas de Cadastramento, o hospital para ser cadastrado como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica deverá preencher os seguintes pré-requisitos básicos:

1.2.1- Tipo de Hospital

- a - Ser hospital cadastrado pelo Sistema Único de Saúde e ter instalado e em funcionamento Serviço de Cirurgia Geral;
- b - Possuir Serviço de Cirurgia Bariátrica devidamente instalado e em funcionamento;
- c - Contar com Unidade de Terapia Intensiva – UTI, cadastrada no SUS como de Tipo II ou III;
- d - Contar com ambulatório para avaliação pré-cirúrgica e acompanhamento pós-cirúrgico. Os Centros cadastrados deverão realizar o acompanhamento clínico dos pacientes submetidos à cirurgia bem como garantir, em caso de intercorrência, a devida assistência hospitalar.

### 1.2.2 – Área Física

A área física do Centro de Referência deverá se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham a substituí-los ou complementá-los, a saber:

a - Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994 – Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;

b- Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do Conselho Nacional de Meio Ambiente - CONAMA.

### 1.2.3- Rotinas de Funcionamento e Atendimento

O Centro deve possuir Rotinas de Funcionamento escritas, atualizadas a cada quatro anos e assinadas pelo Responsável Técnico pelo Serviço de Cirurgia Bariátrica, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

a- Critérios de avaliação dos pacientes e de indicação do procedimento cirúrgico – em conformidade com o Protocolo estabelecido no Anexo I desta portaria;

b- Procedimentos médico-cirúrgicos;

d -Procedimentos de enfermagem;

e - Rotinas de suporte nutricional;

f - Rotinas de controle de Infecção;

g - Ficha própria para descrição do ato cirúrgico;

h - Rotinas de acompanhamento ambulatorial dos pacientes

### 1.2.4 - Registro de Pacientes

O Centro deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e



precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

#### Informações Mínimas do Prontuário:

- a- Identificação do paciente;
- b- Histórico Clínico;
- c - Avaliação Inicial – de acordo com o Protocolo estabelecido;
- d - Indicação do procedimento cirúrgico;
- e - Descrição do ato cirúrgico;
- f - Condições na alta hospitalar;
- g - Descrição da Evolução

#### 1.2.5- Protocolo Clínico de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia.

O Protocolo aprovado por esta Portaria deverá ser observado na avaliação inicial dos pacientes, na indicação do procedimento cirúrgico e na descrição da evolução daqueles pacientes submetidos à gastroplastia. Quando se tratar de pacientes referenciados ao Centro, este deverá exigir do serviço que esteja referenciando o paciente, o envio, devidamente preenchida, da avaliação inicial do paciente.

É obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas no Protocolo, pelas unidades que realizarem a avaliação inicial e pelos Centros de Referência que realizarem o procedimento e o acompanhamento clínico dos pacientes;

Decorridos 12 (doze) meses da realização do procedimento cirúrgico, o Centro de Referência deverá, obrigatoriamente, enviar o Protocolo devidamente preenchido à Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais/Coordenação-Geral de Sistemas de Alta Complexidade, para inserção no banco de dados de acompanhamento de cirurgia bariátrica.

### 1.2.6- Manutenção do Cadastramento

A manutenção do cadastramento estará vinculada :

- a – ao cumprimento, pelo Centro, das Normas estabelecidas nesta Portaria;
- b – ao preenchimento e envio, em tempo hábil, do Protocolo de cada paciente submetido à gastroplastia, decorridos 12 meses da realização do procedimento;
- c – à avaliação de funcionamento do serviço por meio da realização de auditorias periódicas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja o Centro de Referência.

## 3- NORMAS ESPECÍFICAS

As exigências específicas para cadastramento de Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica são as seguintes:

### 2.1- Recursos Humanos

#### a - Responsável Técnico

O Serviço de Cirurgia Bariátrica do Centro de Referência deverá ter um responsável técnico - médico cirurgião com título de especialização em cirurgia bariátrica reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica – SBCB ou com título de cirurgião emitido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões ou com Residência Médica em Cirurgia reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, com experiência profissional em cirurgia bariátrica;

#### b - Equipe Cirúrgica

Possuir, além do responsável técnico, equipe de cirurgiões composta por médicos com título de especialização em cirurgia bariátrica reconhecido pela SBCB, ou com título de cirurgião emitido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões ou com Residência

Médica em Cirurgia reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, com experiência profissional em cirurgia bariátrica;

c - Equipe Multiprofissional

Disponer de equipe multiprofissional composta por: endocrinologistas, nutricionistas, enfermeiros, anestesistas, intensivistas, fisioterapeutas, professores de educação física, psicólogos e assistentes sociais.

## 2.2- Área Física

Além do cumprimento da legislação de que trata o item 1.2.2 das Normas Gerais de Cadastramento, a área física do Centro deverá contar com as seguintes instalações:

a – sala de recepção e espera;

b – secretaria;

c – copa;

d – sanitários para paciente ambulatoriais;

e – sala para atendimento de urgência/emergência, com área mínima de 10 m<sup>2</sup>, com sanitário, chuveiro, tanque de inox e lavabo para a equipe de saúde;

f – vestiário de enfermagem com sanitário e chuveiro, separados por sexo;

g – sala para conforto médico, com sanitário;

h – posto de enfermagem;

i – sala de serviço;

j – sala para guarda de material e equipamentos;

l – sala de utilidades/expurgo;

m – almoxarifado, com armário chaveado para guarda de psicotrópicos;

n – salas de cirurgia com lavabo e vestiário, com área mínima de 14 m<sup>2</sup>;

o – quartos com no máximo 02 leitos, lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro;

p - rouparia;

q – sala para recreação, com área mínima de 15 m<sup>2</sup>;

r– quarto do médico plantonista, com sanitário e chuveiro;

s– consultório médico

### 2.3- Materiais, Equipamentos e Instrumental Cirúrgico

Os Centros deverão contar com o seguinte:

#### 2.3.1- Unidade Ambulatorial:

a – divã clínico;

b – escada com dois degraus;

c – estetoscópio;

d – esfigmomanômetro;

e – maca com grade;

f – mesa auxiliar ( 60x40x90 cm ), com rodízios;

g – comadre/papagaio;

h – suporte para soro;

i – mesa;

j – cadeiras;

k – cadeira de rodas.

### 2.3.2 – Unidades de Internação:

a – camas com grades;

b - mesas de cabeceira;

c – escadas com dois degraus;

d – mesas para refeições;

e – arcos de proteção;

f – mesas auxiliares com rodízios ( 40x60x90 cm ), para procedimentos;

g – suportes para soro;

h – estetoscópio e esfigmomanômetro/leito;

i- aspirador elétrico à vácuo, portátil;

j- bandejas para passagem de catéter venoso central e cateterismo vesical;

k– nebulizadores;

l– conjunto de inaladores;

m -balança antropométrica;

n- cadeira para banho;

o- oxímetro de pulso;

p– capnógrafo;

q- laringoscópio com fibra ótica;

r- desfibrilador – cardioversor;

s- eletrocardiógrafo;

t- carrinho de emergência;

u- oto-oftalmoscópio;

v- aspirador elétrico à vácuo portátil

x- monitor de pressão arterial não-invasivo;

z- conjunto de inalador e nebulizadores;

a' – comadre/papagaio/leito;

b' – bandeja inox;

c' – cuba rim;

d' – bacia inox;

e' - jarra inox.

#### 2.3.4 – Centro-Cirúrgico – além dos materiais/equipamentos específicos para gastroplastia:

a – 1 foco cirúrgico;

b – 1 mesa cirúrgica;

c – 2 unidades de anestesia;

d – 2 laringoscópios com fibra ótica;

e- 1 monitor de E.C.G.;

f- 1 capnógrafo;

g - escada com 2 degraus;

h - aspirador elétrico à vácuo portátil;

i- mesa auxiliar com rodízios ( 40x60x90 cm ).

#### 2.4- Recursos Diagnósticos

O Centro deve contar em sua própria estrutura, nas 24 horas do dia, com:

2.4.1- Laboratório de Patologia Clínica no qual se realizem exames nas áreas de:

a – bioquímica;

b – hematologia;

c – microbiologia;

d – gasometria;

e – líquidos orgânicos, inclusive líquido.

Obs.: O laboratório deve possuir certificado de controle de qualidade.

2.4.2- Unidade de Imagenologia, equipada com:

a – Raios-X;

b – Raios-X portátil;

c – Ultra-sonografia;

d – Tomografia Computadorizada;

e – Ressonância Magnética;.

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-

hospitalar do Centro. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS/MS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

2.4.3 - Unidade de Anatomia Patológica, na qual se realizem exames nas áreas de:

a – citologia;

b – histologia;

Obs.: A unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade.

2.4.4 – Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia

Estes procedimentos poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS/MS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

2.5- Hemoterapia

O Centro deve contar com Banco de Sangue nas 24 horas do dia, próprio ou por meio de "acesso" (Portaria SAS/MS nº 494, de 26 de agosto de 1999) e Unidade Transfusional instalada em sua própria estrutura física.



### ANEXO III

#### CENTROS DE REFERÊNCIA EM CIRURGIA BARIÁTRICA CADASTRADOS O SUS

NOME	ESTADO	MUNICIPIO	CGC
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	CEARA	FORTALEZA	07.206.048/0002-80
HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG	MINAS GERAIS	BELO HORIZONTE	17.217.985/0034-72
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS	BELO HORIZONTE	17.209891/0001-93
INSTITUTO OFIR LOIOLA	PARÁ	BELEM	78.640489/0001-53
HOSPITAL DAS CLINICAS	PARANA	CURITIBA	75.095.679/0002-20
FUEM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	PARANA	MARINGA	79.151.312/0001-56
FUNDAÇÃO INIVERSITÁRIA EST. LONDRINA-HOSP.UNIV.REG.DO NORTE DO PARANA	PARANA	LONDRINA	78.640.489/0001-53
HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFPE	PERNAMBUCO	RECIFE	24.234.488/0001-08
HOSPITAL GERAL DE IPANEMA	R. DE JANEIRO	R. DE JANEIRO	00.394.544/0210-00
UNIÃO BRAS. EDUC. ASSOCIAÇÃO HOSPITAL SÃO LUCAS PUC	RIO GRANDE DO SUL	PORTO ALEGRE	88.630.413/0002-81
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	SANTA CATARINA	FLORIANOPOLIS	83.899.526/0001-82
H. DE CLINICAS DA FAC. MED - USP HOSP. UNIVERSITÁRIO	SÃO PAULO	SÃO PAULO	60.448.040/0001-22
REAL E BENEMÉRITA SOCIEDADE PORT. BENEFICÊNCIA	SÃO PAULO	SÃO PAULO	61.599.908/0001-58
IRM. SANTA CASA MIS. SÃO PAULO FAC. MED. S. CASA HOSP. UNIV. MEC MPAS	SÃO PAULO	SÃO PAULO	62.779.145/0001-90
UNIV. ESTADUAL CAMPINAS UNICAMP HOSP. UNIV. MEC MPAS	SÃO PAULO	CAMPINAS	46.068.42/0001-33
FUNDAÇÃO MUNICIPAL ENSINO MARILIA HOSP. UNIV. MEC MPAS	SÃO PAULO	MARILIA	52.052.420/0001-15
FUND. APOIO AO ENSINO/PESQ. E ASSIST. DO HCFMRPUSP	SÃO PAULO	RIBEIRÃO PRETO	57.722.118/0001-40
ASSOCIAÇÃO DOS FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA	SÃO PAULO	PIRACICABA	54.384.631/0002-61

# Anexo c

DECLARAÇÃO

ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

## DECLARAÇÃO

Declaro que o Hospital Governador Celso Ramos cumpre com as determinações da Portaria GM/MS 628 de 26/04/01.

O Hospital Governador Celso Ramos há cerca de 12 meses vinha prestando atendimento à pacientes do SUS no tratamento cirúrgico de portadores de Obesidade Mórbida, através de autorização da Direção da Policlínica da Capital, Dr. José Leandro Martins. Atualmente sabemos que tal agendamento por meio do sistema de informatização do SUS era "oficiosa", isto é, não percorreria todos os percursos burocráticos e terminasse no Ministério da Saúde, onde receberia sua aprovação, uma vez cumprida as exigências solicitadas.

Como é do interesse daquele Ministério o atendimento de pacientes do SUS portadores de Obesidade Mórbida, informamos que nosso Hospital dispõe de todos os recursos Técnicos e Humanos para este atendimento, ou sejam:

- a) Leitos especiais;
- b) Serviço de Terapia Intensiva (coordenado pelo Dr. Jorge Dias de Viatos);
- c) Serviço de Endocrinologia (Dr. Luiz Carlos Espindola, Dra. Amely P. Silva Baltazar, Dra. Yara Medeiros);
- d) Fisioterapia (Sueli de Castro Santhiago);
- e) Serviço de Psicologia (Rachel Schlindwein, Marilda Marcondes de Mattos, Helena S. Linhares);
- f) Serviço de Assistência Social (Schirley G. Rocha dos Santos);
- g) Serviço de Nutrição e Dietética (Eni Ferreira Lemos);
- h) Cirurgias Bariátricas (Dr. Reginaldo M. Coimbra, Dra. Raul Chatagnier Filho).

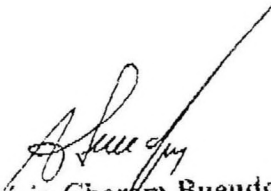
Informamos também que toda esta equipe multidisciplinar estava funcionando adequadamente há pelo menos 12 meses, tendo realizado em nosso Hospital 29 Cirurgias Bariátricas até março do presente ano, de pacientes oriundos de todo Estado, mas que após

a suspensão desta prestação de atendimento, ordenada por V. Sa. até que o funcionamento do Núcleo Profissional tivesse sido autorizado pelo Ministério da Saúde, determinou até o presente uma "lista de espera" de 18 pacientes. O serviço de Cirurgia Bariátrica em nosso Hospital tem capacidade de operar de 8 a 9 pacientes por mês, enquanto que o Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário tem sua capacidade limitada a operar somente 2 a 3 pacientes por mês, demandando por este fato uma numerosa e cada vez mais extensa "lista de espera". Com o credenciamento de nosso Hospital estaríamos ajudando ao Ministério da Saúde a resolver este cada vez mais sério problema de Saúde, bem como treinando outros cirurgiões a realizar em futuro próximo o mesmo tipo de procedimento, através do Programa de Residência em Cirurgia (convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina).

Em anexo estamos encaminhando os comprovantes da qualificação dos Cirurgiões de nosso Hospital junto à Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica.

E por ser verdade, firmamos a presente

Florianópolis, 15 de outubro de 2001.

  
Maurício Cherem Buendgens  
Diretor Geral- HGCR

A/C  
ANDREA BORB  
GEPAC

# Anexo d

COMUNICAÇÃO INTERNA Nº 233/02

COMUNICAÇÃO INTERNA

Nº 233/02

DE: Gerência de Procedimentos de Alta Complexidade

DATA  
02/07/2002

PARA: Hospital Governador Celso Ramos

ASSUNTO: Dr. Mauricio Cherem

Senhor Diretor,

Em atenção ao ofício CGSA/DSRA/SAS n.º 152 datado de 04 de Novembro de 2001 (anexo), o prazo das pendências apontadas expirou em Junho próximo passado.

Solicitamos o encaminhamento do equacionamento das pendências para que possamos enviá-las a Coordenação Geral de Sistemas de Alta Complexidade, para que possa ser retificada a portaria que credencia o Hospital Governador Celso Ramos como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica.

Atenciosamente,

OK 01/08/02

  
ANDRÉA CRISTIANE BORB  
Gerente/GEPAC

  
SELMA ELISA VALENTE SILVESTRE  
Enfermeira/GEPAC



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE SISTEMAS E REDES ASSISTENCIAIS**  
**COORDENAÇÃO GERAL DE SISTEMAS DE ALTA COMPLEXIDADE**

PSUS 12182/010  
0367  
124  
22  
OK

Ofício CGSAC/DSRA/SAS/Nº 152


Brasília (DF), 04 de novembro de 2001

Senhor Secretário,

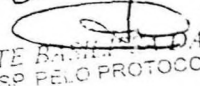
Em atenção ao Ofício nº 991, datado de 05 de novembro de 2001, no qual Vossa Senhoria solicita o cadastramento do Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis-SC, como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica e conforme o estabelecido na Portaria GM/MS/N.º 628, de 26/04/2001 informo como se segue.

- a) O referido processo foi analisado e constataram-se algumas pendências que deverão ser sanadas, no prazo de seis (6) meses, e enviadas a esta Coordenação, a saber:
- Quanto aos Recursos Humanos: Não conta com professor de Educação Física.
  - Quanto à Área Física: Não há sala para recreação com área mínima de 15 m<sup>2</sup> e os quartos não contam com lavabo para equipe de saúde.
  - Quanto à Unidade de Internação: O laringoscópio não é com fibra óptica e sim com lâmpada.
- b) O cadastramento do referido Hospital será efetuado, com as pendências acima, e terá competência para o mês de dezembro.

Atenciosamente,

  
**CARLA PINTAS MARQUES**  
Coordenadora-Geral

A Sua Senhoria o Senhor  
**JOÃO JOSÉ CÂNDIDO DA SILVA**  
Secretário de Estado da Saúde  
Rua Esteves Júnior, 160 – Ed. Halley 7º andar - Centro  
88.015-530 – FLORIANÓPOLIS/SC

PROTOKOLO 1 SUS  
DATA REC 6/12/01 HS 1430  
  
MONETE BRASIL DA SILVA  
RESP PELO PROTOCOLO

# Anexo e

COMUNICAÇÃO INTERNA Nº232/02





ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

COMUNICAÇÃO INTERNA

Nº 232/02

<b>DE:</b> Gerência de Procedimentos de Alta Complexidade	<b>DATA</b> 11/07/2002
<b>PARA:</b> Direção Hospital Governador Celso Ramos Dr. Maurício Cherem	
<b>ASSUNTO:</b> Cirurgia Plástica	

Sr. Diretor,

Conforme PT SAS/GM n º 530 de 21 de novembro de 2001, referente ao cadastramento do Hospital Governador Celso Ramos como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica e em resposta ao ofício n º 001/SCP/2002 de 06 de maio de 2002 referente a decisão unânime do serviço de Cirurgia Plástica desta Unidade Hospitalar em regulamentar e normatizar as condutas e indicações cirúrgicas temos a informar que:

Em 18 de março de 2002 o Ministério da Saúde, através do Gabinete do Ministro, publicou a Portaria GM/MS n º 545 que, entre outras deliberações, inclui procedimentos referentes a cirurgias Plásticas reparadoras pós Gastroplastia incluindo na tabela de procedimentos do SIH – SUS o grupo de procedimentos descritos:

- Cirurgia plástica corretiva pós Gastroplastia
- Dermolipectomia Abdominal pós Gastroplastia
- Mamoplastia pós Gastroplastia
- Dermolipectomia Crural pós Gastroplastia
- Dermolipectomia Braquial pós Gastroplastia

Cirurgias plásticas Corretivas Sequenciais em pacientes pós Gastroplastia e, mais, “Art 7 º - Estabeleceu que os procedimentos objetivo desta Portaria somente poderão ser efetuados mediante indicação pelo Serviço que realizou o procedimento de Gastroplastia em Unidades Hospitalares previamente habilitadas que tenham Serviço de Cirurgia Plástica...”

“Parágrafo único – Ficam automaticamente habilitados para realização dos procedimentos objetivo desta portaria os Hospitais autorizados pela Secretaria de Assistência a Saúde para realização dos procedimentos de Gastroplastia”.

Em atenção ao exposto acima, sugerimos que o Hospital Governador Celso Ramos, unidade habilitada como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica, procure adequar-se para continuar oferecendo assistência ao usuário do SUS, na sua integralidade e totalidade dentro dos critérios estabelecidos na PT n º 545 de 18/03/02.

Atenciosamente,

  
**ANDREA CRISTIANE BORB**  
Gerente/GEPAC

  
**SELMA E. VALENTE SILVESTRE**  
Enfª GEPAC

  
**DIMAS ESPÍNDOLA**  
Diretor de Assuntos Hospitalares

REGISTRADO REGISTERED	URGENTE PRIORITY	AR
DECLARADO / INSURED VALUE	PESO / WEIGHT	kg
6 1 7 5 4 8 8 3 5 BR		FC0734 / 30
		2 x 74 mm



PSUS 3700/020

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

<b>COAH</b>
Recebido em 12/04/02
Protocolo pág. 3

Ofício GS/Nº 375

Brasília, 04 de abril de 2002

*COAH - Dr. Ledo*  
*exp. a DIAR*

Senhor Secretário,

*Adriano Martini*  
Assistente Pessoal do Secre  
11/04/02

Informo a Vossa Excelência, que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS/Nº 545, de 18 de março de 2002, (cuja cópia segue anexa), a inclusão de procedimentos referentes às Cirurgias Plásticas Reparadoras Pós Gastroplastia.

Tais procedimentos serão custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, sendo incluídos na Relação de Procedimentos Estratégicos do SIH-SUS.

A mencionada Portaria também altera, na Tabela do Sistema de Informação Hospitalar – Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, o valor do procedimento 33.022.04.6 – Gastroplastia, anteriormente de R\$ 1.347,22, para R\$ 1.453,75, além de acrescentar ao Kit grampeador linear cortante, mais uma carga, totalizando 4 cargas, com valor total de R\$1.457,09.

Ressalto que os procedimentos constantes na referida Portaria poderão ser efetuados e cobrados a partir de abril de 2002.

Atenciosamente,

  
**RENILSON REHEM DE SOUZA**  
Secretário de Assistência à Saúde

A Sua Excelência o Senhor  
**JOÃO JOSÉ CANDIDO DA SILVA**  
Secretário de Estado da Saúde  
Rua Esteves Júnior, 160 Ed. Halley 7º And. Centro  
88015-530 - FLORIANÓPOLIS / SC

PROTOCOLO/SUS  
DATA REC. 11/04/02 HS 12:30  
*Nilson Nerto Fraga*  
RESP. PELO PROTOCOLO

Portaria Nº 545 / GM \*

Em. 18 de março de 200

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria GM/MS 628, de 26 de abril de 2001, que aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando a necessidade de permanente atualização dos procedimentos de complexidade e estratégicos, constantes das Tabela do SIA/SUS e SIH/SUS, e

Considerando a necessidade criar mecanismos que facilitem o acesso aos pacientes submetidos à Gastroplastia, aos procedimentos de cirurgia plástica corretiva, quando tecnicamente indicado, resolve:

Art 1º - Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimentos abaixo descritos:

38.101.04-1 - Cirurgia Plástica Corretiva pós Gastroplastia

38.058.13.8 – Dermolipectomia Abdominal pós Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
450.00	322.50	15.00	787,50	282	VI	02	18 a 60

CID: E66.8, L08.8, L30.0, L30.3, L91.0, L91.9, L90.6.

38.059.06.1 – Mamoplastia pós Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
440.00	312.50	15.00	767,50	282	VI	02	18 a 60

CID: E66.8, L08.8, L30.0, L30.3, L91.0, L91.9, L90.6.

38.060.06.0 – Dermolipectomia Crural pós Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
450.00	322.50	15.00	787,50	282	VI	02	18 a 60

CID: E66.8, L08.8, L30.0, L30.3, L91.0, L91.9, L90.6.

38.061.13.9 – Dermolipectomia Braquial pós Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
450.00	312.50	15.00	777,50	282	VI	02	18 a 60

CID: E66.8, L08.8, L30.0, L30.3, L91.0, L91.9, L90.6.

Portaria nº 545/GM  
Republicada no D.O. nº 59

Art 2º - Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimentos abaixo descritos:

- 38.101.05.0 - Cirurgias Plásticas Corretivas Sequenciais em pacientes pós Gastroplastia.  
 38.000.00.8 - Cirurgias Plásticas Corretivas Sequenciais em Pacientes pós Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
00.00	00.00	00.00	00.00	00.00	0	00	00

Parágrafo único - A cobrança do procedimento 38.000.00.8- Cirurgias Plásticas Corretivas Sequenciais em pacientes pós gastroplastia será efetuada da seguinte forma:

1 - Os procedimentos constantes do Artigo 1º desta Portaria poderão ser cobrados simultaneamente (no máximo de 02) por AIH, quando as condições clínicas do paciente assim permitirem.

2 - Na AIH deverá ter como procedimento solicitado e realizado: 38.000.00.8- Cirurgias Plásticas Sequenciais em Pacientes pós Gastroplastia.

3 - Os procedimentos realizados, constantes do Art 1º desta Portaria, deverão ser lançados no Campo Procedimentos Especiais da AIH, em ordem decrescente, sendo que no primeiro e seguintes procedimentos lançados serão pagos 100% do valor total de cada procedimento.

Art 3º - Alterar na Tabela do SIH-SUS o valor do procedimento 33.022.04.6 Gastroplastia, conforme o abaixo descrito:

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM	Faixa etária
1000.67	322.50	130.58	1453.75	386	VI	10	18 a 60

Art 4º - Excluir da Relação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais o material 93.481.30.6 - Kit Grampeador Linear Cortante + 3 cargas.

Art 5º - Incluir na Relação de Órteses e Próteses e Materiais Especiais o material abaixo descrito, compatível com o procedimento 33.022.04.6 - Gastroplastia.

Código	Quantidade	Nome	Valor em R\$
93.481.33.0	01	Kit Grampeador Linear Cortante + 4 cargas.	1.457,09

Art 6º - Definir que, para realização dos procedimentos constantes dos Artigos 1º e 2º desta Portaria, deverá ser preenchido o formulário INDICAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA POR GASTROPLASTIA, constante do Anexo desta Portaria, que terá, obrigatoriamente, que fazer parte do prontuário médico.

Art 7º - Estabelecer que os procedimentos objeto desta Portaria somente poderão ser efetuados mediante indicação pelo Serviço que realizou o procedimento de Gastroplastia, em Unidades Hospitalares previamente habilitadas que tenham Serviço de Cirurgia Plástica, composto por Cirurgiões Plásticos, com título de especialista reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, ou Certificado de Residência Médica em Cirurgia Plástica reconhecido pelo MEC.

Parágrafo único – Ficam, automaticamente, habilitados para realização dos procedimentos objeto desta Portaria os Hospitais autorizados pela Secretaria de Assistência à Saúde para realização de procedimentos de Gastroplastia.

Art 8º - Estabelecer que, para cobrança dos procedimentos objeto desta Portaria, deverá ser lançado no campo "AIH anterior" o número da AIH referente à cirurgia de Gastroplastia realizada pelo paciente.

Art 9º - Definir que os procedimentos de que trata esta Portaria serão custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, sendo incluídos na Relação de Procedimentos Estratégicos do SIH-SUS.

Parágrafo único - Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde – SUS

10.302.0023.4307 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS

Art. 10 - Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde que, em ato próprio, adote as medidas necessárias para a implementação do disposto nesta Portaria.

Art 11 - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir de competência abril de 2002.

BARJAS NEGRI

(\*) Republicada por ter saído com incorreção, do original, publicado no Diário Oficial 54, de 20 de março de 2002, Seção 1, Pág. 37.

ANEXO

INDICAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS GASTROPLASTIA

I - AVALIAÇÃO INICIAL

- 1 - NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_  
2 - IDADE: \_\_\_\_\_ (anos)  
3 - PESO \_\_\_\_\_ (kg) anterior à gastroplastia  
4 - PESO \_\_\_\_\_ (Kg) atual  
5 - ALTURA \_\_\_\_\_ (cm)  
6 - IMC \_\_\_\_\_ (kg/m<sup>2</sup>)  
7 - Resultados de exames atuais:

II - SITUAÇÕES CLÍNICAS/DOENÇAS ASSOCIADAS

HAS [ ]      Diabetes [ ]      Dificuldades Respiratórias [ ]      Artrose [ ]      Outra [ ]  
OUTRAS (se assinalada a opção "outras" acima, informar) \_\_\_\_\_

III - TEMPO DECORRIDO DA REALIZAÇÃO DA GASTROPLASTIA

IV - PARECER DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

- [ ] O paciente preenche os critérios de indicação de cirurgia plástica reparadora pós gastroplastia  
[ ] O paciente não preenche os critérios de indicação de cirurgia plástica reparadora pós gastroplastia

V - INDICAÇÕES CLÍNICAS PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA GASTROPLASTIA:

VI - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO E DO MÉDICO AVALIADOR

- Nome da Unidade Hospitalar  
- Nome e CRM do Médico Avaliador

VII - O PACIENTE ESTÁ APTO A REALIZAR A CIRURGIA

[ ] SIM [ ] NÃO

LOCAL E DATA \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico pelas informações

# Anexo f

ORIENTAÇÕES SOBRE O PROCEDIMENTO FORNECIDO PELO HGCR

## CIRURGIA DA OBESIDADE

A obesidade é uma doença grave e está relacionada com hipertensão arterial, diabetes, arteriosclerose, ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, doenças pulmonares, artrites, cálculos da vesícula, hérnias, varizes, flebites, doenças cutâneas, etc. Todas estas situações contribuem para que o obeso tenha sua expectativa de vida significativamente diminuída.

O tratamento cirúrgico da obesidade visa abolir ou diminuir a incidência dessas situações, proporcionando importante redução de peso nos pacientes. Como toda e qualquer cirurgia ela tem os seus riscos, especialmente por não terem ainda sido afastadas as situações mórbidas previamente citadas. Como principais complicações decorrentes dessa cirurgia podemos citar deiscência de sutura, embolia pulmonar, trombose nas pernas e infecção respiratória. Este conjunto de complicações pós-operatórias determinam uma taxa de mortalidade global inferior a 5%.

Uma vez realizado o tratamento cirúrgico através da gastroplastia, o paciente terá de trocar os hábitos alimentares drasticamente, evitando-se com isso uma série de inconvenientes pós-operatórios precoces e tardios e fazendo com que a cirurgia produza os resultados desejados. Depois que você perder todo o seu excesso de peso, poderá ser necessário à realização de cirurgia plástica (estética) para remoção dos excessos de pele e tecido subcutâneo.

Todo paciente candidato ao tratamento cirúrgico terá avaliado seu estado cardiológico, pulmonar, psicológico, endócrino-nutricional, e realizará endoscopia digestiva alta e ultra-som de vias biliares.

Desde que enquadrado no grupo cirúrgico, o paciente receberá por escrito as recomendações a serem seguidas no pós-operatório, bem como assinará conjuntamente com um familiar (de preferência) este **“termo de compromisso para a cirurgia”**.

Florianópolis,

---

---



## **OBESIDADE: O que é importante você conhecer para combatê-la**

Obesidade é o aumento de peso as custas de tecido adiposo. Para sabermos se nosso peso corporal é normal ou não, devemos calcular o Índice de Massa Corporal (I.M.C.), que obtemos dividindo nosso peso pela altura ao quadrado. Assim, o resultado é expresso em kg/m<sup>2</sup>.

Peso até 25: normal

Acima de 30: obesidade leve

Acima de 35: obesidade moderada

Acima de 40: obesidade mórbida

Acima de 50: hiperobesidade

A obesidade pode originar-se de várias causas: genéticas, distúrbios psicológicos, distúrbios metabólicos – endócrinos, depressão endógena, maus hábitos alimentares, sedentarismo, etc.

A obesidade é uma doença grave, que secundariamente é acompanhada de doenças das coronárias (infarto ou angina), hipertensão arterial, doença cerebral vascular (derrames), arteriosclerose, trombozes venosas, embolia pulmonar, dispnéia do sono, varizes e flebites, hemorróidas, hérnias (de disco ou de parede abdominal), diabetes, doenças osteoarticulares.

O obeso tem risco de morte aumentado de 10 vezes em relação ao indivíduo de peso normal, e sua expectativa de vida diminui em 20% da que teria com peso normal.

O tratamento cirúrgico da obesidade visa abolir ou diminuir a incidência dessas situações, proporcionando importante redução de peso nos pacientes. Como toda e qualquer cirurgia ela tem os seus riscos, especialmente por não terem ainda sido afastadas as situações mórbidas previamente citadas. Este conjunto de complicações pós-operatórias determina uma taxa de mortalidade global inferior a 5%, enquanto que na fila do Hospital de Clínicas de São Paulo, o índice de mortalidade foi superior a dos doentes operados.

Todo paciente candidato ao tratamento cirúrgico terá avaliado seu estado cardiológico, pulmonar, psicológico, endócrino-nutricional, e realizará endoscopia digestiva alta e ultra-som de vias biliares.

Desde que incluído no grupo cirúrgico, o paciente receberá por escrito as recomendações a serem seguidas no pós-operatório, inclusive orientação de nutricionista, bem como assinará conjuntamente com um familiar (preferência) um Termo de Autorização para a Cirurgia. Seu pós-operatório será acompanhado pelo Cirurgião pelo período de um a dois anos, ou mais, se fizer necessário.

## CIRURGIA DA OBESIDADE

### ROTINA DO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

1. Postura
  - Elevação do tronco, enquanto deitado (a).
  - Deambulação - No 1/PO ou 2/PO.
  - Estimular a movimentação no leito, e exercícios respiratórios.
2. Retirar a sonda naso-gástrica na SO e a vesical no 1/PO.
3. Antibioticoterapia nas 1ª 24 horas ⇒ cefalosporina.
4. Analgesia. Usar antiinflamatórios e analgésicos.
5. Proteção da mucosa gástrica. B1 H2 ranitidina. IV 50mg 6/6 h ou inibidores de bomba de prótons (omeprazol IV 40mg/d).
6. Profilaxia da trombose venosa. Heparina de baixo peso molecular (clexane 20 a 40mg ao dia SC) pernas enfaixadas desde a sala de operações.
7. Dieta Oral. A partir do 3ºPO. Mantendo a hidratação parenteral por mais 24.
  - 3ºPO: Dieta líquida restrita. 2c/sopa 15 minutos sempre que acordada. Não administrar líquidos açucarados. Usar adoçantes.
  - 4ºPO: Dieta líquida completa. 3c/sopa cada 15 minutos água a vontade.
  - A partir do 10/PO. Dieta líquida pastosa três vezes ao dia líquida completa nos intervalos e água a vontade. Até novas instruções.
8. Vitaminas por via parenteral enquanto permanecer a via venosa. A seguir polivitaminas por VO comprimidos sempre triturados. Após alta vitergan-Zn uma drágea ao dia ou droga equivalente, complexo B, e analgésicos em gotas.
9. Alta seguindo as "instruções de alta".
10. Observações  
especiais:.....

# CIRURGIA DA OBESIDADE

## ROTINA DIETÉTICA BÁSICA - PRIMEIROS 30 DIAS

### Recomendações nutricionais

#### 1ª Semana

Após as primeiras 48 horas inicia-se a ingestão de 2 colheres de sopa (2/3 de um copo de café pequeno, de papel), de líquidos ralos a cada 15 minutos progredindo-se para 3 colheres de sopa no terceiro dia se a aceitação for perfeita.

- Água (após o quarto dia o volume é ditado pela aceitação).
- Água de coco
- Chá (exceção ao chá preto)
- Refresco de frutas coado
- Caldo de legumes (batido no liquidificador e coado)
- Refrigerantes "diet"

Observações: a) Não utilizar açúcar

- b) Sempre que possível ingerir medicamentos sob a forma líquida
- c) Os comprimidos quando necessário devem ser ingeridos sempre triturados
- d) A ingestão total de líquidos deve ser igual ou maior do que 2 litros dia
- e) Manter a cabeceira da cama elevada e sempre que possível ingerir sentado (a) e andar a seguir

#### 2ª e 3ª Semana

Além das preparações da primeira semana acrescentar:

- ☞ Leite desnatado
- ☞ Sucos de frutas não coados
- ☞ Na hora das refeições principais (café, almoço, lanche e jantar)
  - ◆ Geralmente em folhas
  - ◆ Sopas de legumes (legumes- carne /peixe frango batidos no liquidificador)
  - ◆ Temperos normais.

Observações: Além dos cuidados anteriores:

- a) Aumentar o volume de cada preparação para 100ml (dois copos de café pequeno)
- b) Ampliar os intervalos para uma hora
- c) Só deitar-se para dormir duas horas após a última ingestão
- d) Fora das refeições água na medida que tolerar

#### 4ª Semana

Acrescentar nas quatro refeições principais (café, almoço, lanche e jantar)

- ◆ Clara de ovo cozido
- ◆ Biscoito "cream-craker" uma unidade
- ◆ Frutas sob a forma de creme ou raspadas (mamão, pêra, maçã, banana) evitar abacate
- ◆ Feijão bem cozido, batido no liquidificador
- ◆ Legumes sob forma de purês
- ◆ Nos intervalos, apenas os líquidos ralos da 1ª semana (água, água de coco, sucos e refrigerantes "diet")
- ◆ Temperos normais.

Observações: Além dos cuidados anteriores:

- a) Evitar ultrapassar 100ml (dois copos de café pequeno) por cada refeição e sobretudo não testar o máximo da sua capacidade por refeição
- b) Líquidos ralos à vontade
- c) Após o primeiro mês seguir orientação da nutricionista (marcar consulta) e do seu cirurgião

# CIRURGIA DA OBESIDADE

## INSTRUÇÕES DE ALTA HOSPITALARES

*Leia com atenção e caso não entenda alguma coisa pergunte sempre.*

### 1. Atividades físicas

- Você foi operado mas não está doente. Não fique na cama. Você deve andar distâncias progressivamente maiores, fazendo pequenas paradas quando estiver cansado (a), repetir várias vezes por dia a mesma distância. Pode e deve subir escadas, desde que se sinta firme. O repouso excessivo predispõe as flebites e ao surgimento de coágulos nas veias das pernas, que podem causar embolias pulmonares.
- Você deve continuar fazendo exercícios respiratórios conforme foi ensinado no Hospital. Se possível de hora em hora.
- Use uma cinta para apoio e conforto abdominal. Só tire para o banho.

### 2. Banho

- Como já foram retiradas as punções venosas você pode tomar banho de chuveiro sem necessidade de cobrir as incisões. Não tome banho de imersão na primeira semana. Nesta fase o curativo é desnecessário.

### 3. Dieta

- Siga as instruções da nutricionista. Após sua alta a dieta continuará a base de líquidos de hora em hora com água ou líquidos ralos em abundância você deve beber mais de dois litros por dia, para não formar cálculo nos rins. Beba muito lentamente. Evite qualquer **ingestão** nas últimas duas horas antes de dormir.
- Durante os três primeiros meses pode ser muito difícil ingerir sólidos. Com o tempo melhora. Paciente que ingerem sólidos nos horários das refeições principais apresentam usualmente os melhores resultados em longo prazo. **Você deve comer muito devagar e mastigar muito até liquefazer os alimentos.**
- Evite alimentos líquidos doces e gordurosos (ex. milk-shakes), e com amido e gorduras (ex. batatas fritas, massas gordurosas etc.), tome seus líquidos com adoçantes. Líquidos açucarados não serão bem tolerados.
- Você deve tomar diariamente vitaminas prescritas pelo seu médico na hora da alta. Em caso de dor tome inicialmente Tylenol gotas e a seguir busque orientação médica. Em caso de diarreia recorrente, tome Elixir Paregônco, uma colher diluída em água. A maioria dos pacientes vomita em algum momento geralmente isso se resolve espontaneamente e é causado por partículas mal mastigadas ingeridas rapidamente ou excessivamente. Em caso mais intenso alimente-se apenas de líquidos ralos por 48 horas e entre em contato com seu médico.

### 4. Generalidades

- Não tome aspirina (ou drogas que contenham ácido acetilsalicílico) ou ibuprofeno (advil) pelo resto da vida. Pode causar erosões no local do anel de silicone.
- Todo comprimido deve ser tomado triturado ou então optar por sua apresentação na forma líquida.
- Pode dirigir automóvel ou assumir atividades profissionais tão logo possa fazer sem dor abdominal. Revisões semanais são obrigatórias no primeiro mês seguido de visitas mensais. As complicações mais sérias ocorrem em pacientes que abandonaram o acompanhamento clínico, psicológico e nutricional.
- Durma com a cabeça mais elevada colocando um calço sob os pés da cabeceira (+ 20 centímetros).

### 5. Atenção

- Diante de qualquer fato inesperado, entre em contato telefônico com a equipe envolvida com o tratamento cirúrgico da obesidade ou procure-nos no consultório. Se achar necessidade em caso de Emergência, procure diretamente o Hospital onde foi operado.

# Anexo g

TABELA IBGE

**Tabela 1 - Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade**  
na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo, segundo Unidades da Federação,  
áreas urbanas dos Municípios das Capitais e Regiões Metropolitanas - período 2002-2003

Unidades da Federação, áreas urbanas dos Municípios das Capitais e Regiões Metropolitanas	Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo (%)					
	Masculino			Feminino		
	Déficit de peso	Excesso de peso	Obesidade	Déficit de peso	Excesso de peso	Obesidade
<b>Brasil</b>	<b>2,8</b>	<b>41,1</b>	<b>8,9</b>	<b>5,2</b>	<b>40,0</b>	<b>13,1</b>
Acre	3,1	34,4	7,0	5,7	38,0	13,4
Alagoas	1,7	48,3	11,4	3,8	39,6	15,7
Amazonas	2,9	34,2	5,8	5,1	37,7	9,0
Bahia	3,0	39,5	8,2	5,1	33,8	8,7
Brasília	1,7	40,3	7,8	5,3	29,6	8,6
Ceará	2,3	42,9	9,4	5,4	31,3	9,5
Distrito Federal	1,8	42,2	11,2	3,2	44,0	13,5
Espírito Santo	1,4	43,4	13,0	4,0	42,4	14,1
Goiás	2,4	34,0	8,0	5,2	37,3	11,5
Maranhão	2,7	39,3	9,7	7,2	36,8	11,6
Matão	3,1	39,3	9,9	8,5	35,8	11,5
Minas Gerais	1,4	44,3	12,6	4,7	33,9	10,1
Mato Grosso do Sul	1,2	47,6	16,0	4,8	33,5	8,9
Paraná	3,8	32,5	5,0	5,1	29,2	7,8
Paraná	5,7	33,0	1,9	7,4	14,9	5,4
Pernambuco	3,3	28,3	4,4	5,9	34,2	10,2
Piauí	2,3	36,9	4,9	6,8	26,9	6,4
Pernambuco	3,9	29,4	4,9	6,9	35,1	9,5
Pernambuco	3,7	41,5	7,8	6,1	36,3	9,5
Pernambuco	2,8	35,1	7,9	5,7	37,8	11,0
Pernambuco	1,4	44,7	9,9	4,7	36,5	11,4
Pernambuco	1,8	44,8	9,7	4,7	39,3	11,8
Pernambuco	1,5	36,9	8,9	5,2	43,0	13,1
Pernambuco	0,8	42,3	10,8	3,9	43,1	11,1
Pernambuco	2,6	34,6	7,4	6,2	39,3	11,7
Pernambuco	2,8	47,6	13,3	4,9	43,9	14,8
Pernambuco	3,0	37,9	10,2	4,8	44,2	13,8
Pernambuco	1,7	45,4	15,0	4,6	46,3	14,6
Pernambuco	2,7	43,5	12,7	3,6	45,0	12,6
Pernambuco	2,6	37,0	6,8	5,9	39,3	12,4

Maceió	1,7	42,2	8,6	5,2	36,9	12,0
Pernambuco	3,5	37,8	7,2	5,5	38,9	11,4
Aracaju	3,5	43,3	8,1	5,8	34,9	8,7
Bahia	4,9	28,6	4,5	7,9	37,2	11,5
Salvador	4,0	33,8	4,9	10,3	36,2	13,0
Região Metropolitana de Salvador	5,0	35,3	6,0	10,3	36,9	13,3
Minas Gerais	3,5	37,0	7,1	5,8	39,0	13,0
Belo Horizonte	2,2	48,4	7,0	5,2	40,0	14,4
Região Metropolitana de Belo Horizonte	2,6	44,2	7,3	5,5	39,8	13,7
Espirito Santo	2,5	40,2	8,3	4,8	43,1	13,9
Vitória	3,2	45,1	9,3	6,2	40,6	12,2
Rio de Janeiro	3,1	45,9	10,5	4,9	41,8	12,7
Rio de Janeiro	2,0	51,5	11,1	4,6	38,7	12,1
Região Metropolitana do Rio de Janeiro	2,4	47,2	9,4	5,3	40,4	12,5
São Paulo	2,4	47,5	11,3	4,7	40,9	14,7
São Paulo	2,5	45,3	10,3	3,8	36,2	13,2
Região Metropolitana de São Paulo	2,8	46,5	11,4	4,0	39,9	13,7
Paraná	2,5	44,6	10,0	4,4	41,7	13,9
Curitiba	2,2	46,1	12,1	2,6	36,7	12,6
Região Metropolitana de Curitiba	2,9	44,5	10,1	3,7	36,9	11,6
Santa Catarina	0,9	43,9	8,0	3,7	36,7	10,4
Florianópolis	0,0	33,9	6,2	8,6	21,4	7,9
Rio Grande do Sul	2,1	49,0	11,3	3,1	48,3	18,5
Porto Alegre	0,8	53,5	7,6	1,3	44,8	14,1
Região Metropolitana de Porto Alegre	1,1	50,2	10,5	1,6	48,6	18,1
Mato Grosso do Sul	2,7	48,8	10,4	4,8	40,1	12,9
Campo Grande	1,1	49,6	8,2	3,4	37,9	9,5
Mato Grosso	2,2	41,4	7,9	6,0	36,6	11,0
Cuiabá	3,2	54,8	13,4	3,6	42,8	16,1
Goiás	2,3	41,4	8,1	7,2	35,7	9,7
Goiânia	0,9	47,8	10,4	6,9	31,6	8,8
Distrito Federal	2,8	45,9	8,9	5,4	38,0	10,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índices de Preços, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003.