

Moara Monteiro Sant'Helena

**A INTEGRALIDADE NAS REDES DE ATENÇÃO À
SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE E DIABETES
MELLITUS SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA:
referência e contrarreferência**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles.

Florianópolis

2016

Monteiro Sant'Helena, Moara

A INTEGRALIDADE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE E DIABETES MELLITUS SUBMETIDOS À CIRURGIA
BARIÁTRICA: referência e contrarreferência / Moara
Monteiro Sant'Helena ; orientadora, Betina Hörner
Schlindwein Meirelles - Florianópolis, SC, 2016.

184 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Discutindo a integralidade nas redes
de atenção à saúde. 3. O tratamento da obesidade e do
diabetes mellitus pela cirurgia bariátrica. I. Hörner
Schlindwein Meirelles, Betina. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
III. Título.

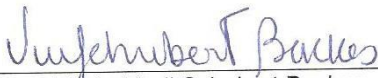
MOARA MONTEIRO SANT'HELENA

**A INTEGRALIDADE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS
PESSOAS COM OBESIDADE E DIABETES MELLITUS
SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA: REFERÊNCIA E
CONTRARREFERÊNCIA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 02 de dezembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.


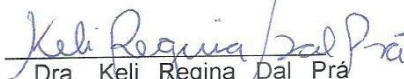
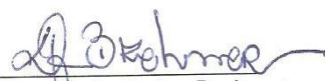


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Presidente


Dra. Ivonefe Buss Heidemann
Membro (titular)
Dra. Keli Regina Dal Pra
Membro (titular)
Dra. Laura C. de Farias Brehmer
Membro (titular)

*Dedico este trabalho à minha
família, em especial, **Magda, Hélio**
e **Tauan**, por estarem sempre por
perto, me apoiando, me escutando
e me incentivando.
Vocês despertam o melhor de mim.*

AGRADECIMENTOS

Diversos foram os momentos e os sentimentos vividos durante essa trajetória percorrida. Muitos olhares, receios, superações, conquistas, desejos e novos sonhos fizeram com que o mestrado tivesse uma cor diferente nesse imenso mundo colorido e na minha vida. Aos marcantes, eu agradeço:

À **Deus**, pela força diária e por guiar meus passos, em especial quando pareço não saber mais para onde ir.

À **minha mãe, Magda**, por ter o maior coração que eu já vi e senti. Preciso do teu amor para prosseguir.

Ao meu pai, Hélio, pela presença marcante e a lealdade infinita aos teus. Cada vez mais te vejo em mim.

Ao meu irmão, Tauan, por ser o maior e o melhor presente da minha vida. Sempre estarei ao teu lado.

À **melhor amiga** que meu coração poderia ter escolhido, **Débora**. Nossos laços vão além do sangue, é amor de outras vidas.

À família que Florianópolis me concedeu, e eu sou eternamente grata, **Ana, Vinícius, Thaís e Rafael**. Vocês têm um pedaço do meu coração.

Aos amigos especiais, **Tiago, Bruna, Fernanda Yasmin, Morgana, Giane, Letícia, Jaque e Fernanda**. Pelas horas de diversão, conversas e incentivos.

À **turma de mestrado do PEN 2015, em especial, Carolina, Rafaella e Andriela**. Pelas iluminações cotidianas, pela amizade sincera, por todo apoio. Tenho um carinho gigante por cada um.

Ao NUCRON, por tamanho aprendizado e por me permitir um novo olhar.

À **querida orientadora, Professora Betina**, por me orientar nessa aventura chamada mestrado, me permitindo conhecer um outro lado da pesquisa, além de guiar os meus passos.

Aos membros da banca examinadora, meu sincero agradecimento pela presença e pela contribuição para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos participantes do estudo, profissionais e pacientes, meu agradecimento especial já que vocês deram sentido à discussão da temática, além da minha admiração pela garra, comprometimento e superação de cada história.

“Se você é capaz de tremer de indignação a cada vez que se comete uma injustiça no mundo, então somos companheiros”

Che Guevara

RESUMO

Esta pesquisa trata de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi analisar o processo de referência e contrarreferência nas redes de atenção à saúde às pessoas com obesidade e diabetes mellitus submetidas à cirurgia bariátrica em um serviço especializado de saúde de Florianópolis/SC, de modo a caracterizar as pessoas submetidas à cirurgia, mapear o percurso de referência e contrarreferência, além de identificar o processo da referência e contrarreferência entre o serviço especializado de atenção à obesidade e os serviços de Atenção Primária em Saúde do município reconhecendo os profissionais e os serviços envolvidos nesse processo. O cenário foi um hospital público no Sul do País. Participaram do estudo profissionais atuantes no serviço especializado e usuários que realizaram a cirurgia bariátrica na instituição nos anos de 2011, 2012 e 2013. Os dados foram coletados de abril a junho de 2016, por meio de análise documental, análise teórica e entrevistas. A partir da triangulação, os dados foram analisados por uma proposta operativa. Os resultados identificaram que o processo de referência e contrarreferência está instituído ministerialmente, no entanto, no cotidiano da prática sua efetivação fica a critério de cada profissional, apesar da grande importância ressaltada no estudo. A grande parcela dos usuários submetidos ao procedimento cirúrgico é advinda da Atenção Primária em Saúde, mas também por outras trajetórias de acesso; muitos dos encaminhamentos ao serviço especializado ocorrem sem o tratamento prévio adequado. A ação de contrarreferência se define como essencial para a continuidade do cuidado, visando o sucesso do tratamento da obesidade, e fatores determinantes nesse contexto tem exercido o papel de barreira na concretização da ação, como a centralidade hospitalar, o desconhecimento profissional nos serviços de saúde, as barreiras institucionais, o abandono do acompanhamento, entre outros. Discutir o processo de referência e contrarreferência na saúde possui relevância no contexto que surge para integrar as equipes de saúde, facilitar o acesso do usuário e colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde, além de visar assegurar a atenção integral aos usuários.

Descritores: Obesidade, Diabetes, Cirurgia Bariátrica, Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

This research is a case study of qualitative approach, whose objective was to analyze the process of reference and counter-reference in health care networks for people with obesity and diabetes mellitus undergoing bariatric surgery at a specialized health Florianópolis/SC, in order to characterize people undergoing surgery, map reference travel and counter-reference in addition to identifying the reference process and counter-reference between the specialized service of obesity and the Primary Health Care services in health the municipality and finally recognize the professionals and agencies involved in that process. The scenario was a public hospital in the south of the country. Participated in the study professionals working in specialized services and users who perform bariatric surgery at the institution in the years 2011, 2012 and 2013. Data were collected from april to june 2016, through document analysis, theory and interviews. From the triangulation, the data were analyzed by an operative proposal. The results showed that the process of reference and counter is set ministerially, however, the practice of everyday its effectiveness is at the discretion of each professional, despite the great importance highlighted in the study. A large portion of users underwent the surgical procedure is arising from the APS, however, point to other paths of access; and it is that many referring to specialized service occur without adequate prior treatment. The counter-action is defined as essential for continuity of care, seeking the success of obesity treatment, but emerge determining factors in this context that has exercised the barrier role in the realization of the action, as the central hospital, professional ignorance in health services, institutional barriers, the abandonment of monitoring, among others. Discuss the reference process and counter-reference health is relevant in the context that appears to integrate health teams, facilitate user access and implement the principles of the Unified Health System (SUS), and aim to ensure comprehensive care to users.

Descriptors: Obesity, Diabetes, Bariatric Surgery, Health Care.

RESUMEN

Esta investigación es un estudio de caso del enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue analizar el proceso de referencia y contrarreferencia las redes de atención de salud para las personas con la obesidad y la diabetes mellitus sometidos a cirugía bariátrica en un problema de salud especializada Florianópolis / SC, con el fin de caracterizar las personas sometidas a cirugía, los viajes mapa de referencia y contrarreferencia, además de identificar el proceso de referencia y contra entre el servicio especializado de la obesidad y los servicios de Atención Primaria de Salud el municipio reconocer los profesionales y organismos que participan en ese proceso. El escenario era un hospital público en el sur del país. La participación en los estudios profesionales que trabajan en servicios especializados y usuarios que realizan la cirugía bariátrica en la institución en los años 2011, 2012 y 2013. Los datos se recogieron entre abril y junio de 2016, a través del análisis de documentos, teoría y entrevistas. A partir de la triangulación, los datos se analizaron mediante una propuesta operativa. Los resultados mostraron que el proceso de referencia y contador se ajusta ministerially, sin embargo, la práctica de todos los días de su eficacia es a discreción de cada profesional, a pesar de la gran importancia de relieve en el estudio. Una gran parte de los usuarios se sometió al procedimiento quirúrgico está surgiendo de la APS, sin embargo, apuntan a otros caminos de acceso; y es que muchos refiriéndose a servicio especializado ocurrir sin tratamiento previo adecuado. La acción de contrarreferencia se define como esencial para la continuidad de la atención, buscando el éxito del tratamiento de la obesidad, pero emergen factores determinantes en este contexto que se ha ejercido el papel de barrera en la realización de la acción, ya que el hospital central, la ignorancia profesional en los servicios de salud, las barreras institucionales, el abandono de monitoreo, entre otros. Discutir el proceso de referencia y contrarreferencia la salud es relevante en el contexto que aparece para integrar los equipos de salud, facilitar el acceso de los usuarios y poner en práctica los principios del Sistema Único de Salud (SUS), y su objetivo es garantizar la plena atención a usuarios.

Descriptor: Obesidade, Diabetes, Cirurgia bariátrica, Cuidado de la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Hospitais credenciados e sua região de abrangência	73
Figura 2: Fluxograma de acesso dos usuários à equipe de cirurgia bariátrica da instituição pesquisa.....	74
Figura 3: Fluxograma de atendimento pré-operatório de cirurgia bariátrica da instituição pesquisada.....	75
Figura 4: Fluxograma de atendimento pós-operatório de cirurgia bariátrica da instituição pesquisada.....	78
Figura 5: Triangulação dos dados.....	84
Figura 6: Trajetória do usuário no tratamento da obesidade.....	97
Figura 7: Percurso ao tratamento de saúde.....	101
Figura 8: Repercussões após a cirurgia bariátrica.....	104
Figura 9: Vinculação com o serviço especializado.....	109
Figura 10: Processo de referência e contrarreferência.....	128
Figura 11: Articulação dos serviços na referência e contrarreferência.....	132
Figura 12: Estratégias do serviço especializado.....	138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação de peso pelo IMC.....	33
Quadro 2: Atributos das Redes de Atenção à Saúde.....	47
Quadro 3: Condição de saúde dos usuários.....	99
Quadro 4: Dinâmica do acompanhamento pós-operatório.....	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Taxa de prevalência de peso em adultos segundo região.....	28
Tabela 2: Identificação dos usuários entrevistados.....	87
Tabela 3: Identificação dos profissionais entrevistados.....	88
Tabela 4: Reconhecimento dos usuários entrevistados.....	98
Tabela 5: Condições de saúde pós cirurgia: após 2 anos e em 2016....	106
Tabela 6: Categorização dos usuários entrevistados.....	129
Tabela 7: Categorização dos profissionais entrevistados.....	130

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira para Estudo da Obesidade
ABIA	Associação Brasileira da Indústria de Alimentos
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CMF	Conselho Federal de Medicina
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FID	Federação Internacional de Diabetes
HAS	Hipertensão Arterial
HU/UFSC	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS/SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIMS	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SC	Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFSC
UNICEF
UPA
VIGITEL

Universidade Federal de Santa Catarina
Fundo das Nações Unidas para a Infância
Unidade de Pronto-Atendimento
Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para
Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	26
2. OBJETIVOS.....	43
2.1 OBJETIVO GERAL.....	43
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	44
3.1 DISCUTINDO A INTEGRALIDADE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	44
3.2 O TRATAMENTO DA OBESIDADE E DO DIABETES MELLITUS PELA CIRURGIA BARIÁTRICA.....	60
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	70
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	70
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	72
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	79
4.4 COLETA E REGISTRO DE DADOS.....	79
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	83
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	85
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	86
5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS ENTREVISTADOS.....	86
5.2 MANUSCRITO 1: PERCURSO DA PESSOA COM OBESIDADE E DIABETES NO ACESSO AO SEU TRATAMENTO: UMA ANÁLISE SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA.....	90
5.3 MANUSCRITO 2: O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE PACIENTES COM DIABETES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO.....	120

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
REFERÊNCIAS.....	155
APÊNDICES.....	169
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: PACIENTES.....	170
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	172
APÊNDICE C - MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES.....	173
APÊNDICE D - MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS.....	176
APÊNDICE E – ROTEIRO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO MÉDICO.....	179
ANEXOS.....	180
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	181

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença com índice crescente e que representa um dos grandes problemas de saúde na atualidade. Pode ser definida como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, em virtude de sua relação com diversas complicações metabólicas. Esta doença está correlacionada a fatores genéticos, ao mesmo tempo em que se percebe a existência de fatores ambientais e sociais como determinantes importantes para a obesidade, como a falta de atividade física, o abuso de álcool, o consumo abusivo de alimentos hipercalóricos e hiperlipídicos (BACH, et al., 2013).

A doença da obesidade é um problema de saúde crônico¹ e que tem reflexos extremamente graves. Esta doença pode resultar em consequências físicas, psicológicas, sociais e econômicas, além de reduzir a expectativa de vida do usuário em virtude da alta mortalidade (DINIZ, et al., 2008).

O panorama mundial e brasileiro de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. No cenário epidemiológico atual desse grupo de doenças, destaca-se a obesidade por ser uma doença e ao mesmo tempo um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, estas que também possuem taxas de prevalência em elevação no País (BRASIL, 2014).

Com relação à mortalidade associada a obesidade, Lew e Garfinke (1979 *apud* ZILBERSTEIN, 2002) analisaram pacientes durante 12 anos envolvendo 336.442 homens e 419.060 mulheres, onde encontram taxas de mortalidade aumentadas em duas vezes para homens e mulheres que estavam 50% acima do peso. Segundo Costa et al. (2009), nos Estados Unidos da América (EUA), 73% da população está com obesidade e a mortalidade referente à esta condição chega a atingir 300 mil casos por ano, enquanto que no Brasil a taxa de

¹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas as doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta como as cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus* (DM). Inclui nesse rol doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. Considera-se todas aquelas que requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral (BRASIL, 2008).

mortalidade é 12 vezes maior em indivíduos com obesidade do que em pessoas com peso normal com idade entre 25 e 40 anos.

Na atualidade, a obesidade representa inúmeras dificuldades. Além dos problemas de saúde enfrentados, o excesso de gordura corporal traz problemas sociais de diversas ordens, tais como dificuldade de comprar roupas, de frequentar lugares públicos, fazer uso de ônibus ou avião, até preconceito e discriminação para acesso ao mercado de trabalho.

Questões relacionadas à discriminação no mercado de trabalho em função da obesidade tornam-se cada vez mais recorrentes. Exemplo disso foi uma cooperativa do sudoeste do Paraná que deverá indenizar por danos morais uma candidata a emprego. A trabalhadora se candidatou para a função de auxiliar de produção de cortes, especializada no abate de aves. Após passar por todas as fases de contratação, uma funcionária do setor de recursos humanos afirmou que a candidata não seria contratada pela condição de obesidade, decisão supostamente respaldada pelo médico da empresa. A juíza da 2ª Vara do Trabalho de Foz do Iguaçu/PR entendeu que houve discriminação e determinou indenização por danos morais em R\$ 4 mil reais. Citou ainda que segundo o atestado médico, ao contrário do que foi alegado pela empresa, a trabalhadora estava apta para exercer a função para a qual se candidatou (TRTPR, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo pode chegar a 75 milhões nesse período (ABESO, 2015a).

As elevadas taxas de obesidade na infância e na adolescência estão relacionadas com sedentarismo crescente e mudança nos hábitos alimentares, frequentemente associadas a dietas hipercalóricas e hipergordurosas (SBD, 2016).

Segundo fontes do levantamento realizado pelo DATASUS, o número de brasileiros que vieram a falecer por complicações diretamente relacionadas à obesidade triplicou em um período de dez anos. Em 2001, 808 óbitos tiveram a doença como uma das causas. Já em 2011, o número passou para 2.390, houve um crescimento de 196%. O aumento também foi significativo quando considerada a taxa de mortos por 1 milhão de habitantes, em dez anos a taxa dobrou, indo de 5,4 para 11,9 (DATASUS, 2014a).

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), nos últimos oito anos os índices de obesidade no Brasil cresceram 1,3 pontos percentuais ao ano. No entanto, a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)² de 2014 indica que os níveis de obesidade estão estáveis (17,9%), já o excesso de peso atinge mais da metade da população brasileira adulta (52,5%), enquanto que em 2006 a prevalência era de 43%. Em relação ao excesso de peso, os homens apresentam um percentual maior (54,7%) se comparado ao das mulheres (47,4%). Em relação às capitais que possuem maiores índices de obesidade está Porto Alegre onde se concentram 55,4% de pessoas *com excesso de peso*, seguida por Fortaleza (53,7%) e Maceió (53,1%). Já a capital com mais *obesos* é Macapá (21,4%), seguida por Porto Alegre (19,6%), Natal (18,5%) e Fortaleza (18,4%) (SBEM, 2015).

Tabela 1 - Taxa de prevalência de peso (%) em adultos (18 anos ou mais) segundo região (capitais).

Fatores de risco	Sexo	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
<i>Excesso de peso</i>	M	54,9	53,0	54,7	56,8	52,9
	F	47,2	47,3	48,0	48,0	45,5
<i>Sobrepeso</i>	M	37,2	37,1	38,0	40,2	38,3
	F	29,1	29,9	29,4	30,9	29,0
<i>Obesidade</i>	M	17,6	15,9	16,7	16,6	14,6
	F	18,1	17,4	18,6	17,1	16,5

² A VIGITEL tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade (COSTA, 2012).

Fonte: DATASUS, 2012.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) tem implementado importantes políticas de enfrentamento das DCNT. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool.

O Ministério investe também em ações preventivas para evitar a obesidade em crianças e adolescentes, como o Programa Saúde na Escola (PSE). Outra medida é a parceria do MS com a Federação Nacional de Escolas Particulares para distribuição de Manuais das Cantinas Escolares Saudáveis como inventivo a lanches menos calóricos e mais nutritivos, o manual traz diversas orientações às instituições de ensino, como substituição de alimentos fritos por assados e industrializados por opções mais naturais e livres de conservantes (PORTAL BRASIL, 2014).

Entre as ações de enfrentamento do tabagismo, destacam-se algumas ações como proibição da propaganda de cigarros e advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto. Outro destaque refere-se à expansão da atenção farmacêutica e à distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes, o programa Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço possui mais de 17.500 farmácias privadas cadastradas (BRASIL, 2011b).

Para melhorar a dieta dos brasileiros e sua qualidade de vida, o MS e a Associação Brasileira da Indústria de Alimentos (ABIA) estabeleceram metas para a eliminação dos teores de gordura trans, sódio e açúcar dos alimentos industrializados no País. A previsão é de que, até 2020, estejam fora das prateleiras mais de 20 mil toneladas de sódio (PORTAL BRASIL, 2012).

Além do Programa Academia da Saúde que é a principal estratégia para induzir o aumento da prática da atividade física na população. Esse programa prevê a implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. Até o final de 2013, mais de 300 academias já estavam concluídas (SNA, 2013).

Além do Programa Academia da Saúde que é a principal estratégia para induzir o aumento da prática da atividade física na população. Esse Apesar das várias iniciativas públicas visando o incentivo de hábitos saudáveis, percebe-se com a grande incidência da

obesidade e de outras comorbidades. Essas medidas não tem apresentado o resultado esperado, gerando indagações de novas alternativas a se tomar diante desse cenário.

Estudos apontam que a grande quantidade de tecido adiposo no corpo, principalmente na região abdominal, aumenta o risco da incidência de algumas doenças de grande morbi-mortalidade, entre elas: a doença arterial coronária, a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e as dislipidemias (ROMERO; ZANESCO, 2006).

A obesidade, além da grande proporção, tem causado inúmeros problemas para a saúde da população, levando à descompensações diabéticas e impactando diretamente a qualidade de vida dos usuários. Assim, o peso corpóreo pode ser considerado um dos fatores de risco que resulta em diabetes, dentre outros problemas complicadores (FAUSTINO, et al, 2011).

De acordo com Zeve e Tomaz (2011) o grau de obesidade está muito associado com a incidência do Diabetes Mellitus do tipo 2 (DM 2), em torno de 90% das pessoas com diabetes, são pessoas com obesidade ou sobrepeso. Assim, o DM é uma doença integrante do grupo de DCNT.

As DCNT também caracterizam-se como sendo o problema de saúde de maior amplitude da atualidade. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com ênfase nas doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Estas podem atingir todos os indivíduos da sociedade, sem distinção entre as camadas socioeconômicas, no entanto, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011b).

No Brasil mesmo com a existência de um serviço de saúde gratuito e universal, o custo individual para o tratamento de uma doença crônica ainda é bastante elevado e acaba por refletir diretamente no seio familiar do usuário acometido, podendo contribuir para o empobrecimento da família. Além disso, os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde representam impacto crescente, já que estão entre as principais causas de internações hospitalares. Hoje, o DM torna-se preocupante em virtude das taxas crescentes de mortalidade e pelo elevado número de atendimentos ambulatoriais e hospitalares provocados pela doença e suas complicações (BRASIL, 2011b).

O diabetes está aumentando no mundo todo. No Brasil, entre 2006 e 2013 o diagnóstico da doença passou de 5,5% para 6,8% da população. O levantamento feito por telefone com 53 mil brasileiros que

vivem nas capitais mostrou que entre os jovens (18 a 24 anos) menos de 1% convivem com o diabetes, já entre os idosos (mais de 65 anos) 22% convivem com a doença. (VIGITEL, 2014).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) estimou que no Brasil 6,2% da população de 18 anos ou mais mencionaram ter diagnóstico de diabetes, o equivalente a 9,1 milhões de pessoas. A Região Norte atingiu a estimativa de 4,3%, enquanto que a região Nordeste alcançou 5,4%, estas foram as que apresentaram as menores proporções deste indicador. Na área urbana 6,5% da população de 18 anos ou mais referiu diagnóstico de diabetes, enquanto que na área rural a proporção foi de 4,6% (PNS, 2014).

As mulheres (7,0%) apresentaram maior taxa de diagnóstico de diabetes em comparação aos homens (5,4%). Em relação a faixa etária, o grupo de maior idade teve o maior percentual, que variou de 0,6%, para aqueles de 18 a 29 anos e 19,9%, para as pessoas de 65 a 74 anos. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6%. Observou-se que a faixa de escolaridade que apresentou maior predominância de diagnóstico de diabetes foi a de sem instrução e fundamental incompleto, com 9,6% (PNS, 2013).

Para Gomes-Villas Boas et al. (2011), o tratamento do diabetes tem por objetivo à manutenção do controle metabólico e baseia-se na terapia não medicamentosa e medicamentosa, sendo que a primeira inclui modificação de hábitos, com uma reestruturação alimentar e a prática de exercícios físicos.

Segundo Soares (2015), a obesidade é um dos grandes acontecimentos negativos desse século, tendo uma projeção otimista de que em 2025 em média de 20% da população esteja acometida dessa doença. No entanto, o diabetes segue o mesmo percurso, sendo que cerca de 6,2% da população brasileira seja diagnosticado.

As células de gordura existente no organismo e sua relação com o funcionamento do corpo podem ajudar no entendimento da ocorrência de mais de uma doença no mesmo período. O excesso de peso leva a um aumento da produção de insulina realizada pelo pâncreas e esse excesso pode ocasionar a resistência insulínica, debilitando o organismo e tornando-o mais fraco. O conjunto do ganho de peso com a resistência insulínica leva a um estado de inflamação no organismo. Nesse caso, a célula de gordura quando está sobrecarregada produz substâncias inflamatórias que causam o chamado ambiente inflamatório. O desenvolvimento do diabetes também pode ocorrer como resultado deste processo (SOARES, 2015).

A prevalência de diabetes está aumentando e essa situação é

atribuída pelas taxas de obesidade e envelhecimento da população. Embora a prevalência seja maior em países desenvolvidos, a elevação das taxas de diabetes é maior nos países em desenvolvimento (SBD, 2015).

Apesar do aparecimento do Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) não ser evitável, o DM2 pode ser curado ou prevenido, por meio de modificações de estilo de vida, que englobam dieta e atividade física. Apesar de o fator genético parecer desempenhar um papel importante na ocorrência do DM2, a atual epidemia provavelmente reflete mudanças no estilo de vida, caracterizadas pelo aumento da ingestão energética e redução da atividade física que, em conjunto com sobrepeso e obesidade, parecem exercer papel preponderante no aparecimento do diabetes (SBD, 2016).

Apesar de novas drogas continuarem a melhorar o tratamento clínico do DM, a grande parcela dos usuários acometidos desta patologia não conseguem atingir os objetivos da terapêutica, que garantiria seu sucesso, desta forma abre-se espaço para novas possibilidades de tratamento, como a cirurgia bariátrica (COHEN; TORRES; SCHIAVON, 2010). E como a perda de peso contribui diretamente para o sucesso da terapêutica em pessoas com diabetes, o combate à obesidade ganha cada vez mais importância neste contexto (ZEVE; TOMAZ, 2011).

Uma perda de peso de 5 a 10% do peso corporal inicial, pode trazer uma grande melhora quanto à sensibilidade à insulina, o controle glicêmico, a hipertensão e a dislipidemia nos indivíduos com DM2 e naqueles em risco de desenvolver a doença. A perda de peso mantém os benefícios de prevenção do diabetes (SBD, 2016).

Destaca-se ainda dois pontos: 1) pessoas com obesidade e sem diabetes apresentam alto risco de desenvolver DM durante a permanência da condição da obesidade e da resistência à insulina relacionada a ela; 2) existe um grupo duas vezes maior de pessoas com obesidade grau II ($IMC > 35 \text{ kg/m}^2$) com DM cuja morbidade pode indicar a cirúrgica bariátrica (SBD, 2015). Com o intuito de ordenar o grau de obesidade com o risco da incidência de comorbidades, foi desenvolvida uma classificação de condição clínica como vemos a seguir:

Quadro 1 – Classificação de peso pelo IMC

Classificação	IMC (kg/m²)	Risco de comorbidades
Baixo peso	<18,5	Baixo
Peso normal	18,5 – 24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	----
Pré-obeso	25,0 a 29,9	Aumentado
Obesidade I	30,0 a 34,9	Moderado
Obesidade II	35,0 a 39,9	Grave
Obesidade III	≥ 40,0	Muito grave

Fonte: ABESO, 2009.

Estudos demonstram remissão do diabetes com o procedimento cirúrgico entre 70% e 90% dos casos, sendo evidentes menores taxas nos pacientes usuários de insulina. Por outro lado, os usuários que utilizam hipoglicemiantes orais o DM foi revertido totalmente com a cirurgia. Portanto, por conta da alta taxa de reversão do diabetes nesses usuários faz com que a cirurgia bariátrica seja considerada uma opção terapêutica para todos os indivíduos com obesidade e com DM (SBD, 2015).

Considerando que, o sobrepeso e a obesidade tornaram-se problemas de saúde no Brasil desenvolveram-se políticas, ações e programas públicos, os quais buscam reverter este quadro em nível individual e populacional. Neste espaço a cirurgia bariátrica emerge como prática para reverter este cenário da obesidade, sendo um procedimento hospitalar de alta complexidade no Brasil, indicada para pacientes com obesidade grave³, que apresentarem histórico de doença por mais de dois anos, resistência aos tratamentos conservadores, como também o índice de massa corpórea (IMC) superior a 40kg/m² (SEGAL; FANDINO, 2002; DINIZ et al., 2008).

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.131/2015, a indicação de cirurgia bariátrica estende-se ainda para usuários com IMC maior que 35kg/m² e portadores de

³ O termo obesidade grave refere-se àquela obesidade que, se não tratada, irá acarretar significativa diminuição da expectativa de vida para o paciente. A obesidade grave é definida como IMC > 40 kg/m² (LORENTZ; ALBERGARIA; LIMA, 2007).

comorbidez, como: diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática, estigmatização social e depressão (CFM, 2015).

Adolescente com 16 anos completos e menores de 18 anos poderão ser operados desde que se tenha a concordância dos pais ou responsáveis legais, a presença de pediatra na equipe multiprofissional, a consolidação das cartilagens das epífises de crescimentos dos punhos e outras precauções especiais. Usuários acima de 65 anos podem realizar o procedimento respeitada algumas condições gerais, como risco cirúrgico, presença de comorbidezes, expectativa de vida e avaliação risco-benefício (CFM, 2015).

Anteriormente, quando o procedimento de cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS) era regulado pela Portaria nº MS/GM 1.569 de 28 de junho de 2007, a idade mínima para realização do procedimento de cirurgia bariátrica era de 18 anos, no entanto, observou-se o aumento crescente da obesidade na infância e na adolescência. Como é o caso dos EUA onde o número de crianças com obesidade dobrou e o de adolescentes triplicou desde 1980, e no caso do Brasil, a obesidade para ambas as faixas etárias triplicaram nos últimos 30 anos (OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009). Surgiu então a necessidade de diminuição da idade mínima, visto que a doença da obesidade tem se expandido e gerado preocupação à saúde dos adolescentes.

O procedimento de cirurgia bariátrica no SUS é regulado pela Portaria nº MS/GM 425 de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

O número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS entre 2010 e 2013 teve aumento de 45%, de 4.489 para 6.493 procedimentos. Os recursos investidos pelo SUS também cresceram proporcionalmente (56%), aumentando de R\$ 24,5 milhões, em 2010, para R\$ 38,1 milhões, em 2013 (PORTAL BRASIL, 2014).

Da mesma maneira, este procedimento teve expansão no setor

privado, o que interfere diretamente no que está preconizado como fluxo de atenção para prevenção, acompanhamento e tratamento da obesidade nos níveis de complexidade do SUS, que aponta desde os serviços de promoção e proteção à saúde das pessoas com obesidade, por meio das equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS)⁴, até os serviços de referência de alta complexidade (BRASIL, 2006a). Esta trajetória percorrida por meio do sistema privado não garante a contrarreferência do paciente para a APS e prejudica o acompanhamento da evolução clínica e social do usuário pelo sistema público de saúde.

Segundo Kelles (2009), em pesquisa realizada entre janeiro de 2001 e dezembro de 2007, foram realizadas 12.648 cirurgias bariátricas pelo SUS em todo o país. No entanto, apesar de ser um número expressivo, é inferior ao realizado pelo sistema privado de saúde. A autora indica o exemplo de cirurgias realizadas em Belo Horizonte (quarta maior cidade do país), por um único plano privado de saúde, sendo 4.674 cirurgias bariátricas, número 15 vezes maior que o realizado pelo sistema público no mesmo período e município. O sucesso do tratamento com dieta e exercício é obtido quando o paciente mantém um crescimento normal, com controle de peso, glicemia de jejum próximo da normalidade (> 120 mg/dl) e hemoglobina glicada perto dos valores normais. Quando as metas do tratamento não são alcançadas apenas com as mudanças de estilo de vida, a terapia farmacológica deve ser indicada (SBD, 2016).

Sendo a obesidade uma condição crônica com origem multifatorial, o seu tratamento envolve várias abordagens (nutricional, uso de medicamentos e prática de exercícios físicos). Entretanto, vários pacientes não respondem as práticas terapêuticas, necessitando de uma intervenção mais eficaz. Desta forma, a cirurgia bariátrica apresenta-se como uma técnica de grande auxílio nos casos de obesidade e sua indicação vem crescendo nos dias atuais (FANDIÑO, et al., 2004).

As cirurgias antiobesidade podem ser didaticamente divididas em procedimentos que: limitam a capacidade gástrica (as chamadas cirurgias restritivas); interferem na digestão (os procedimentos mal-absortivos); e uma combinação de ambas as técnicas (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004).

A cirurgia bariátrica possibilita erradicar as comorbidades

⁴ Foi adotada a nomenclatura Atenção Primária à Saúde por ser utilizada no âmbito internacional, exceto em citações na íntegra ou políticas brasileiras que pode ser utilizado Atenção Básica à Saúde.

inerentes à obesidade, assim como promove a redução IMC, porém há possibilidade da existência de ocorrências, como déficits nutricionais importantes. Assim situações como essa exigem a necessidade de um acompanhamento profissional (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Construir uma vida mais saudável é o resultado esperado pelas pessoas que realizam a cirurgia, mas este é um processo muito complexo que envolve aspectos físicos, psíquicos e sociais, e varia de indivíduo para indivíduo. Nesse sentido, existe a recomendação do MS para que haja um acompanhamento multiprofissional e sistemático aos indivíduos que se submeteram ao tratamento cirúrgico. No texto do “Termo de Consentimento Informado”, prescrito pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) para ser aplicado junto ao candidato à cirurgia, fica evidente essa necessidade ao constar que a intervenção cirúrgica indicada impede futuro ganho de peso se não houver o devido acompanhamento (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

O acompanhamento multidisciplinar periódico, no pós-operatório da cirurgia bariátrica tem um impacto significante na perda de peso, composto pelo acompanhamento clínico e social do usuário e apoio psicológico (COSTA, et al., 2009).

E para que ocorra a efetivação do princípio da integralidade nos serviços de saúde, com o objetivo de garantir a assistência adequada aos usuários na trajetória para a realização da cirurgia bariátrica, é preciso que haja uma estratégia de comunicação entre os níveis de complexidade dos serviços que compõe o SUS. E para que isso ocorra cria-se o sistema de referência e contrarreferência que é o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, que visam assegurar a atenção integral aos usuários (DIAS, 2012).

Por referência compreende-se o ato de encaminhamento de um usuário atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deve ocorrer após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive do atendimento de saúde e segundo normas e mecanismos preestabelecidos. O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do usuário no outro nível de saúde e garantido mediante agendamento prévio do atendimento na unidade para o qual foi encaminhado (BRASIL, 1990).

E entende-se por contrarreferência o encaminhamento de um usuário ao estabelecimento de origem, que o referiu, após a resolução da

causa responsável pela referência. A contrarreferência do paciente deverá ser acompanhada das informações que permearam seu acompanhamento/tratamento neste nível de atenção, estas sendo necessárias para o andamento do acompanhamento do usuário no estabelecimento de origem (BRASIL, 1990).

A discussão da integralidade em saúde e da referência e contrarreferência vinculada à cirurgia bariátrica tem como motivação a realização de trabalhos anteriores (SANT'HELENA, 2013, SANT'HELENA; DALPRÁ, 2013) nos quais pude analisar as dimensões sociais da vida dos usuários que se modificaram após a realização do procedimento cirúrgico. A partir da minha experiência na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), em contato com os usuários através dos atendimentos, observei a frágil relação existente entre a APS e a instituição em foco, e a dificuldade com isto de articular a rede de atenção à saúde dos usuários de cirurgia bariátrica atendidos. Pude perceber através desta vivência, que o fluxo de atendimento muitas vezes não segue a diretriz orientadora do SUS, na qual os usuários não são oriundos da APS e diversas vezes não retornam a ela para seu devido acompanhamento de saúde. Além de que, os profissionais e os próprios serviços não tem dado conta de garantir a integralidade, prestando o atendimento pré e pós cirurgia bariátrica, acompanhando o retorno do usuário para seu território, entre outros.

Observei ainda durante a atuação profissional que alguns dos usuários atendidos no SUS, são referenciados por meio de clínicas particulares de profissionais de saúde que compõem a equipe da cirurgia bariátrica ou por profissionais da instituição. Desta forma, o usuário chega ao serviço de alta complexidade sem ser referenciado pela APS, conforme prevê a legislação, infringindo desta maneira a lógica do sistema de saúde e fragilizando o sistema de referência e contrarreferência. Na medida em que o usuário realizar o procedimento cirúrgico e ter de retornar ao primeiro nível de atenção para dar continuidade ao acompanhamento de saúde, a APS não possuirá conhecimento do seu histórico de saúde, o que dificultará o atendimento dos profissionais e seus possíveis desdobramentos, trazendo implicações diretas na comunicação entre os níveis de atenção em saúde.

Desenvolvi por meio dessa experiência, um trabalho onde pude analisar minimamente a referência e a contrarreferência de usuários com obesidade à cirurgia bariátrica. No entanto, por conta da extensa carga

horária do programa de residência acabou-se limitando os números de participantes, não contemplando assim o processo com maior profundidade. A partir da imersão nesse contexto, esse assunto provocou-me a discuti-lo, com novas bases e um novo olhar, agora de quem não encontra-se mais inserida diariamente no ambiente hospitalar.

Em virtude da minha trajetória profissional, hoje penso que me encontrei na área da saúde, pelas dificuldades vivenciadas, pelo aprendizado do novo a cada dia, pelo conhecimento compartilhado com outro saber profissional, pelas transformações ocorridas na sociedade que refletem diretamente nesse campo e tornam-se meu objeto de trabalho, pela diferença que o meu agir profissional, de forma capacitada, tem frente as demandas dos usuários e na resolução dos mesmos e pela necessidade que a área da saúde tem de profissionais dispostos e apaixonados pelo que fazem.

Analisar esse processo de referência e contrarreferência, é motivo de entusiasmo, curiosidade e esperança enquanto pesquisadora, aluna e usuária do SUS. Acredito que os princípios e o projeto no qual se estrutura o SUS é capaz de garantir a integralidade nos serviços e na assistência prestada, ressaltando que aprimoração é algo constante e que deve ocorrer para contemplar ainda mais o ideal previsto nas bases do sistema de saúde. Desta forma, aprofundo-me nesse debate com a intenção de compreender ainda mais o funcionamento atual do SUS, com base nesse processo, a realidade vivenciada por meio dos participantes e perceber se a integralidade, por meio da comunicação entre os serviços, é elemento presente no serviço de cirurgia bariátrica.

Para garantir a integralidade da atenção do usuário nos serviços de saúde, desenvolvem-se estratégias de comunicação que proporcionem ao paciente que este seja assistido com base em seu histórico de saúde e tratamentos anteriores. Para que isto ocorra, é necessário um sistema de referência e contrarreferência dentro do sistema de saúde, onde um serviço informa ao outro sobre o estado de saúde, doença e tratamento do usuário em questão (FRATINI, 2007).

Esperamos que os resultados possam contribuir para a melhoria do acesso à saúde das pessoas que necessitam realizar a cirurgia bariátrica, considerando a integralidade na assistência à saúde e a importância da comunicação dos serviços com vista ao acompanhamento do sujeito em todo o sistema de saúde, bem como trazer subsídios para a capacitação dos profissionais que atuam na área, destacando que isso poderá garantir as mudanças necessárias caso haja lacunas no SUS.

Por meio do estudo desenvolvido esperamos que esse assunto

ganhe destaque, já que compreendemos a importância da temática, e torne-se um material de pesquisa que possa auxiliar e contribuir para outros estudos, já que não há produções teóricas nacionais a respeito do processo de referência e contrarreferência com enfoque na cirurgia bariátrica.

Segundo a pesquisa da VIGITEL (2014), como já mencionado anteriormente mais da metade da população brasileira está acima do peso (52,5%) e a região sul possui a maior taxa de habitantes nesta condição. No Paraná, em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul a taxa de pessoas acima do peso ultrapassa a média, chegando aos 54% (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Diante desse contexto, tendo a obesidade hoje como problema de saúde pública, escolher a cidade de Florianópolis para ser lócus da pesquisa significa contemplar o estado de Santa Catarina, já que é a capital e a Atenção Especializada é uma das referências para a cirurgia bariátrica no estado.

A cidade de Florianópolis possui especificidades próprias quando comparada aos demais municípios do estado, visto que a Atenção Primária a Saúde possui cobertura de 100% do território pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em conjunto com o apoio fornecido pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Desta maneira, compreende-se o município com grande suporte assistencial de saúde, podendo ofertar um maior cuidado e com maior aproximação dos usuários diferentemente dos outros municípios que vivenciam realidades distintas.

O valor de investimento na área para atender a população com obesidade aumentou 1.765%, assim como o número de instituições do SUS que fazem a operação triplicou. A oferta da cirurgia bariátrica nos hospitais vinculados ao SUS teve uma elevação de 542% desde 2001, quando o procedimento passou a ser realizado na rede pública. No ano de 2009, eram 58 unidades credenciadas para a realização da gastroplastia (SNA, 2009). Em 2012, o número de unidades cresceu para 80 (SNA, 2012).

A pesquisa teve como lócus o HU/UFSC, uma instituição de natureza pública de grande porte que atende à população de todas as faixas etárias, para ambos os sexos, localizado na cidade de Florianópolis. Além de ser considerada estrutura de saúde de referência para a região metropolitana da grande Florianópolis e para o restante do estado. E a APS de Florianópolis, contemplada por meio das entrevistas com os usuários de saúde, considerada como uma das portas de entrada do sistema.

Foram participantes do estudo os profissionais de diferentes áreas que atuam no cuidado às pessoas submetidas a cirurgia bariátrica, na fase pós-operatória, da instituição de Atenção Especializada. Além de usuários que realizaram o procedimento cirúrgico há dois, três e quatro anos.

Diante do contexto vivenciado atualmente, no qual muitos usuários recorrem ao procedimento cirúrgico como última alternativa para reversão do quadro de doenças, compreende-se a importância de discutir a referência e a contrarreferência, já que o acompanhamento adequado pré e pós-cirurgia determinará diretamente o sucesso do tratamento.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde da população. Hoje a situação de saúde vivenciada no Brasil expressa-se em uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular, com predomínio das condições crônicas (MENDES, 2008).

Diante do contexto, sistemas de saúde fragmentados e com foco de atenção para as condições agudas, não respondem adequadamente as necessidades de saúde. Esse é o problema fundamental dos sistemas de atenção à saúde em todos os países do mundo. É preciso uma mudança nesses sistemas e isto implica na relação estabelecida entre o sistema de atenção e a situação atual de saúde por meio da construção social das redes de atenção à saúde (MENDES, 2008).

O processo de referência e contrarreferência é o eixo central para discutir o percurso assistencial que o sujeito realiza para acessar os serviços e ter garantido seu direito à saúde. Em estudo anterior, Sant'Helena (2013), observou as dimensões sociais da vida do usuário que são afetadas com a cirurgia bariátrica, como a questão da alimentação e dos medicamentos. O Estado, no entanto, não garante, via serviços, condições para a manutenção da fase pós-operatória do procedimento cirúrgico, ficando a cargo do usuário garantir esta condição. Deste modo, como é garantido o acesso a alimentação e aos medicamentos destes usuários? Tendo os usuários que criarem trajetórias alternativas para garantir e acessar um dos seus maiores direitos, o da saúde.

Na saúde a referência e a contrarreferência vem promover a integração dos serviços e das equipes de saúde, facilita o acesso do usuário e aciona os princípios do SUS. Através da implantação e do funcionamento deste sistema, o usuário pode ter acesso aos serviços de saúde, no entanto isto não garante um atendimento de eficiência. É necessária também a garantia na qualidade da assistência prestada e

para que isto ocorra é preciso que se avalie os resultados desse sistema, bem como a participação ativa dos serviços envolvidos (FRATINI, 2007).

Conforme previsto na legislação que orienta o tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado, o fluxo assistencial percorrido pelo usuário para a realização do procedimento cirúrgico inicia-se com o acompanhamento de saúde na APS que se constitui como coordenadora do cuidado das Redes de Atenção à Saúde (RAS), quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS ocorre-se o encaminhamento para outros pontos de atenção. Desta forma, o usuário é referenciado para a Atenção Especializada que dentre tantas ações, presta assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória e pós-operatória aos usuários submetidos ao procedimento cirúrgico. Cabe ainda a Atenção Especializada realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços da APS, bem como comunicar periodicamente aos municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento (BRASIL, 2013b).

As RAS baseiam-se para realizar atendimentos por meio de um ciclo completo diante do enfrentamento de uma condição de saúde, seja na continuidade da atenção à saúde (níveis de atenção à saúde) ou na integralidade da atenção à saúde (ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde) (MENDES, 2011).

A integralidade compreende um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população, com o reconhecimento real dos problemas psicológicos, biológicos e sociais que causam e interferem na doença, nos campos da promoção, da prevenção, do cuidado e da reabilitação, além da oferta de serviços em outros pontos da rede de atenção à saúde (MENDES, 2011)

Segundo o autor, a integralidade da atenção é um eixo prioritário na avaliação dos sistemas de saúde e seus serviços, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população. Desta forma, é necessário desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação de uma gestão responsável dos recursos coletivos, que possa dar resolutividade às necessidades de saúde individuais. Essa intenção será possível ao eliminar-se as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, e Isso se fará por meio de um “sistema sem muros” (MENDES, 2011).

Quando o sistema de atenção à saúde é fragmentado, em geral, não existe comunicação entre os diferentes pontos e níveis de atenção e assim funciona como uma caixa preta. Ao chegar em um novo serviço

não se conhece a história pregressa da pessoa usuária, há ainda a dificuldade da formação de vínculos já que o atendimento, dependendo do dia, pode ser feito por diferentes profissionais de uma mesma especialidade. A cada nova consulta o histórico médico, pessoal e familiar são retomados, além de novos exames a cada novo profissional. Tudo isso ocorre porque o sistema é desintegrado e assim torna-se ineficiente (MENDES, 2011).

Para Júnior (2014), é por meio das RAS que o princípio da integralidade se concretiza, firmando-se pela integração dos serviços e das ações de saúde, articulados de maneira supramunicipal. Garantir seu direito à saúde significa acessar outros serviços conforme sua necessidade em localidades que não a sua de origem. Mesmo com uma APS consolidada e resolutiva, compreende à rede de saúde diante do aspecto da integralidade, essa característica supramunicipal.

Diante deste contexto, com o crescimento epidêmico das doenças, tendo conhecimento das consequências que afetam a qualidade de vida dos indivíduos e do sistema de saúde do país, torna-se de grande relevância analisar e refletir como o sistema de saúde têm-se articulado no processo de referência e contrarreferência, tendo como foco a assistência prestada aos usuários durante todo o percurso para a realização do procedimento cirúrgico e seu acompanhamento de saúde após o tratamento. Assim, talvez possamos garantir maior efetividade do tratamento e manutenção dos resultados para melhor qualidade de vida e saúde destas pessoas.

Apesar de ser uma temática tão importante diante da integralidade do atendimento ao usuário e dos serviços de saúde prestados, em busca realizada nas bases da BIREME e da CAPES não há produções teóricas nacionais a respeito do processo de referência e contrarreferência com enfoque na cirurgia bariátrica. Assim, são de extrema importância e relevância a análise e reflexão deste processo. Nesse sentido, como problema de pesquisa tem-se: como ocorre o processo de referência e contrarreferência das pessoas com obesidade e diabetes submetidos a cirurgia bariátrica em um serviço de saúde especializado de Florianópolis/SC?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de referência e contrarreferência nas redes de atenção à saúde às pessoas com obesidade e diabetes mellitus submetidas à cirurgia bariátrica em um serviço especializado de saúde no município de Florianópolis/SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar as pessoas submetidas à cirurgia bariátrica em um serviço especializado de atenção à obesidade do Hospital Universitário (HU);
- ✓ Mapear o percurso de referência e contrarreferência de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica no serviço especializado de atenção à obesidade no município de Florianópolis;
- ✓ Identificar o processo da referência e contrarreferência entre um serviço especializado de atenção à obesidade (HU) e os serviços de APS (UBS) do município de Florianópolis que recebem pessoas submetidas à cirurgia bariátrica;
- ✓ Reconhecer os profissionais e os serviços envolvidos com a referência e a contrarreferência de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica no município de Florianópolis;

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para a fundamentação teórica dessa dissertação, foi realizada uma revisão narrativa de literatura, pois ela apresenta uma temática mais aberta e não exige um protocolo rígido para sua execução, e a busca de fontes não é pré-determinada e específica (ROTHER, 2007). Foram realizadas buscas nas bases de dados e bibliotecas SciELO, Lilacs, PubMed, por meio do Portal CAPES. Os termos escolhidos para a busca estão relacionados ao tema de pesquisa, sendo eles: referência, contrarreferência, integralidade, atenção primária à saúde e atenção especializada. Foram selecionados os artigos sobre o processo de referência e contrarreferência às pessoas com obesidade e diabetes submetidos a cirurgia bariátrica no cenário brasileiro que estavam disponíveis na integra. Também foram incluídas a legislação sobre o tema e as recomendações do MS, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e OMS.

A seguir, será apresentada a rede de atenção à saúde e as diretrizes brasileiras sobre a referência e contrarreferência da cirurgia bariátrica e a contextualização da obesidade e do diabetes e o tratamento cirúrgico.

3.1 DISCUTINDO A INTEGRALIDADE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 reflete as lutas e o cenário de redemocratização da época, efetivando a regulamentação da saúde como direito fundamental. O art. 6º da referida Constituição estabelece que a saúde é um direito social, enquanto que o art. n.196º estabelece o acesso universal e igualitário à saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que objetivem a redução ao risco de doenças e agravos (BRASIL, 1988).

O direito à saúde foi regulamentado com o SUS e seus princípios do remetem às entidades públicas não só a responsabilidade de execução de políticas de saúde, mas também a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda efetivamente de forma universal e integral, qualquer demanda da população relativa à assistência à saúde. A universalidade do atendimento refere-se à ideia de que todos têm direito à saúde, sendo esse um direito do cidadão e dever do Estado. Já a equidade garante que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido segundo suas necessidades. E a integralidade da assistência

que prevê o atendimento das necessidades de saúde do indivíduo, em todos os níveis de complexidade do sistema (GONTIJO, 2010).

A construção deste sistema avançou de forma substantiva nos últimos anos, apesar de que ainda há inúmeros desafios a serem enfrentados para que sejam mantidos os princípios. A área da saúde hoje no Brasil vivencia um cenário de desmonte do sistema de saúde, com a criação de mecanismos para ampliar a participação privada, a proposta dos “planos populares”, a mercantilização da saúde e o corte drástico do financiamento. Até o momento, conhecemos um sistema de saúde universal, totalmente gratuito, voltado à assistência integral dos usuários e da qualificação profissional. No entanto, com as mudanças políticas do país, não sabe-se como a saúde será contemplada no amanhã, apesar de que já há indícios de seu sucateamento. Esse cenário pode apresentar reflexos no tema da pesquisa, pois interfere diretamente na organização dos serviços de saúde.

A situação epidemiológica brasileira é diferente da transição epidemiológica nos países desenvolvidos. É observado alguns atributos fundamentais: a persistência concomitante das doenças infecciosas e das condições crônicas; o ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, as reemergências de doenças com a dengue e febre amarela; a transição prolongada e a falta de resolução da mesma; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças (MENDES, 2008)

Frente ao cenário de saúde atual onde há o predomínio das condições crônicas, essa situação não pode ser respondida, com efetividade e qualidade, por sistemas de saúde voltados para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada. Os sistemas de atenção à saúde fragmentados são organizados por meio de serviços à saúde isolados, sem comunicação uns com os outros, assim são incapazes de manter uma atenção contínua aos usuários (MENDES, 2010).

Nesse sistema fragmentado a atenção primária à saúde não exercita seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado, não comunica-se frequentemente com a atenção secundária e estes também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, gerando prejuízos a assistência prestada. Esses sistemas caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; possuem o foco de atenção nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação

reativa à demanda; a importância nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (MENDES, 2010).

As RAS têm sido propostas para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção em saúde, onde há interação de diferentes agentes e têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde a fim de prover uma atenção de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 2012a).

Na Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que instituiu as RAS no âmbito de SUS, é possível identificar 6 características importantes desta rede, sendo elas: *formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção* - pressupõe que os pontos de atenção passem a ser entendidos como espaços onde são ofertados alguns serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para que sejam cumpridos os objetivos da rede de atenção; *APS como centro de comunicação* - a lógica de organização em redes a partir da APS reafirma o seu papel de ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, ser responsável por coordenar a trajetória dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede e de manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos da rede; *planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica* - as ações, serviços e programações em saúde devem basear-se na necessidade da população atendida pela equipe de saúde, considerando fatores e determinantes da saúde desta população (BRASIL, 2012a).

Além dos quais estão: *ofertar atenção contínua e integral* - serviços e sistemas integrados poderão ser capazes de dar atenção integral visto que poder ser solucionados problemas de saúde que são demandados pela APS e nos serviços cuja densidade tecnológica do tratamento aumenta; *cuidado multiprofissional* - é necessário a composição multiprofissional das equipes de saúde porque os problemas de saúde muitas vezes são multicausais e complexos, e necessitam de diferentes olhares profissionais para sua resolução. E ainda ter a ação interdisciplinar desta equipe como um objetivo, de modo a garantir a troca de informações e a corresponsabilização da prática de saúde entre os membros da equipe; *compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos* -

deve contemplar objetivos sanitários como o aumento do aleitamento materno em determinada região, maior e melhor atendimento à população, e objetivos econômicos citando a melhor alocação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros (BRASIL, 2012a).

A RAS é definida com uma rede de organizações que presta serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (BRASIL, 2010).

Há 14 atributos que devem ser obedecidos para que as RAS cumpram suas funções nos sistemas de saúde. Estão distribuídos em quatro âmbitos: modelo assistencial; governança e estratégia; organização e gestão; e alocação de recursos financeiros e incentivo (BRASIL, 2010).

Quadro 2 – Atributos das Redes de Atenção à Saúde

1: Modelo assistencial:

Atributo 1: População e territórios definidos e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências nas questões de saúde que determinam a oferta dos serviços.

Atributo 2: Uma extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e que integra os programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas, os serviços de saúde pessoais e os serviços de saúde pública.

Atributo 3: Um primeiro nível de atenção multidisciplinar que cobre toda a população e que serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população.

Atributo 4: Prestação de serviços especializados nos lugares mais apropriados e que se oferecem preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.

Atributo 5: Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.

Atributo 6: Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade,

levando em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população.

2: Governança e estratégia:

Atributo 7: Um sistema de governança único para toda rede.

Atributo 8: Participação social ampla.

Atributo 9: Ação intersetorial e abordagem dos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde.

3: Organização e gestão:

Atributo 10: Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico.

Atributo 11: Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.

Atributo 12: Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com a decomposição dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia e outras variáveis pertinentes.

Atributo 13: Gestão baseada em resultados.

4: Alocação de recursos financeiros e incentivos:

Atributo 14: Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.

Fonte: BRASIL, 2010.

Segundo Mendes (2010), as redes de atenção são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente, vinculados entre si, com objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a população. Nesse modelo a atenção acontece com intervenções

promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades das populações que se expressam nas suas situações de saúde. As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2012a).

Como primeiro elemento, as RAS possuem a responsabilidade por aquela população que vive em territórios sanitários singulares, onde são organizadas em famílias e categorizadas em subpopulações por riscos socio sanitários. É responsabilidade fundamental da APS conhecer a população delimitada (BRASIL, 2012a).

Desta forma, a população de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação. Além disso, ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. O conhecimento da população é estruturado em vários momentos, como: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sóciosanitários; a vinculação das famílias à APS/ESF a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2008).

Cabe ressaltar as condições fornecidas para a APS para que possa exercer esse papel fundamental, no momento em que há déficit de financiamento no país na área da saúde. Desta forma, observa-se que a realidade dos serviços não dá condições para que a atuação profissional e as responsabilidades sanitárias sejam cumpridas conforme o que está preconizado, diante do progressivo aumento das demandas de saúde e as condições para suas resolutividades se mantém inalteradas ou limitadas.

O município da pesquisa, Florianópolis, é uma cidade que se destaca em comparação com outras do estado, já que possui cobertura total do território pela ESF com apoio do NASF. Assim, considera-se uma cidade “atípica” em relação à grande maioria das realidades do país.

O segundo elemento constitutivo é a estrutura operacional formada por ligações materiais e imateriais. Esse é composto por cinco componentes, sendo estes: um centro de comunicação, caracterizada pela APS; pontos de atenção secundários e terciários (atenção

ambulatorial ou hospitalar); sistemas de apoio (sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência); sistemas logísticos (o registro eletrônico em saúde, os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde); sistema de governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012a).

O centro de comunicação da estrutura operacional no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde é constituído pela APS. Os sistemas de saúde baseados na orientação pela APS são considerados mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; apresentam custos mais baixos e reduzem procedimentos mais caros assim são mais eficientes; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres; e de maior qualidade porque enfatizam a promoção da saúde e a prevenção das doenças (MENDES, 2008).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, a atenção básica deve exercer algumas funções para o funcionamento das RAS, como ser a base do sistema; atuar de maneira resolutiva frente às demandas dos usuários; coordenar o cuidado, por meio dos projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS; e ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2012c).

Mas para que a APS possa resultar em todos esses benefícios, ela deve apresentar três características essenciais: a capacidade de resolver mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; a capacidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas e produtos entre os componentes das redes; e a capacidade de responsabilizar-se sanitariamente e economicamente por sua população (MENDES, 2008).

O segundo componente das redes de atenção à saúde são os pontos de atenção secundária e terciária, eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários. Contudo, na perspectiva das redes não há subordinação entre eles, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos da rede. Já o terceiro componente são os sistemas de apoio, lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns nos

campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2008).

O quarto componente das redes de saúde são os sistemas logísticos, que são soluções tecnológicas de informação. Estas garantem a organização dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo o funcionamento do processo de referência e contrarreferência das pessoas e o compartilhamento de informações aos pontos de atenção presentes nas redes de atenção à saúde. (MENDES, 2008).

E o quinto componente são os sistemas de governança, que são definidos como o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, com o estabelecimento de objetivos e metas. A governança deve ser realizada por meio de arranjos interfederativos, no plano nacional na Comissão Intergestores Tripartite; nos estados nas Comissões Intergestores Bipartite; e nas regiões de saúde nas Comissões Intergestores Regionais (MENDES, 2008).

Como terceiro elemento têm-se os modelos de atenção à saúde, que são sistemas que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre a população e suas subpopulações delimitadas por riscos, os focos e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, ocorrido em determinado tempo e sociedade. A estrutura operacional das redes de atenção à saúde tem sua base na APS. Sem uma APS muito bem estruturada não se pode pensar em redes de atenção à saúde efetivas, eficientes e de qualidade (BRASIL, 2012a).

Diante da situação de prevalência pelas condições crônicas, surge-se a necessidade da mudança nos sistemas de saúde para responder-se as demandas de saúde vivenciadas pela população de forma efetiva, eficiente e segura, o que levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos principalmente para o manejo das condições crônicas (MENDES, 2008).

A perspectiva de redes surge como uma maneira de garantir acesso com equidade para toda uma população. Para garantir a qualidade e a eficiência da assistência em saúde seria preciso concentrar serviços e adotar mecanismos de referência. E para a garantia de acesso ao cuidado integral, a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande dimensão populacional, com autossuficiência em recursos de

saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, subregiões ou microrregiões. Assim, toda a estrutura estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis, mantidos por sistemas de informação e de transportes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Compreende-se a APS como o primeiro nível da atenção à saúde, caracterizada por um conjunto de ações, em nível individual e coletivo, que contempla a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, mas a tecnologia utilizada é de baixa densidade (BRASIL, 2011a). Este nível de atenção compreende o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e está direcionado a resolver a maioria dos problemas de saúde.

Um marco histórico mundial da APS foi a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária em Saúde em 1978, realizada em Alma-Ata, organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). A declaração oriunda deste evento afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde do povo por meio de medidas sociais e sanitárias, e reafirma a saúde como direito humano fundamental e uma das principais metas sociais (BRASIL, 1978 *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O conceito da APS expresso através da declaração de Alma-Ata considera este nível de atenção como função central do sistema de saúde e parte do processo de desenvolvimento social e econômico das comunidades. Concebe a APS como atenção à saúde essencial, que possui tecnologias apropriadas e que deve garantir acesso à todos os usuários e famílias da comunidade por meio de sua plena participação. Com isto, pressupõe a participação comunitária e as ações específicas de agentes de saúde. Nesta concepção, a APS aproxima a atenção em saúde ao local de trabalho e residência dos usuários, integrando um processo permanente de assistência sanitária (BRASIL, 1978 *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Giovanella e Mendonça (2008) indicam que há um movimento de renovação da APS, impulsionado pela OMS e pela OPAS, que em 2005 divulgaram o documento intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, que ainda não é a realidade do Brasil:

[...] defende a necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente por meio de uma

abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 582).

A APS possui alguns atributos essenciais dos serviços, como: ser serviço de primeiro contato, uma das portas de entrada do sistema de saúde e procurado em caso de adoecimento ou para acompanhamento de saúde dos usuários; possuir longitudinalidade, que compreende a responsabilidade com o paciente vistas a dar continuidade das relações do profissional/equipe/unidade de saúde/paciente ao longo da vida. Este atributo é possível através do vínculo estabelecido entre os integrantes; visar a integralidade, por reconhecer as diversas necessidades humanas e ofertar serviços preventivos e curativos, além do encaminhamento aos outros serviços quando necessário; assumir a responsabilidade pela coordenação de diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas; prestar orientação à comunidade, por conhecer as reais necessidades da população e para incentivar a participação das pessoas nas decisões sobre sua saúde; possuir como foco de atenção a família, considerando o contexto e as dinâmicas familiares, além de conhecer os problemas e dar resolutividade as necessidades de cada membro; e ter competência cultural, por reconhecer as diferentes necessidades dos grupos populacionais, respeitando suas características e compreendendo suas representações do processo de saúde/doença. Além disto, exerce o papel de filtro para acesso aos outros serviços, permitindo o encaminhamento do usuário pelos profissionais para acesso à atenção especializada (STARFIELD, 2002).

As ações na APS são desenvolvidas por meio do trabalho em equipe multiprofissional e dirigidas às populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando as especificidades da população atendida nestes territórios. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (BRASIL, 2011a).

No Brasil, a APS tem a ESF como prioritária para sua organização e torna recomendável que a equipe de cada Unidade Básica de Saúde (UBS), seja composta por, no mínimo, um médico generalista,

um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Quando ampliada conta com a equipe de saúde bucal, composta por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados às UBS, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais (BRASIL, 2011c).

Com o intuito de ampliar o escopo de atuação neste nível de atenção, o MS criou os NASF, segundo a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, bem como ampliar as ações da APS e aumentar sua resolutividade, reforçando a concepção de territorialização e regionalização em saúde. As equipes NASF devem ser constituídas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais da PSF (BRASIL, 2011c).

O acesso dos usuários à rede deve ocorrer por meio da APS, que deve tentar solucionar os problemas que demandam os serviços de saúde, mas a medida que estes não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços ambulatoriais ou hospitalares (SOLLA; CHIORO, 2008).

A área de atenção especializada conceitua-se pelo território em que se desenvolve um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais que englobam processos de trabalho com maior densidade tecnológica, as denominadas tecnologias especializadas. Do ponto de vista da rede assistencial, os serviços de atenção secundária e terciária são referências para a atenção básica (SOLLA; CHIORO, 2008).

Os serviços de atenção especializados são oferecidos, de maneira geral, em unidades ambulatoriais públicas de abrangência regional para vários bairros, distritos e/ou municípios, dependendo da sua abrangência geográfica e populacional. Como exemplo de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico desta complexidade estão os exames de ultra-sonografia, anatomopatologia, citopatologia, terapias especializadas e como serviços de atenção à saúde cita-se a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (SOLLA; CHIORO, 2008).

A assistência hospitalar tornou-se mais complexa e especializada. Os estabelecimentos hospitalares conceituam-se como:

Estabelecimento com instalações para internação e em condições de oferecer assistência médica e

de enfermagem, em regime contínuo 24h ao dia, para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de indivíduos adoentados ou feridos que necessitem de cuidados clínicos e/ou cirúrgicos e que, para tal fim, conta com ao menos um profissional médico em seu quadro de funcionários. O hospital também pode prestar atendimento ambulatorial (NETO, et al, 2008, p.668).

A partir do momento em que o ato terapêutico volta-se não mais para o doente ou para a doença, mas para os fatores ao seu redor – o ar que respira, a água e o alimento que ingerem, entre outros, estende-se o foco de atenção. Deste modo a intervenção compreende o ambiente em que o usuário está inserido, logo, a intervenção amplia-se além do domicílio do paciente; essa medicina necessita de um local próprio e organizado. São nessas circunstâncias que a medicina torna-se hospitalar, estes são fatores que fundam o hospital moderno (NETO, et al., 2008).

As ações desenvolvidas no SUS e as políticas no âmbito da saúde, das últimas décadas, na esfera da assistência médico-hospitalar e no funcionamento da gestão destas instituições, tem suas raízes em duas vertentes: a primeira é ligada ao controle de gastos sanitários, com a implementação de medidas de racionalização da oferta de serviços e a modernização da gestão dos serviços de saúde. E a segunda é articulada com a criação de um novo modelo de organização do cuidado à saúde, cuja concepção é fundada na ideia de um sistema integrado de serviços de saúde, tendo como centralidade do sistema a atenção básica e não mais a assistência hospitalar (NETO, et al, 2008).

De modo que ocorra um atendimento integral ao usuário, é imprescindível que haja a comunicação entre os níveis de complexidade do sistema, com a intenção de permitir que o usuário percorra os serviços e estes tenham conhecimento do seu histórico de saúde, isto ocorre por meio do sistema de referência e contrarreferência dentro do sistema de saúde (FRATINI, 2007).

O princípio da integralidade implica no reconhecimento por parte da equipe de saúde em compreender as necessidades de saúde nos âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais. É necessário assim, a oferta de serviços preventivos e curativos à todas as idades, desta forma cabe à unidade de saúde garantir os serviços necessitados pelos usuários, ainda

que não ofereça cabe ao mesmo encaminhar para os demais serviços da rede de atenção em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Constitui-se como parte do sistema de cuidados à saúde, garantindo seu objetivo de retaguarda técnica, mas assumindo a responsabilidade pelo usuário em seu processo saúde-doença, preservando o vínculo com a rede básica. A atenção especializada atende os usuários que necessitam naquele momento de cuidados mais intensos. E para que seja garantido a atenção integral à saúde, cabe a atenção especializada quando necessário encaminhar o usuário para continuidade do tratamento em outro serviço de saúde (SOLLA; CHIORO, 2008).

Os problemas de saúde que não forem resolvidos no nível da atenção básica deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, tais como os ambulatórios de especialidades e os serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos e de atenção hospitalar. Uma vez equacionado o problema, o serviço especializado deve encaminhar o usuário para que possa ser acompanhado no âmbito da atenção básica. Referência e contrarreferência também funcionam entre serviços do mesmo nível de complexidade ou entre os serviços de atenção ambulatorial especializada, hospitalares, de reabilitação e de apoio diagnóstico e terapêutico (SOLLA; CHIORO, 2008, p.633-634).

Na compreensão de rede, reafirma-se a perspectiva que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos, porém reforçando a sua concepção central de estimular e assegurar os vínculos em diferentes dimensões seja: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2011a).

Para que seja contemplada a comunicação entre os níveis de complexidade e que desta forma se garanta a integralidade do atendimento de saúde do usuário, reafirma-se a importância do sistema de referência e contrarreferência no SUS. Compreendendo que a RAS pressupõe grande quantidade de pontos de atenção, o estudo se

delimitará na relação entre APS e Atenção Especializada, já que o tempo limita a ampliação da pesquisa.

Por compreender a saúde como um direito e um bem público, enquanto que o sistema de saúde é possuidor de caráter universal e equitativo, os sistemas de saúde operam redes com populações definidas geograficamente. As redes funcionam como o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Compreende-se que é a forma de garantir acesso a cuidado integral de forma igualitária, ao mesmo tempo em que envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS), 01/01 e 01/02, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento no processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseando-se nas necessidades de saúde da população e garantindo o acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2002, p.9).

Os sistemas regionais devem ter mecanismos efetivos que garantam o encaminhamento dos usuários (referência) aos serviços que não são ofertados em seu município/região, além de garantir de que uma vez atendidas suas necessidades, o usuário seja reencaminhado à sua região de origem (contrarreferência), impedindo deste modo que haja a saturação nos serviços especializados (BRASIL, 2006a).

O sistema de referência e contrarreferência visa garantir o atendimento integral ao usuário no sistema de saúde, de modo que seja atendido pela rede de serviços de saúde pública conforme suas

necessidades, independente do serviço de saúde acessado e da demanda solicitada.

A integralidade da atenção precisa ser analisada em várias dimensões para ser contemplada em sua totalidade. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser vista como resultado dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, dentro dos espaços dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de ESF ou um hospital. Diante desse contexto, poderíamos denominá-la “integralidade focalizada”, já que estaria sendo abordada em um espaço delimitado de um serviço de saúde (CECÍLIO, 2009).

As demandas de saúde variam de diferentes necessidades, seja uma resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo, a procura por um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de maior autonomia para conduzir sua vida ou capacidade para prolongá-la. Diante disso, a integralidade da atenção no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de conduzir e atender tais necessidades (CECÍLIO, 2009).

Cada atendimento realizado, independente da profissão, deve estar comprometido com a maior integralidade possível, mas também ser realizado na perspectiva de que a integralidade pretendida só será alcançada com o trabalho desenvolvido em conjunto dos múltiplos saberes e práticas. No entanto, pensa-se por outro lado que a integralidade nunca será atingida de forma plena quando executada em serviço de saúde singular, por melhor que seja o trabalho realizado, a equipe e a comunicação entre os entes envolvidos (CECÍLIO, 2009).

Assim, abre-se espaço a uma segunda dimensão, independente como seja, a integralidade da atenção como uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde. A integralidade pensada no âmbito “macro”. A integralidade da atenção composta em rede tem como objetivo (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, entendendo que esta compreende mais que somente um local e sim uma ampla gama de serviços, até porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (CECÍLIO, 2009).

Schemes (2004) ressalta a necessidade de que o foco de atenção da integralidade seja ampliado para todos os setores dos serviços de saúde, pois muitas vezes isso acontece somente no nível primário de atenção, sendo que a integralidade não se realiza somente em um só

serviço, ele é um dos objetivos da rede de atenção à saúde. Com isto, percebe-se a importância da intersetorialidade, que é entendida como a articulação entre os serviços de saúde e as práticas de saúde têm exigido das equipes um conhecimento da população atendida e dos determinantes sociais que condicionam suas situações de vida, para que as demandas sejam respondidas de maneira efetiva e integral.

Conforme a necessidade e o momento que o sujeito está vivendo, a tecnologia de saúde de que necessita pode estar em uma UBS ou em um serviço que ofereça maiores densidades tecnológicas. Pode haver um momento em que se faz necessário acessar procedimentos considerados mais “complexos”, que funcionam como referência para determinado número de serviços, sendo fundamental para que seja efetivada a integralidade da atenção. Para garantir o acesso a integralidade é de extrema importância a finalização do cuidado e a resolutividade do problema de saúde a partir dos conhecimentos atuais. A garantia dessa integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não consequência da luta de cada usuário individualmente (CECÍLIO, 2009)

Pensar a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no SUS remete a ideia do cuidado que cada pessoa real necessita, que frequentemente transversaliza todo o sistema. Os autores acreditam que não há integralidade sem esta possibilidade de transversalidade, já que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. No entanto, a linha de cuidado pensada de forma plena, ultrapassa inúmeros serviços de saúde. A instituição hospitalar é vista como um componente fundamental da integralidade do cuidado, pois é compreendida como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (CECÍLIO; MERHY, 2003).

A atenção hospitalar pode determinar a integralidade do cuidado quando oferece um adequado serviço de contrarreferência após os atendimentos, garantindo a continuidade do tratamento não apenas dentro do SUS como também em outros serviços e setores públicos (AMARAL, 2008).

De modo que seja garantido nos serviços de saúde o princípio da integralidade, é necessário que haja a comunicação entre os níveis de complexidade dos serviços que compõem o SUS. Para que isso aconteça se estabeleceu o sistema de referência e contrarreferência, que funciona como o modo de organização dos serviços e que cuja finalidade é garantir a atenção integral aos usuários. A referência e a

contrarreferência significa proporcionar ao usuário o acesso aos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, com o objetivo de garantir a eficácia na utilização dos recursos e a universalização do acesso, a equidade e a integralidade (FRATINI, 2007).

3.2 O TRATAMENTO DA OBESIDADE E DO DIABETES MELLITUS PELA CIRURGIA BARIÁTRICA

A obesidade é reconhecida hoje como problema de saúde pública, pode progressiva e fatal e os dados sobre sua evolução são preocupantes: os números de pessoas com obesidade no Brasil e no mundo tem aumentado com muita rapidez (GARRIDO, 2008). Esta problemática possui dimensões sociais, biológicas e psicossociais, abrangendo a população como um todo, não se restringindo a grupos determinados por faixa etária ou grupos socioeconômicos (MOREIRA, 2007).

Estudos da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2015b) apontam que de 1980 a 2013, a proporção mundial de adultos com IMC acima de 25 kg/m², subiu de 28,8% para 36,9%, entre os homens, e de 29,8% para 38%, entre as mulheres. Em 2013, 23,8% dos garotos e 22,6% das garotas que viviam em países desenvolvidos estavam no quadro de sobrepeso ou de obesidade. Em países em desenvolvimento, a porcentagem de jovens com obesidade é menor, mas também subiu - de 8,1% para 12,9% entre meninos, e de 8,4% a 13,4% entre meninas. O Brasil aparece em 5º lugar na lista de países com a maior quantidade de pessoas acima do peso. Os três primeiros: Estados Unidos, China e Índia.

A Portaria nº 424 de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, possui algumas atribuições com foco na prevenção e no tratamento desta patologia.

No *componente da APS*, confere-se algumas ações: a) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população com a intenção do cuidado do sobrepeso e da obesidade; b) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos culturais, e dando ênfase nas ações de promoção da alimentação saudável e da atividade física; c)

incentivar e apoiar o autocuidado com foco na manutenção e na recuperação do peso saudável; d) prestar assistência multiprofissional aos usuários adultos com sobrepeso e obesidade; e) coordenar o cuidado dos usuários que após, esgotadas as possibilidades na atenção básica, necessitem de outros serviços do sistema de saúde; f) prestar assistência multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na atenção especializada ambulatorial e/ou hospitalar; g) garantir o acolhimento adequado dos usuários com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica (BRASIL, 2013b).

No *componente da Atenção Especializada*, há a subdivisão em: Subcomponente Ambulatorial Especializado, cujas ações baseiam-se em: 1. prestar apoio matricial às equipes de atenção básica, presencialmente ou por meio dos núcleos do Telessaúde; 2. prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos usuários com sobrepeso e obesidade, quando esgotadas as possibilidades na APS; 3. diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda para o serviço de referência; 4. prestar assistência multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; 5. prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar; 6. organizar o retorno dos usuários à assistência na APS para o seu devido acompanhamento; 7. realizar contrarreferência nos casos de alta para os serviços de atenção básica, além de possuir a função de comunicar os municípios e as equipes de saúde sobre os usuários que estão em acompanhamento (BRASIL, 2013b).

No *Subcomponente Hospitalar* tem como atribuições: 1. realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; 2. organizar o acesso à cirurgia dando prioridade aos usuários que possuem outras comorbidades associadas à obesidade; 3. realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas; 4. realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do MS; 5. garantir assistência multiprofissional pós-operatória aos

usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; 6. organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou na APS; 7. realizar contrarreferência nos casos de alta para os serviços de atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar os municípios e às equipes de saúde sobre os usuários que estão em acompanhamento (BRASIL, 2013b).

E por fim, no *Subcomponente Urgência e Emergência*, que tem como prioridade: prestar assistência e o cuidado às urgências e emergências, até que ocorra o encaminhamento, se for necessário, dos usuários com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e da obesidade, assim como do pós-operatório da cirurgia bariátrica (BRASIL, 2013b).

Quando o sobrepeso ou a obesidade evoluem para a obesidade grave aumenta-se a incidência das complicações de saúde, físicas e emocionais (FANDIÑO, et al., 2004). Existem diversas formas de tratamento para a obesidade. Entre elas estão: terapia nutricional, tratamento farmacológico, psicológico, exercício físico e em alguns casos, tratamento cirúrgico (VARELA, et al., 2007). Contudo, observa-se que parcela da população com obesidade já tentou as várias alternativas, sem conseguir resultados que revertissem seu quadro de obesidade.

Dentre as complicações da obesidade destaca-se o desenvolvimento do DM, com grande relevância na atualidade. Em termos mundiais, 135 milhões apresentavam a doença em 1995, 240 milhões em 2005 e há projeção para atingir 366 milhões em 2030, sendo que dois terços habitarão países em desenvolvimento. A maior parte dos novos pacientes deverá contrair o tipo 2, que pode ser evitado com o combate ao sedentarismo e às dietas pouco saudáveis (SBD, 2015).

Segundo um artigo publicado no jornal americano *The New York Times*, a taxa global de diabetes quase dobrou nas últimas duas décadas nos países em desenvolvimento, em grande parte oriunda pelo aumento na taxa de obesidade. Mais recentemente, países mais pobres começaram a seguir a tendência, com grandes aumentos em nações como China, México e Índia. Já o estudo divulgado na publicação médica britânica *The Lancet*, registrou um aumento de 45% na prevalência da diabetes no mundo todo de 1990 a 2013. Quase todo o aumento foi do tipo 2, que costuma ser relacionado à obesidade e é a forma mais comum da doença (SBD, 2015).

O DM tipo 2 configura-se por uma deficiência do pâncreas em produzir insulina, em torno de 80% dos usuários com esta patologia podem receber assistência na atenção básica, no entanto, o agravo dá-se em virtude de que cerca de 50% da população não sabe ser portadora da doença, permanecendo sem diagnóstico até que se manifestem os primeiros sinais de complicação (FAUSTINO, et al.,2011).

Segundo Faustino et al. (2011), a hiperglicemia é considerada uma das principais complicações do diabetes, e pode ser causada pela dificuldade do corpo para utilizar a insulina que está sendo produzida. O diagnóstico pode ser realizado através do controle glicêmico e pelo teste de hemoglobina glicada, mensurando a glicemia média do indivíduo dentro de um intervalo de tempo.

Grande parcela das pessoas com DM apresenta sobrepeso ou obesidade. Diante desta situação o indivíduo não é necessariamente dependente de insulina exógena para sobreviver, no entanto para obter um controle metabólico apropriado podem necessitar de tratamento com insulina ou hipoglicemiante oral (SBD, 2007).

A pessoa com obesidade apresenta um tecido adiposo aumentado e este, nesse estado, produz algumas substâncias que diminuem a capacidade do organismo de captar a glicose, essa produzida após a ingestão de alimentos e transformada em energia. No caso de pessoas saudáveis o nível de glicose no organismo encontra-se estável, e quando ocorre o aumento de glicose na corrente sanguínea, acima do normal, células localizadas no pâncreas são estimuladas e produzem insulina (AGUIAR; MANINI, 2013).

A insulina, entre outras funções, contribui para que as moléculas de glicose entrem nas células. No entanto, a pessoa obesa apresenta dificuldades em realizar esse processo de sinalização da insulina, ou seja, há resistência à insulina, o que reduz a possibilidade de a glicose entrar na célula. O diabetes tipo 2 é um distúrbio metabólico que tem como um dos principais fatores a resistência à ação da insulina (AGUIAR; MANINI, 2013).

Com a crescente epidemia de DM tipo 2 no mundo, torna-se essencial buscar novas terapias e resoluções para o controle dessa doença. Destacando que o fator de maior risco para o desenvolvimento do DM tipo 2, é a obesidade.

Os custos relacionados às doenças vinculadas ao excesso de peso e à obesidade no sistema de saúde brasileiro, entre 2009 e 2011, foram de US\$ 2,1 bilhões, sendo que US\$ 1,4 bilhão (68,4% do custo total) foi destinado às internações hospitalares e US\$ 679 milhões dólares em virtude de procedimentos ambulatoriais. Cerca de 10% dos

gastos foi destinado ao excesso de peso e à obesidade (BAHIA, et al., 2012).

Mesmo considerando o avanço do tratamento clínico ocorrido nos últimos anos, com novos e mais eficientes medicamentos, os dados ainda são alarmantes com a grande parcela de usuários sem o controle almejado. Além disso, as mudanças de estilo de vida, a reeducação alimentar, atividade física regular e perda de peso são de difícil manutenção no longo prazo. Assim para pacientes com DM2 e obesidade graus II e III sem controle adequado com medicação, todas as sociedades médicas envolvidas com tratamento do diabete e obesidade já reconhecem a cirurgia bariátrica como a melhor alternativa para controle (CAMPOS, et al., 2016).

Nesta perspectiva, a cirurgia bariátrica apresenta eficácia por levar a uma perda significativa de peso, reduzindo em média de 60% à 75% do excesso de peso, diminuindo os riscos oriundos da obesidade, alterando a qualidade de vida das pessoas. É considerada uma medida terapêutica nos casos mais graves, que não respondem a tratamentos convencionais (DINIZ, et al., 2008).

Autores têm observado uma melhora acentuada ou mesmo a cura do DM tipo 2 muito precocemente após a realização da cirurgia bariátrica, antes mesmo de haver perda significativa de peso, justificando tal alternativa terapêutica (JUNIOR, et al., 2009). Esses fatos acompanhados do aumento da demanda levaram a necessidade de incrementar a oferta de tratamento cirúrgico na área de gastroplastia⁵.

O MS considerando a transformação que vem ocorrendo nos últimos anos nos padrões nutricionais da população brasileira e ciente de que a obesidade constitui-se em preocupação relevante para a saúde pública, amplia a oferta de serviços na área de gastroplastia através da Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, criando assim mecanismos que facilitem o acesso das pessoas com obesidade grave, quando tecnicamente indicado, à realização do procedimento cirúrgico para tratamento.

Essa Portaria estabelece o protocolo de indicação ao procedimento cirúrgico da gastroplastia no âmbito do SUS e aprova as normas que definem os Centros de Referência na Cirurgia Bariátrica,

⁵ Gastroplastia também conhecida como cirurgia bariátrica é a plástica do estômago, é um procedimento cirúrgico que visa a redução do estômago. O SUS financia alguns tipos de cirurgia bariátrica, sendo estes: banda gástrica ajustável, gastroplastia vertical, a gastroplastia com derivação intestinal e a gastrectomia vertical e desvio intestinal (SBCBM, 2015).

que contam com os ambulatorios para avaliação pré-cirúrgica e acompanhamento pós-cirúrgico. O usuário que deseja passar por este procedimento cirúrgico é avaliado por uma equipe multiprofissional composta por: cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e quando necessário pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista (BRASIL, 2013a). Deste modo, os usuários que pretendem acessar tal procedimento devem seguir um fluxo de atendimento, que é estabelecido por meio da Portaria nº 628/2001, que refere o fluxo assistencial:

Avaliação Inicial – o indivíduo com obesidade grave deverá ser avaliado clinicamente em unidades de saúde (selecionadas pelo gestor do SUS), hospitais com serviço de cirurgia geral ou em Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica. Devem ser checadas as indicações clínicas para a realização de gastroplastia bem como as contraindicações para a realização do procedimento, em conformidade com o item “I” do Protocolo aprovado nesta Portaria (BRASIL, 2001, p.7).

O endocrinologista é o profissional que avaliará clinicamente o usuário e definirá se este atende aos critérios para ser encaminhado à cirurgia bariátrica, iniciando o acompanhamento pré-operatório.

A primeira consulta permite definir inúmeras questões que encontram-se na complexa relação que os usuários estabelecem com os serviços afim de atender suas demandas diante de diferentes dimensões que definem o acesso. Ao longo da trajetória assistencial pré-operatória há outras marcas que apontam para a formação de outros arranjos que viabilizem a continuidade do atendimento e outras relações do contexto entre usuários e os serviços (ALVES, 2010).

Para Assis, Villa e Nascimento (2003), o acesso não é definido pela oferta dos serviços, mas segundo a necessidade dos usuários, como a resolução da demanda, localização geográfica da unidade de atenção, atenção da equipe de saúde, disponibilidade de equipe profissional para atendimento, necessidade de determinada atenção e credibilidade dos serviços diante da população usuária.

De acordo com Alves (2010), o acesso aos serviços muitas vezes corresponde ao trajeto preconizado pelo modelo assistencial e pelas normas que orientam a atenção ao paciente com obesidade – contemplados pela atenção básica, seguida, se necessário da atenção de média complexidade, e por fim o atendimento de alta complexidade, constituindo as trajetórias preconizadas. A demora do serviço público diante da necessidade de uma resposta mais rápida torna o serviço privado uma opção. Deste modo, às vezes as trajetórias não ocorrem como está previsto no modelo preconizado, mas são condições de acesso possíveis.

Assim, constatada a necessidade do procedimento cirúrgico o usuário é referenciado à instituição e a equipe de saúde que fará a cirurgia, como menciona a Portaria:

Referenciamento do indivíduo – uma vez feita a avaliação inicial e tendo o indivíduo sido enquadrado nos critérios clínicos de indicação cirúrgica, o serviço que irá referenciar o paciente deverá preencher 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 grave 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 (BRASIL, 2001, p.7).

Segundo a Portaria nº 425 de 19 de março 2013, que em seu anexo I trata das diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica, o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico. O tratamento

cirúrgico é apenas uma ação dentro do todo da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2013a).

Durante a fase pré-operatória na instituição de referência para a cirurgia, o usuário passa pelo atendimento de uma equipe multiprofissional que lhe avaliará, seguindo o protocolo utilizando-se de exames e avaliações (BRASIL, 2013a). Esta equipe é responsável por articular, neste momento a rede de proteção social ou a rede de serviços de saúde, para que o usuário tenha reais condições de realizar o procedimento cirúrgico.

A Portaria nº 425/2013 institui ainda que a assistência no tratamento cirúrgico da obesidade ao usuário com comorbidades como hipertensão arterial, DM tipo 2, doença arterial coronariana, deve ser efetuada pela equipe multiprofissional até 18 meses de pós-operatório. No primeiro ano do pós-operatório, o acompanhamento ocorrerá com mais frequência, em virtude da perda de peso ser maior. Segundo a pesquisa realizada por Sant’Helena (2014, p.58), a fase pós-operatória da cirurgia bariátrica também contempla a contrarreferência das diversas especialidades que compõe a equipe de saúde deste momento, “[...] há uma articulação com o sistema para que o acompanhamento seja realizado. Todos os profissionais entrevistados afirmam realizar algum encaminhamento para o acompanhamento nos demais níveis de complexidade do SUS”.

De acordo com o roteiro do MS para acompanhamento pós-cirurgia bariátrica, no 1º mês o usuário tem seu primeiro retorno médico, no qual realiza atendimento com nutricionista e cirurgião. No 2º mês, realiza consulta com médico clínico, psicólogo e nutricionista, além de realizar o hemograma completo e as dosagens de nutrientes, minerais, proteínas, gorduras e vitaminas presentes no corpo. Ao 3º mês o atendimento novamente é com nutricionista, médico clínico e psicólogo. Quando chega-se ao 4º mês, o atendimento é realizado com nutricionista, clínico e psicólogo. No 6º mês a consulta é com médico cirurgião, nutricionista e psicóloga, além de ser feito os exames pós-operatórios. Já no 9º, 12º, 15º e 18º mês, as consultas são com clínico/endocrinologista, psicólogo e nutricionista, é feito o hemograma e as dosagens (BRASIL, 2013a).

Para que o sistema de saúde funcione devidamente, é necessário um conjunto de normas e procedimentos que regulamentem o processo de referência e contrarreferência dos usuários. Em estudo anterior, Sant’Helena (2014), observou que há uma articulação com o sistema para que o acompanhamento pós-operatório seja realizado. Todos os

profissionais entrevistados afirmaram realizar algum encaminhamento para o acompanhamento nos demais níveis de complexidade do SUS, destacando a forte relação com a UBS. Como mostram as falas abaixo de alguns profissionais identificados como:

Se já faz um bom tempo que a pessoa fez cirurgia e está tudo bem com ela, e a pessoa não tem mais condições de ficar se deslocando para vir aos acompanhamentos, encaminhamos para a UBS, ou até os pré-operatórios que não tem indicação para cirurgia se encaminha para a UBS (PS2, 2013 *apud* SANT'HELENA, 2014, p. 56-57).

Sempre que eu verifico a necessidade eu faço o encaminhamento, mas não sei te dizer se consegue acessar o atendimento que a gente está solicitando. Sempre que é possível a gente faz o contato. Pra ti entender a rede nesse sentido, na fase pré-operatória com pacientes que tem problemas clínicos, a gente articula a rede e não libera desde que a unidade de lá se responsabilize com o acompanhamento, por conta de que às vezes o paciente não tem nem rede de familiares. É feito todo um trabalho com a equipe de saúde da família que se responsabiliza com os cuidados. Sempre que é necessário, a gente faz esse encaminhamento, seja no pré ou no pós (PS1, 2013 *apud* SANT'HELENA, 2014, p. 57).

Tanto a referência quanto a contrarreferência, são atos profissionais de fundamental importância para garantir o correto funcionamento do SUS. A resolução dos problemas de saúde dos usuários está intimamente relacionada com o acesso dos mesmos aos serviços de saúde que necessitarem, independentemente do nível de complexidade. Não adianta a garantia em lei de um atendimento integral à saúde se não disponibilizarmos de profissionais e locais para que a proposta de um SUS universal e integral venha a se concretizar (VAZQUEZ, 2009).

A integralidade garantida ao direito à saúde compreende mais que o acesso a serviços na rede de saúde, perpassa um atendimento digno, de qualidade, capaz de obter a resolução da demanda sem

descontextualizar o indivíduo em sua história, suas necessidades, suas crenças e significados. A cirurgia bariátrica aparece na atualidade com a perspectiva de solução diante da grande demanda da obesidade, envolvendo mudanças de hábitos, valores culturais, aspectos psicológicos, orçamento financeiro, suporte social e familiar.

O tratamento cirúrgico não é o fim, é apenas parte do processo. Diante disso, os serviços de saúde e os profissionais têm de estar conscientes das implicações que suas ações têm diante da saúde do usuário. Concebendo que a saúde é formada por diversos fatores sociais que envolvem a vida cotidiana, deste modo, é necessário se pensar para além do procedimento cirúrgico, compreendendo a responsabilidade que as práticas de saúde exercem na qualidade de vida. É importante que o usuário seja o protagonista de seu processo de saúde-doença, garantindo a autonomia e participando das medidas de saúde que lhe são cabíveis.

Vivemos em uma sociedade marcada por um padrão estético que exclui as pessoas cujos corpos não possuem as circunferências “ideais”; as infra-estruturas dos serviços públicos não garantem a igualdade do ir e vir de pessoas com físicos diferentes; a ideologia do corpo escultural alienou pessoas ao ponto de julgar umas as outras ofertando violência e preconceito, sem nada pedir em troca. Assim, a cirurgia bariátrica aparece como medida diante das inúmeras consequências que a obesidade e suas comorbidades trazem à saúde. Mas cabe ainda, e cada vez mais, fortalecer a discussão da obesidade e suas repercussões, visto que sua prevalência é enorme e se não tomada providências se tornará um dos grandes problemas do século atual.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para o alcance dos objetivos desta pesquisa, foi adotada a **abordagem qualitativa**, do tipo **estudo de caso único** com apoio de **revisão narrativa**.

Minayo (2010) afirma que a pesquisa social pode ser entendida como os vários tipos de investigação que “tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica (p.47)”. O método qualitativo pode ser definido, como:

“... é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões (IBGE, 1976; Parga Nina et.al 1985), as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (MINAYO, 2010, p.57)”.

Para a contextualização do problema e buscar conhecimentos acerca do objeto a ser estudado, uma das etapas foi a revisão de literatura. Para Gil (2010), a revisão de literatura se caracteriza por suprimir dúvidas a partir de pesquisas em documentos. Isso implica no esclarecimento das pressuposições teóricas que fundamentam a pesquisa e das contribuições proporcionadas por estudos já realizados com uma discussão crítica.

A revisão de literatura é uma das etapas fundamentais para o estudo, pois fornece a fundamentação teórica sobre o tema e a construção do conceito que dará suporte ao desenvolvimento da pesquisa (MORESI, 2003). Somado a isso, a revisão de literatura é o resultado dos levantamentos e análises já publicadas sobre o tema da

pesquisa, tendo com objetivo a contextualização teórica do trabalho dentro da grande área de pesquisa.

Pretendeu-se com isto, aprofundar o debate sobre as dificuldades que permeiam o processo de referência e contrarreferência no SUS da cirurgia bariátrica, demonstrando como ocorre o fluxo de atendimentos da APS até a alta complexidade e a partir disto, refletir como a saúde do sujeito pesquisado foi tratada no decorrer do processo. Para isso, foi considerado o que está previsto legalmente e o que realmente ocorre no cotidiano de trabalho.

No que se refere ao método adotado, o estudo de caso, segundo Yin (2010) permite que os pesquisadores preservem os significados de acontecimentos da vida real e características holísticas, como o comportamento de determinado grupo, processos organizacionais e administrativos, ciclos da vida humana, relações internacionais e o desempenho de atividade específica. A necessidade dos estudos de caso surge do desejo de entender fenômenos sociais complexos. No âmbito das ciências sociais é crescente a utilização do estudo de caso para explorar situações da vida real cujos limites não são claramente definidos.

A finalidade de um estudo de caso é obter informações sistemáticas e detalhadas sobre um fenômeno, enfatizando entendimentos contextuais, compreendendo a dinâmica do contexto real e abranger um estudo profundo que permita seu amplo conhecimento (FREITAS; JABBOUR, 2011). De acordo com Fonseca (2002, p.33):

Um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe. O estudo de caso pode decorrer de acordo com uma perspectiva interpretativa, que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, ou uma perspectiva pragmática, que visa simplesmente apresentar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do

objeto de estudo do ponto de vista do investigador.

Nos estudos de caso, a extensão do contexto da realidade e a riqueza do fenômeno impõem ao investigador mais variáveis de interesse do que pontos de dados. Frente a isso, é essencial usar a técnica de múltiplas fontes de evidência, de modo que os dados se divirjam de maneira triangular (YIN, 2010).

Para Yin (2005, p. 32), “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real”. De acordo com Freitas e Jabbour (2011), o estudo de caso é a história de um fenômeno já ocorrido ou atual, realizado a partir de fontes de provas que podem incluir entrevistas, pesquisas em arquivos e observações.

Esta pesquisa tem como estudo de caso o processo de referência da APS com a contrarreferência da Atenção Especializada. As diferentes fontes de evidência para triangulação são: a análise de documentos, a análise de prontuários médicos e entrevistas.

A investigação do estudo de caso apresenta como característica diferenciada o fato que existirão muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado conta com múltiplas fontes de evidência, e além disso, beneficia-se do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a coleta e a análise de dados (YIN, 2015).

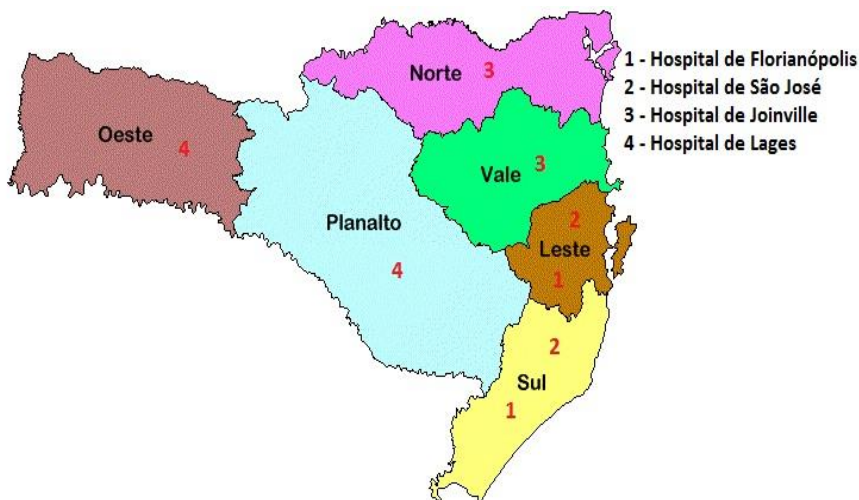
A pesquisa do estudo de caso pode incluir Estudos de Caso Único quanto de Casos Múltiplos, esse último refere-se ao estudo conter mais de um único caso (YIN, 2010). Essa pesquisa é classificada como Estudo de Caso Único, pois apesar de pesquisar mais de uma instituição de saúde, seu caso de análise é a referência e a contrarreferência.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Atualmente no estado de Santa Catarina há quatro unidades credenciadas pelo SUS para realizar a cirurgia bariátrica. Estão localizados em: Florianópolis, que atende as regiões da Grande Florianópolis e do Sul; Joinville, que atende os pacientes das regiões do Vale do Itajaí, Norte e Nordeste; Lages, que presta atendimento aos pacientes das regiões do Planalto Serrano, Meio Oeste e Extremo Oeste; e São José, que também atende os pacientes restantes das Regiões da Grande Florianópolis e do Sul (REMOR, 2012). Observa-se na Figura 1

as instituições credenciadas com o serviço de cirurgia bariátrica e suas áreas de abrangência.

Figura 1 – Hospitais credenciados e sua região de abrangência



Fonte: Elaboração da autora.

Segundo a pactuação de saúde firmada pelas instituições do Estado que realizam a cirurgia bariátrica, a instituição de Florianópolis disponibiliza 4 atendimentos iniciais à usuários candidatos a realização do procedimento por semana, totalizando 16 atendimentos/mês. Na unidade hospitalar localizada em São José o número aumenta, são 18 vagas para atendimentos/semana sendo 72 vagas de atendimentos por mês. As duas outras instituições estão habilitadas em gestão plena do município, de forma que a regulação dos serviços de alta complexidade será de responsabilidade do gestor municipal, a instituição de Joinville fornece 10 atendimentos/semana, ou seja, 40 vagas para consultas/mês, e o hospital de Lages que oferta 13 vagas de atendimento por semana, com total de 52 atendimento/mês.

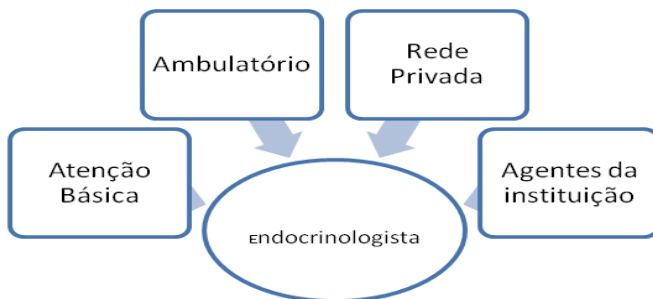
O lócus da pesquisa é o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), uma instituição de natureza pública de grande porte que atende à população de todas as faixas etárias, para

ambos os sexos, localizado na cidade de Florianópolis. A instituição foi concebida na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão e atende a comunidade do Estado de Santa Catarina (SC), turistas e visitantes, sem distinção. É considerada uma estrutura de saúde de referência para a região metropolitana da grande Florianópolis e para o restante do SC em relação à urgência e emergência, assistência obstétrica, atenção ambulatorial especializada e internação de alta complexidade, incluindo o procedimento cirúrgico da bariátrica desde 2004 (HU, 2015).

Atualmente, a instituição realiza em média duas cirurgias por semana, sendo oito mensais e executa o procedimento cirúrgico por meio de dois tipos de técnicas: a gastroplastia vertical e a gastroplastia com desvio gástrico com Y de Roux.

A instituição pesquisada, por não possuir uma portaria própria em relação ao procedimento da cirurgia bariátrica, desenvolve suas ações conforme a Portaria Nacional. Desta forma, considerando a Portaria MS/SAS nº 425, de 19 de maio de 2013, o hospital habilitado como Unidade de Assistência ao Indivíduo com Obesidade, oferece atendimento especializado compreendendo: o diagnóstico e o tratamento clínico e cirúrgico; o atendimento de urgência 24 horas aos pacientes com obesidade; o atendimento ambulatorial aos obesos; internação hospitalar com leitos apropriados; a cirurgia bariátrica em salas equipadas para operações de pessoas com obesidade além da disponibilidade de salas para caso haja complicações cirúrgicas do pós-operatório; a internação dos pacientes devido às complicações relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias; e a reabilitação, suporte e acompanhamento visando a melhoria das condições físicas e psicológicas do indivíduo, na fase pré-operatória e no seguimento pós-cirúrgico (BRASIL, 2013a).

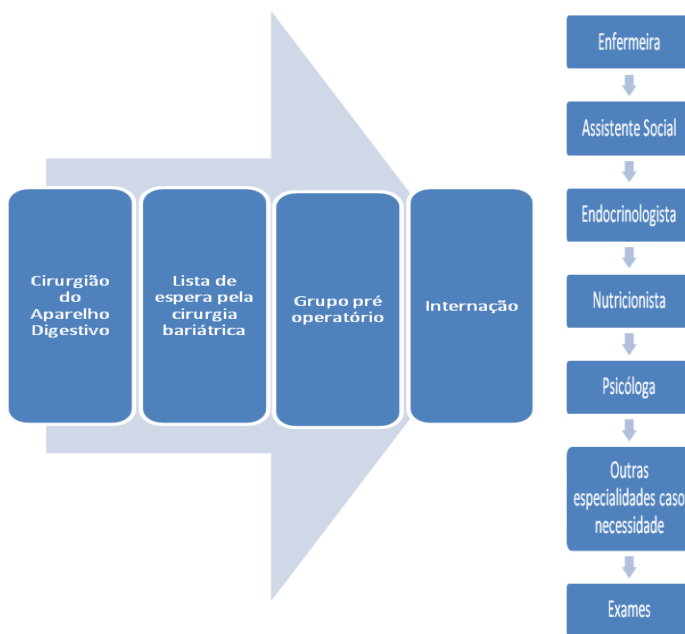
Figura 2 – Fluxograma de acesso dos usuários à equipe de cirurgia



Fonte: SANT'HELENA, 2014.

Conforme o fluxograma expresso na Figura 2, observa-se que o acesso dos usuários ao serviço de cirurgia bariátrica é oriundo de diversas trajetórias. A grande maioria dos usuários acessa o serviço referenciado pela UBS, no entanto, é possível perceber outros encaminhamentos como o ambulatório da própria instituição, o encaminhamento por profissionais da equipe de cirurgia bariátrica que atuam conjuntamente na rede privada e por meio de outros profissionais da instituição (SANT'HELENA, 2014).

Figura 3 – Fluxograma de atendimento pré-operatório de cirurgia bariátrica da instituição pesquisada.



Fonte: SANT'HELENA, 2014.

O fluxograma ilustrado pela Figura 3 representa o atendimento pré-operatório. A partir do encaminhamento do endocrinologista o usuário é encaminhado para atendimento das demais profissões, como: Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Nutrição e outras especialidades como Cardiologia ou Psiquiatria e outros, caso haja a necessidade. O atendimento do endocrinologista permanece ao longo da fase pré-operatória, intercalando com a consulta das demais profissões. Além dos atendimentos com os profissionais de saúde, o usuário realizará diversos exames ao longo desta fase que definirão suas condições clínicas para a realização do procedimento cirúrgico. A ordem das profissões expressas no fluxograma não representa a cronologia em que serão realizados os atendimentos, de modo que as consultas se intercalam no decorrer do processo.

Cada profissão possui uma dinâmica de atendimento diferenciada, o Serviço Social, geralmente, realiza um atendimento, no entanto havendo necessidade programa o acompanhamento por meio de contatos ou consulta de retorno. A Nutrição exige a participação em três encontros em um grupo de alimentação saudável e após efetua um atendimento, havendo a necessidade o usuário é orientado a participar novamente do grupo e após é reavaliado; a Enfermagem realiza somente um atendimento e a Psicologia aplica um protocolo que prevê no mínimo 5 atendimentos, salientando que caso haja a necessidade os números de atendimentos de qualquer profissão se ampliam ou pode ser também reavaliado conforme solicitação dos profissionais ou discussões em equipe. Após a liberação do usuário por parte da equipe multiprofissional, este é encaminhado ao cirurgião do aparelho digestivo que incluirá o usuário na lista de espera da cirurgia bariátrica. Durante o período de espera para realização do procedimento cirúrgico, o usuário participará do grupo pré-operatório de modo a manter seu acompanhamento e vínculo com a equipe, até o momento em que é chamado para internar na unidade para fins de realizar a cirurgia.

Na instituição hospitalar pesquisada o acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica finaliza com a maioria das especialidades até o 2º ano após o procedimento cirúrgico, através de consultas com cinco especialidades: nutricionista, médico cirurgião, endocrinologista, farmacêutica e psicóloga. O assistente social compõe a equipe multidisciplinar que acompanha o usuário nesta fase, realizando atendimentos conforme solicitação de acompanhamento da equipe.

As consultas com nutricionista e cirurgião ocorrem aos 7 dias, no 1º, 3º, 6º, 12º e 24º mês após a cirurgia. A nutrição oferece um grupo de acompanhamento pós-operatório mensal por tempo indeterminado, sugerindo a participação a partir do segundo ano após a cirurgia. Se no grupo identifica-se algo muito específico é realizado novo atendimento individual. Desde o início desta fase, esta profissão orienta verbalmente o usuário para que realize o acompanhamento nutricional por meio da UBS concomitante com a instituição hospitalar, fornecendo também o encaminhamento por escrito quando solicitado. No entanto, só há a liberação para acompanhamento exclusivo na UBS após o primeiro ano de acompanhamento na instituição (MIRANDA, 2015).

A endocrinologia possui acompanhamento pós-operatório vitalício, seus atendimentos são realizados no 3º, 6º, 9º, 12º mês e após é anual (OLIVEIRA, 2016). O serviço de Farmácia atende no 1º e 6º mês após a cirurgia (VIEIRA, 2016).

A psicologia realiza atendimento no 1º, 3º, 6º, 12º, 18º e 24º mês após a cirurgia, após este período o usuário recebe alta de seu acompanhamento. Durante esta fase essa profissão conta com um grupo de acompanhamento pós-operatório realizado mensalmente aos usuários por tempo indeterminado. É realizada nova consulta após o 2º ano de cirurgia quando solicitado atendimento da equipe. Com o acompanhamento ocorre o monitoramento da saúde mental do usuário e conforme necessidade há o encaminhamento, seja para psicoterapia ou acompanhamento psicológico em CAPS ou clínicas sociais (FARIAS, 2014).

Figura 4 – Fluxograma de atendimento pós-operatório de cirurgia bariátrica da instituição pesquisada.



Fonte: Elaboração da autora a partir da pesquisa realizada com a equipe de cirurgia bariátrica na instituição (2016).

Como o estudo busca a referência e contrarreferência, as UBS que desenvolvem a APS do município por meio das equipes da Estratégia de Saúde da Família, pelo NASF, pelas equipes dos consultórios na rua e a atenção domiciliar, que atuam na referência e contrarreferência no cuidado à pessoas submetidas a cirurgia bariátrica são consideradas lócus de estudo. A grande maioria das entrevistas ocorreu em espaço cedido nas UBS. Assim, apesar de os profissionais da APS não terem participado de forma direta, houve um contato no contexto da pesquisa.

As UBS realizam a atenção de uma população específica que está em um território definido. Assumem assim, a responsabilidade sanitária e o cuidado destas pessoas, e trabalham considerando a especificidade do território dessas populações. Atualmente o município conta com 49 unidades que funcionam como uma das portas de entrada preferencial do SUS.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo são os profissionais da fase pré-operatória que avaliam clinicamente a indicação do usuário ao procedimento cirúrgico e os profissionais de diferentes áreas que atuam no cuidado às pessoas submetidas à cirurgia bariátrica na fase pós-operatória, todos os profissionais atuam na instituição de Atenção Especializada. Além de usuários que realizaram o procedimento cirúrgico há dois, três e quatro anos.

O período de acompanhamento da fase pós-operatória na instituição é de no mínimo dois anos, conforme instrução normativa, após isto o usuário deve ser encaminhado para a APS para a continuidade do acompanhamento de saúde. Assim, o estudo tem como recorte o período de dois anos atrás, para contemplar a análise da trajetória do usuário ao serviço desde sua chegada na Atenção Especializada até o devido retorno do usuário ao serviço de origem.

Em decorrência do pouco tempo para o desenvolvimento da pesquisa, optou-se por entrevistas com os profissionais da Atenção Especializada e com os usuários, não conseguindo contemplar os profissionais da APS. No entanto, por meio das entrevistas com os usuários pode-se visualizar o modo de ocorrência da referência e da contrarreferência, considerando assim a atuação da rede básica.

Assim, tem-se como **critério de inclusão para os usuários**: residir no município pesquisado, apresentar a condição da obesidade e diabetes no período que realizou a cirurgia e possuir o período estipulado de mais de dois anos pós-cirurgia. Foram selecionados os usuários que apresentavam os critérios, totalizando quinze pessoas a serem pesquisadas. Os usuários foram convidados a participarem do estudo por meio de contato telefônico da pesquisadora e o local de encontro foi conforme a necessidade do entrevistado. E como **critério de inclusão para o profissional**: ter vínculo profissional com a instituição de Atenção Especializada pesquisada e atuar na fase pré ou pós-operatória da cirurgia bariátrica.

4.4 COLETA E REGISTRO DE DADOS

Para produzir um estudo de caso, o pesquisador deverá buscar as informações sobre o fenômeno estudado em diferentes fontes de evidência. O uso de múltiplas fontes permite abordar uma ampla variação de aspectos comportamentais e históricos. A grande vantagem

dessa técnica é o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, um processo de triangulação e fortalecimento das informações (YIN, 2010).

Neste estudo foram utilizadas as técnicas de pesquisa documental e entrevista como fontes de dados.

A informação documental é relevante para todos os tópicos de estudo de caso. O uso mais importante dos documentos é para fortalecer a evidência de outras fontes. Permite-se fazer interferências a partir dos documentos, além de ser útil para verificar a correção da ortografia e dos títulos/nomes das organizações que podem ser relatadas em entrevistas (YIN, 2010). Segundo Fonseca (2002):

A pesquisa documental trilha os mesmos caminhos da pesquisa bibliográfica, não sendo fácil por vezes distingui-las. A pesquisa bibliográfica utiliza fontes constituídas por material já elaborado, constituído basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas. A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (p. 32).

Michel Foucault é referência no campo do conhecimento com o documento, realizando críticas ao utilizar essa técnica como mera matéria bruta para o resgate de uma memória idealizada com o qual dialogamos, reconstruímos o conhecimento e reinterpretamos o mundo:

(...) por uma mutação que não data de hoje, mas que, sem dúvida, ainda não se concluiu, a história mudou sua posição acerca do documento: ela considera como sua tarefa primordial, não interpretá-lo, não interpretar se diz a verdade nem qual é o seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela o organiza, recorta, distribui, ordena e reparte em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, identifica elementos, define unidades, descreve relações. O documento, pois, não é mais, para a

história, essa matéria inerte através da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa apenas rastros: ela procura definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações. É preciso desligar a história da imagem com que ela se deleitou durante muito tempo e pela qual encontrava sua justificativa antropológica: a de uma memória milenar e coletiva que se servia de documentos materiais para reencontrar o frescor de suas lembranças; ela é o trabalho e a utilização de uma materialidade documental (livros, textos, narrações, registros, atas, edifícios, instituições, regulamentos, técnicas, objetos, costumes etc.) que apresenta sempre e em toda a parte, formas de permanência, quer espontâneas, quer organizadas. O documento não é o feliz instrumento de uma história que seria em si mesma, e de pleno direito, *memória*; a história é, para uma sociedade, uma certa maneira de dar *status* e elaboração à massa documental de que ela não se separa (FOUCAULT, 2008, p. 7-8).

Para esse estudo os documentos de interesse foram legislações brasileiras, como: Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência; A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS; Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022; Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde; Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso; Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: obesidade; Atenção Primária e Promoção da Saúde; Caderno de atenção básica: Diabetes Mellitus; Portaria nº 424/2013 - Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; e Portaria 425/2013 - Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Como também, os prontuários dos usuários que realizaram o procedimento cirúrgico nos anos pesquisados, os registros dos profissionais da equipe de cirurgia bariátrica e dados oriundos de levantamentos acerca da realização do

procedimento feito pela instituição, todos possibilitando a análise do processo de referência e contrarreferência.

A segunda técnica escolhida para a coleta de dados foram entrevistas semiestruturadas com o profissional da fase pré-operatória que avalia a indicação ao procedimento cirúrgico e os profissionais da fase pós-operatória da cirurgia bariátrica da instituição de Atenção Especializada, e com os usuários que realizaram o procedimento cirúrgico. A entrevista pode propiciar um espaço para os entrevistados exporem seus sentimentos e suas vivências, evitando possíveis situações que gerem danos.

De acordo com Cozby (2003) um fator importante sobre as entrevistas é a respeito de ela envolver uma interação entre pessoas. Enquanto Minayo (2010) destaca como sendo a estratégia mais utilizada no trabalho de campo e o conceitua:

“...é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (p. 261).

A entrevista constitui-se como uma maneira de interação social que emprega valor ao uso da palavra, símbolo e signo privilegiados das relações humanas, com as quais os atores sociais procuram compreender a realidade que vivenciam (JOVECHLOVITCH; BAUER, 2002).

Na pesquisa qualitativa a entrevista ao privilegiar a fala dos atores sociais, possibilita atingir um nível de compreensão da realidade humana que permite entender como as pessoas compreendem o mundo. De modo que a relação estabelecida por meio da conversação favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo que os cerca. Assim, a entrevista dá voz ao interlocutor para que ele fale do que está acessível a sua mente no momento da interação com o entrevistador e em um processo de influência mútua produz um discurso compartilhado pelos dois atores: pesquisador e participante (FRASER; GONDIM, 2004).

As entrevistas seguiram o padrão semiestruturado, sabendo que as entrevistas se desenvolvem com base em um questionamento básico

e flexível ao processo, permite ao participante e ao pesquisador uma maior liberdade de expressão, além de possibilitar ao entrevistador realizar adaptações necessárias (TRIVIÑOS, 2009).

As entrevistas realizadas apresentaram questões fechadas para a identificação do pesquisado e também questões abertas. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas, além de serem agendadas previamente.

O período da realização das entrevistas compreendeu os meses de abril a junho de 2016. Inicialmente foi realizado um contato prévio com a equipe de cirurgia bariátrica da instituição pesquisada para a apresentação da proposta e obtenção da autorização para ter acesso à listagem de usuários que realizaram o procedimento cirúrgico nos anos de 2012 e 2013. A partir da permissão institucional e da ciência da equipe de cirurgia bariátrica, foi realizada uma busca de informações no prontuário médico de cada usuário, para confirmar se os mesmos seguiam os critérios estabelecidos pela pesquisa. Ao longo do estudo, houve-se a necessidade de ampliar mais um ano de cirurgias bariátricas, com o intuito de aumentar o número de usuários, acrescentando o ano de 2011. No período de três anos foram realizadas 227 cirurgias, destes 72 usuários residiam em Florianópolis, cidade da pesquisa, no momento em que realizaram a cirurgia. Foi realizada uma busca ativa nos 72 prontuários, a fim de identificar se os usuários estavam dentro dos critérios estabelecidos. Com isso, o número de usuários foi reduzido para 21 participantes. Assim, foi realizado contato telefônico com cada usuário e agendada a entrevista conforme a disponibilidade dos participantes. Nesse momento do contato, constatou-se que 2 usuários faleceram e que 4 não residem mais em Florianópolis, totalizando 15 usuários que participaram da pesquisa. A duração média das entrevistas foi de 25 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio digital e posteriormente transcritos. Os registros respeitaram a autenticidade dos documentos e a literalidade dos relatos.

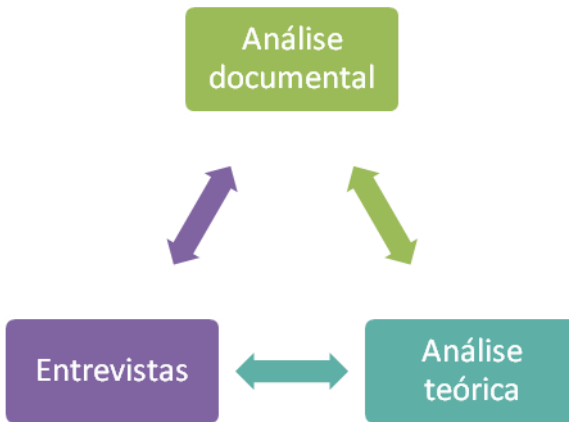
4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados na pesquisa qualitativa pode conter vários componentes, com o intuito de extrair o sentido dos dados coletados. Trata-se de um processo permanente envolvendo reflexões contínuas sobre os dados (CRESWELL, 2010).

Nessa análise os dados foram triangulados a partir da utilização de diferentes fontes de evidências (documentação - prontuários,

legislação -, entrevistas e teoria) contribuindo para o conhecimento sobre o mesmo fenômeno. Ao analisar cada fonte de evidência individualmente complicaria a interpretação e análise deles (YIN, 2010).

Figura 5 – Triangulação dos dados



Fonte: Elaboração da autora (2016).

O início da análise dos dados ocorreu por uma proposta operativa. Foi utilizada a análise de conteúdo, no qual de acordo com Minayo (2010) considerou-se o contexto e a empiria, sustentando-se na ideia de que a verdade dos significados localiza-se profundamente nos sentidos dos textos. Os dados operacionalizaram-se a partir de dois momentos.

O primeiro momento foi marcado pela fase exploratória da investigação, com o mapeamento do lócus de pesquisa, levando em consideração o contexto sócio-histórico vivenciado. Já o segundo momento concretizou-se com a fase interpretativa, desenvolvendo-se em três etapas: na primeira etapa realizou-se a organização dos dados obtidos pelas entrevistas e registros documentais, ocorrendo a todo o momento a releitura dos materiais, acompanhando-se da transcrição das gravações. A organização dos relatos seguiu à ordem de realização das entrevistas, após serem transcritas eram identificadas em ordem numérica.

Na segunda etapa, deu-se a classificação dos dados por meio da realização de leitura do material e de textos de forma transversal, permitindo a apreensão de ideias norteadoras, de modo que possibilitou a junção dos materiais conforme “categorias”, estabelecendo relações entre os grupos semelhantes da mesma unidade. Assim, essas categorias foram sendo remontadas de forma a tornarem-se um número menor, finalizando em cinco centrais.

Estas categorias são conceitos extraídos dos dados agrupados por similaridade e segundo a possibilidade de ser atribuído um significado teórico. A exposição da análise consiste na apresentação das categorias em textos discursivos, matrizes ou diagramas. (GIL, 2010). As categorias desenvolvidas foram agrupadas segundo sua natureza temática. Desta forma, observadas as aproximações entre os temas que emergiram dos dados foram elaborados os Manuscritos 1 e 2.

E na terceira etapa, a análise final, foi apreciado os dados teóricos e empíricos, com o objetivo de obter esclarecimento quanto ao fenômeno estudado. Diante das definições encontradas, foram interpretadas as informações por meio das múltiplas fontes de evidências, com a finalidade de analisar o caso sob os mais variados ângulos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos da pesquisa foram seguidos em todas as fases do estudo, de acordo com a Resolução Conselho Nacional de Saúde/MS nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012b). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do parecer nº 1.450.701/2016. Além disso, todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES C e D). Os dados serão guardados em local seguro por cinco anos, sob responsabilidade das pesquisadoras do estudo. E para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, cada um deles recebeu um número.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão dessa pesquisa foram apresentados na forma de dois artigos, objetivando atender à Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõem sobre regras de apresentação e elaboração de dissertações e teses dos cursos de mestrado e doutorado do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2011).

Os manuscritos foram intitulados: o primeiro manuscrito “O processo de referência e contrarreferência de pessoas com diabetes submetidos à cirurgia bariátrica em um serviço especializado” e, o segundo manuscrito “Percurso da pessoa com obesidade e diabetes no acesso ao seu tratamento: uma análise sobre a cirurgia bariátrica”.

5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS ENTREVISTADOS

Neste subitem são expostos os dados e informações coletados por meio das entrevistas. Inicialmente são apresentados os dados coletados junto aos usuários que realizaram a cirurgia bariátrica, e em seguida apresentam-se os dados coletados com os profissionais de saúde que atuam no serviço de Atenção Especializada, para identificação dos participantes do estudo.

Tabela 2 - Identificação dos usuários entrevistados

	Sexo	Idade	Bairro de Residência	Escolaridade	Ocupação	Renda da família
U1	F	55	Campeche	Ens. Fundamental Completo	Auxiliar de serviços gerais	5
U2	F	40	Vargem do Bom Jesus	Ens. Superior Incompleto	Servente	3,5
U3	F	51	Campeche	Ens. Médio Completo	Técnica de enfermagem	5
U4	F	35	Canasvieiras	Ens. Médio Completo	Desempregada	1,5
U5	F	36	Barra da Lagoa	Ens. Médio Incompleto	Manicure	4
U6	F	50	José Mendes	Ens. Médio Completo	Auxiliar educacional	1,5
U7	F	51	Tapera	Ens. Médio Incompleto	Faxineira	3
U8	F	62	Ingleses	Ens. Médio Completo	Aposentada	2
U9	M	26	Pantanal	Ens. Médio Completo	Do lar	3,5
U10	F	51	Tapera	Ens. Médio Completo	Do lar	1,5
U11	M	45	Capoeiras	Ens. Médio Incompleto	Técnico em eletricidade	3,5
U12	M	57	Rio Vermelho	Ens. Médio Completo	Comerciante	4,5

U13	F	66	Tapera	Ens. Médio Completo	Aposentada	5
U14	F	38	Inglese	Ens. Médio Completo	Agente de saúde	3
U15	F	59	Centro	Ens. Médio Completo	Vendedora	2,5

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

Conforme a Tabela 3 é possível identificar a predominância de usuários do sexo feminino, com a variação etária entre 26 e 66 anos. Nota-se de maneira expressiva a formação no ensino médio dos entrevistados e a renda familiar que variou entre de 1,5 e 5 salários mínimos. Isso demonstra que os fatores renda e nível educacional interferem no crescimento da obesidade.

Tabela 3 - Identificação dos profissionais entrevistados

	Formação	Pós-graduação	Tempo de trabalho no HU	Há quanto tempo atua na equipe de cx
PS1	Assistente Social	Mestrado	10 anos	2 anos
PS2	Cirurgião	Especialização	2 anos	2 anos
PS3	Endocrinologista pós-operatório	Especialização	10 anos	7 anos
PS4	Endocrinologista pré-operatório	Doutorado	16 anos	4 anos
PS5	Farmacêutica	Especialização	6 anos	5 anos
PS6	Nutricionista	Especialização	3 anos	3 anos

PS7	Psicóloga	Mestrado	4 anos	4 anos
------------	-----------	----------	--------	--------

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

Observa-se através da tabela 3 a variação de tempo de trabalho dos profissionais no HU/UFSC, e como atuantes na equipe de cirurgia bariátrica a diferença de permanência não é relativamente acentuada. É possível constatar que todos os entrevistados apresentam como formação mínima especialização, ressaltando que três dos entrevistados estão em processo de formação, em mestrado e doutorado.

5.2 MANUSCRITO I – PERCURSO DA PESSOA COM OBESIDADE E DIABETES NO ACESSO AO SEU TRATAMENTO: UMA ANÁLISE SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA

PERCURSO DA PESSOA COM OBESIDADE E DIABETES NO ACESSO AO SEU TRATAMENTO: UMA ANÁLISE SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA

ROUTE PERSON WITH OBESITY AND DIABETES IN TO ACCESS YOUR CARE: AN ANALYSIS OF BARIATRIC SURGERY

RUTA DE LA PERSONA CON OBESIDAD Y DIABETES PARA ACCEDER A TU TRATAMIENTO: UM ANÁLISIS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Moara Monteiro Sant’Helena⁶

Betina Hörner Schindwein Meirelles⁷

RESUMO

Estudo de caso, de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi analisar o percurso das pessoas com obesidade e diabetes no acesso ao tratamento da obesidade em um serviço especializado de Florianópolis. O cenário foi um hospital universitário, público, no Sul do País. Participaram desse estudo quinze pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica na instituição pesquisada nos anos de 2011, 2012 e 2013. Os dados foram coletados de abril a junho de 2016, por meio de análise documental em prontuários médicos, documentos ministeriais e entrevistas em profundidade. A partir da triangulação, os dados foram analisados por uma proposta operativa. Os resultados evidenciaram que a grande maioria das pessoas chega ao serviço especializado

⁶ Assistente Social. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Florianópolis/SC. Email: moara15@hotmail.com.br

⁷ Doutora. Professora Adjunta do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Florianópolis/SC. Email: betinahsm@ig.com.br

referenciado pela Atenção Básica em busca da melhora da saúde, no entanto, não realizaram previamente outra medida terapêutica com a intenção de reverter o quadro da obesidade. Com a cirurgia bariátrica ocorrem mudanças positivas e negativas, que interferem na vida social, na autoestima, na (re)inserção ao mundo do trabalho e à novas perspectivas, assim também como em novas demandas. É necessário para o tratamento da obesidade o envolvimento de uma equipe capacitada e articulada com a rede de serviços, estabelecimentos de saúde com suporte profissional e material e o reconhecimento dessa demanda como um problema de saúde pública, sem desqualificar a importância de um usuário do serviço de saúde empoderado do seu processo saúde/doença.

Descritores: Obesidade, Diabetes, Cirurgia Bariátrica, Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

Case study of qualitative approach, whose objective was to analyze the route of people with obesity and diabetes in access to treatment of obesity in a specialized service of Florianopolis. The scenario was a public university hospital in the south of the country. Participating in this study people who underwent bariatric surgery at the institution studied in the years 2011, 2012 and 2013. Data were collected from April to June 2016, through document analysis in medical records, ministerial documents and in-depth interviews. From the triangulation, the data were analyzed by an operative proposal. The results showed that the vast majority of people comes to specialized service referenced by the Primary Care in search of better health, however, not previously held another therapeutic measure intended to reverse the obesity chart. With bariatric surgery occur positive and negative changes that affect the social life, self-esteem, the (re) integration into the labor market and new perspectives, so as new demands. It is necessary for the treatment of obesity involvement of a skilled and coordinated team with network services, health facilities with professional and material support and recognition of this demand as a public health problem, without disqualifying the importance of a service user of empowered health of your health / disease process.

Keywords: Obesity, Diabetes, Bariatric Surgery, Health Care.

RESUMEN

Estudio de caso de enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue analizar la ruta de las personas con obesidad y diabetes en el acceso al tratamiento de la obesidad en un servicio especializado de Florianópolis. El escenario era un hospital universitario público en el sur del país. La participación en este estudio las personas que se sometieron a cirugía bariátrica en la institución estudiada en los años 2011, 2012 y 2013. Los datos se recogieron entre abril y junio de 2016, a través del análisis de documentos en los registros médicos, documentos ministeriales y entrevistas en profundidad. A partir de la triangulación, los datos se analizaron mediante una propuesta operativa. Los resultados mostraron que la gran mayoría de las personas trata de servicio especializado referencia la atención primaria en busca de una mejor salud, sin embargo, no ocupado anteriormente otra medida terapéutica destinada a revertir la tabla de la obesidad. Con la cirugía bariátrica producirse cambios positivos y negativos que afectan a la vida social, la autoestima, la (re) integración en el mercado de trabajo y nuevas perspectivas, así como las nuevas demandas. Es necesario para el tratamiento de la obesidad participación de un equipo de expertos y coordinada con los servicios de red, servicios de salud con apoyo profesional y el material y el reconocimiento de esta demanda como un problema de salud pública, sin descalificar la importancia de un usuario de servicios facultada de salud de su proceso de salud / enfermedad.

Descritores: Obesidade, Diabetes, Cirurgia bariátrica, Cuidado de la salud.

INTRODUÇÃO

A obesidade encontra-se em aumento crescente nos últimos anos e está sendo considerada um dos grandes problemas de saúde da atualidade. No Brasil, a doença tem ganhado destaque por agravar ou provocar diversas doenças ainda na fase infantojuvenil ou até no processo de envelhecimento (IZIDORIO; LIMA, 2012).

Diante da complexidade que envolve sua etiologia, a doença da

obesidade atinge indivíduos sem distinção de classe social, cultura ou nacionalidade. Segundo um levantamento realizado pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) da Universidade de Washington, Seattle, sobre o número de indivíduos com obesidade e sobrepeso em 188 países, de 1980 a 2013, apontou que no início da década de 1980 essas condições de saúde atingiam cerca de 875 milhões de pessoas em todo mundo, e em 2013, esse número chegou a 2,1 bilhões. A variação nesse período de tempo de indivíduos com sobrepeso e obesidade foi de 28.8% a 36.9% para os homens, e de 29.8% a 38% para as mulheres. Recentemente, o Brasil encontra-se em 5º lugar no ranking com mais pessoas acima do peso (NG, et al., 2013).

A obesidade e diabetes mellitus tipo 2 (DM2) possuem uma associação bem definida. Em cada aumento de 10% no peso corporal, há um aumento de 2 mg/dL na glicemia em jejum. A concentração de gordura, principalmente na região abdominal, cresce o risco em 10 vezes de desenvolver DM2. O aumento crescente de indivíduos acometidos de DM2 tem gerado atenção quanto à temática. Estima-se que aproximadamente 150 milhões de pessoas no mundo sofram de DM2, com aumento para aproximadamente 300 milhões em 2025. Em torno de 90% dos indivíduos com DM2 encontram-se acima do peso ou já com obesidades (VARASCHIM, et al., 2012).

A epidemia da obesidade é classificada com determinada atenção por ser duplamente danosa, é uma doença e fator de risco para inúmeras outras doenças. Regularmente a obesidade consegue ser revertida com o gasto energético em atividades físicas ou com a realização de dietas, no entanto, tem-se visto, em muitos casos, que essas condutas não têm apresentado efeito, desta maneira a cirurgia bariátrica apresenta-se como uma boa alternativa para o tratamento da obesidade já que tem demonstrado sucesso em grande quantidade dos casos (SCHERER, et al., 2014).

A cirurgia bariátrica é parte do tratamento da obesidade e para alcançar seu objetivo depende de inúmeros fatores, como a adesão do usuário ao tratamento pré-operatório e após o procedimento, mudanças de hábitos alimentares, prática de exercícios físicos quando possível, acompanhamento com a equipe na fase pós-operatória, entre outros. São fatores considerados pontos de risco para o (in)sucesso do tratamento (SCHERER, et al., 2014).

Nesse contexto, ganha importância compreender o caminho que a pessoa com obesidade percorre para garantir o acesso ao seu tratamento de saúde, conhecer as potencialidades e as fragilidades que

podem ajudar a estruturar e fortalecer o sistema de saúde, tendo em vista a garantia da integralidade em saúde. Diante disso, emergiu a questão de investigação: como ocorre o percurso da pessoa com obesidade e diabetes no acesso ao tratamento da obesidade?

Com a questão norteadora, desenvolveu-se o estudo cujo objetivo foi analisar o percurso da pessoa com obesidade e diabetes no acesso ao tratamento da obesidade em um serviço especializado de Florianópolis.

MÉTOD

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa com o intuito de investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de mundo real (YIN, 2015).

A pesquisa qualitativa torna-se adequada quando for tratar de questões relativas ao coletivo, especialmente quando é relacionado à perspectiva dos entrevistados sobre um assunto específico e, mais particularmente, dos pacientes sobre sua doença e as implicações desta condição na vida cotidiana. Os participantes da pesquisa são indivíduos de diversas condições sociais, de determinados grupos sociais, com suas crenças, valores e significados; o objeto é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (FIGUEIREDO, et al., 2013).

O cenário foi um hospital universitário, público, de grande porte, situado em um Estado da Região Sul do País. A escolha pelo lócus da pesquisa foi delimitada pelo fato da instituição de saúde ser referência para o procedimento da cirurgia bariátrica na região.

Por se tratar de um estudo de caso, envolvendo múltiplos métodos de coleta, os participantes do estudo, os quais fizeram parte das entrevistas realizadas, foram quinze usuários, que realizaram a cirurgia bariátrica no Serviço Especializado no período mínimo de dois anos atrás, com o intuito de poder analisar a trajetória do indivíduo ao serviço desde sua chegada na Atenção Especializada até o devido retorno do usuário ao serviço de origem. Os dois anos mínimos de exigência para participação da pesquisa condiz com o período mínimo que o usuário encontra-se em acompanhamento pós-operatório na instituição especializada. A seleção dos participantes levou em consideração alguns critérios, como residir no município pesquisado e apresentar a condição clínica de obesidade e diabetes melittus no período da cirurgia. No decorrer da pesquisa, viu-se a necessidade da inclusão de mais um ano

de cirurgias na pesquisa; com o objetivo de aumentar o número de participantes, totalizando assim os anos 2011, 2012 e 2013.

A coleta de dados deu-se no período de abril a junho de 2016. Foi realizado, primeiramente, contato com a equipe de cirurgia bariátrica do Serviço Especializado para obtenção da autorização para ter acesso à listagem de usuários submetidos ao procedimento da cirurgia bariátrica. Na etapa subsequente foi realizado uma análise documental; a qual propõe-se a extrair informações dos documentos analisados, a fim de compreender um fenômeno (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2016); essa etapa, foi realizada, em um período de aproximadamente trinta dias, com a observação detalhada dos registros médicos dos indivíduos, contidos no documento fornecido pelo Serviço Especializado, além das normativas, portarias e documentos ministeriais que envolvessem a temática em debate.

Após a análise documental, iniciaram-se as entrevistas, onde se propõem que “deve existir flexibilidade na sequência da apresentação das perguntas ao entrevistado e o entrevistador pode realizar perguntas complementares para entender melhor o fenômeno em pauta” (MANZINI, 2012, p. 156). Foi utilizado um instrumento, contendo perguntas abertas e fechadas, com foco no percurso que o indivíduo realizou para acessar o tratamento da obesidade, medidas terapêuticas prévias, rede de apoio, acompanhamento pré e pós-operatório, implementação de novos hábitos, sendo que, esses temas estavam diretamente relacionados à trajetória do usuário. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e digitadas em arquivo Word, armazenadas em arquivos e dispositivos eletrônicos.

A análise dos dados deu-se por meio de uma proposta operativa que, segundo Minayo (2013) tem sua atenção direcionada para o conteúdo manifesto, suas regularidades e significações. Considera-se ainda, os sentidos semânticos que possuem relação com os significantes do discurso e os sentidos sociológicos, assim como as variáveis psicossociais, contexto cultural e o processo de produção da mensagem. A operacionalização dos dados ocorreu em dois momentos, em que o último compreendeu três fases.

O primeiro momento se concretizou pelo mapeamento da fase exploratória da investigação, considerando o contexto sócio-histórico vivenciado. O momento seguinte, diz respeito à fase interpretativa, que desenvolveu-se por meio de três etapas, sendo elas:

- 1ª fase: A organização dos dados, por meio dos registros documentais e a realização das entrevistas. Integra-se nessa fase, a

transcrição das gravações, a releitura de material e a organização dos relatos. A organização dos relatos obedeceu à ordem de realização das entrevistas, após a gravação em áudio, elas foram transcritas e identificadas por códigos.

- 2ª Fase: A classificação dos dados foi realizada através da leitura transversal, sendo possível captar as ideias norteadoras dos conteúdos, possibilitando a separação do material por “unidades”, e agrupando as semelhantes nas mesmas “temáticas”, estabelecendo relações entre elas.

Após a primeira classificação, foram reagrupadas todas as unidades de sentido que levaram a formulação de três categorias, intituladas: Percurso no acesso à saúde; Repercussões pós cirurgia no viver; e Vinculação com o Serviço de Atenção Especializada.

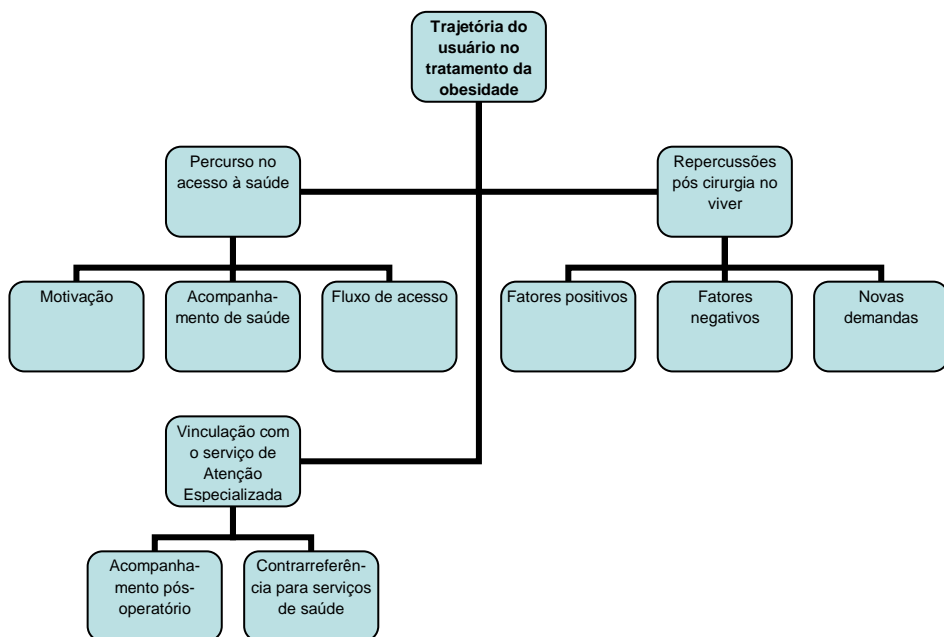
- 3ª Fase: Constituiu a análise final, em que foi considerado o movimento entre os dados empíricos e teóricos, com o intuito de compreender o fenômeno em estudo. Diante disso, interpretou-se as informações contidas nas múltiplas fontes de evidência, utilizadas na coleta de dados; visando estudar o caso sob os mais variados ângulos.

Nos princípios éticos da pesquisa foi seguida a Resolução CNS/MS nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), segundo parecer nº 1.450.701/2016. Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A fim de manter a confidencialidade e sigilo, os entrevistados receberam números no decorrer do texto. Os dados serão guardados em local seguro, por cinco anos, pelas pesquisadoras.

RESULTADOS

Na busca pela identificação do percurso que o indivíduo executa para acessar o tratamento da obesidade e dar resolutividade as suas demandas, emergiram três categorias intituladas: Percurso no acesso à saúde, Repercussões pós cirurgia no viver e Vinculação com o serviço de Atenção Especializada, as quais estão esquematizadas na Figura 6.

Figura 6 – Trajetória do usuário no tratamento da obesidade



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

Para facilitar a caracterização dos entrevistados elaborou-se a tabela 4, apresentada a seguir, com dados de identificação e condições de saúde consideradas relevantes para o estudo.

Tabela 4 – Reconhecimento dos usuários entrevistados

	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda da família
U1	F	55	Ens. Fundamental Completo	Auxiliar de serviços gerais	5
U2	F	40	Ens. Superior Incompleto	Servente	3,5
U3	F	51	Ens. Médio Completo	Técnica de enfermagem	5
U4	F	35	Ens. Médio Completo	Desempregada	1,5
U5	F	36	Ens. Médio Incompleto	Manicure	4
U6	F	50	Ens. Médio Completo	Auxiliar educacional	1,5
U7	F	51	Ens. Médio Incompleto	Faxineira	3
U8	F	62	Ens. Médio Completo	Aposentada	2
U9	M	26	Ens. Médio Completo	Do lar	3,5
U10	F	51	Ens. Médio Completo	Do lar	1,5
U11	M	45	Ens. Médio Incompleto	Técnico em eletricidade	3,5

U12	M	57	Ens. Médio Completo	Comerciante	4,5
U13	F	66	Ens. Médio Completo	Aposentada	5
U14	F	38	Ens. Médio Completo	Agente de saúde	3
U15	F	59	Ens. Médio Completo	Vendedora	2,5

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

Observa-se a forte presença do sexo feminino em usuários que realizaram a cirurgia bariátrica, além da predominância da formação ser de nível médio. Há uma grande variação etária e a renda familiar oscila de 1,5 a 5 salários mínimos. Essas informações são fatores que remetem à discussão sobre as condições de acesso e a continuidade ao tratamento de saúde.

Quadro 3 - Condição de saúde dos usuários

	Diagnóstico	Tempo pós cirurgia	Peso pré-operatório	IMC pré-operatório
U1	Obesidade/ HAS/ DM	3 anos e 4 meses	125,9kg	49,2
U2	Obesidade/ HAS/DM/ Depressão	4 anos e 2 meses	103kg	43,4
U3	Obesidade/ HAS/ DM	2 anos e 11 meses	107,9kg	38,26
U4	Obesidade/ DM/ HAS	4 anos e 10 meses	153kg	62,19

U5	Obesidade/DM/HAS	2 anos e 11 meses	157kg	53
U6	Obesidade/ HAS/ DM/ Anemia	4 anos e 3 meses	132kg	53
U7	Obesidade/ HAS/ DM	4 anos e 7 meses	125kg	45
U8	Obesidade/HAS/DM	4 anos e 10 meses	99kg	40,18
U9	Obesidade/HAS/ DM/ Apnéia do sono	5 anos e 3 meses	160kg	48
U10	Obesidade/ HAS/ DM	3 anos e 6 meses	133kg	46,8
U11	Obesidade/ DM/ Disfunção erétil	3 anos e 2 meses	144kg	42,9
U12	Obesidade/ HAS/ DM	4 anos e 5 meses	133kg	43
U13	Obesidade/ DM/ Hipotireoidismo	4 anos	110kg	41,5
U14	Obesidade/DM/HAS	4 anos e 5 meses	108kg	40
U15	Obesidade/ HAS/ DM/ Hipotireoidismo	4 anos e 9 meses	111kg	46,4

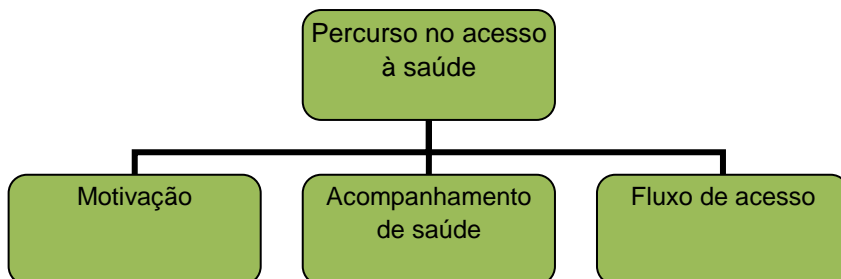
Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

Destaca-se com o quadro 4, a condição de saúde e o diagnóstico dos usuários anteriormente a realização da cirurgia bariátrica. Pode-se observar que a obesidade e o diabetes mellitus vem sempre acompanhados de mais uma doença, na maioria dos casos, outra

doença crônica. Com exceção de uma entrevistada, todos os demais apresentam o Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40kg/m^2 , seguindo o protocolo da cirurgia bariátrica. Ressalta-se que o protocolo abre condicionantes para cirurgias com $\text{IMC} > 35\text{kg/m}^2$, no entanto, ainda assim a entrevistada já apresentava agravo de saúde e vivenciava as dificuldades das doenças crônicas.

O percurso no acesso à saúde

Figura 7 – Percurso ao tratamento de saúde da obesidade



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

No caminho percorrido dos indivíduos com obesidade e diabetes ao tratamento de saúde, ressalta-se a vinculação com os serviços de saúde, em especial com a Unidade Básica de Saúde (UBS). Por meio da análise documental, teve-se conhecimento da necessidade de acompanhamento de saúde prévio, com o intuito de reverter o quadro ou mesmo estabilizá-lo, deixando como último recurso a realização da cirurgia bariátrica. No entanto, a partir dos entrevistados percebeu-se que somente metade deles realizaram o acompanhamento na tentativa da reversão da condição de saúde com outras medidas terapêuticas, como dieta, medicamentos, atividade física e reeducação alimentar; os demais entrevistados foram encaminhados à Atenção Especializada diante da situação de saúde, sem outras opções.

Aqui em Florianópolis nunca me deram remédio, eu fui pra zumba, fui para yoga e nada revertia. Eu acho que fiquei uns 2 anos fazendo as

tentativas para emagrecer, mais não conseguia, aí foi quando o clínico me encaminhou para o Hospital Celso Ramos para a cirurgia, e do Celso Ramos me encaminharam para o HU. Foi uma sugestão do médico a cirurgia, ele disse pra mim “a única solução para a senhora melhorar bem”, porque eu tinha reumatismo, artrose, artrite, e ele disse que pra mim ficar bem, eu teria que fazer a cirurgia (U13).

Eu fazia tratamento no posto de saúde do Carianos, eu fiz dieta, exercício, tomei medicamento e tudo. Aí a doutora viu que eu já tinha feito de tudo e ela me encaminhou para o HU (U3).

Eu que procurei... eu procurei a endócrino do postinho. O médico geral conseguiu uma consulta com a endócrino e a partir daí eu fui encaminhada. Não fazia acompanhamento antes da cirurgia (U2).

Diante do contexto de encaminhamentos na rede de serviços de saúde, nos deparamos com o fluxo de acesso dos usuários à Atenção Especializada, onde com as entrevistas aponta-se uma diferenciação quanto ao acesso ao serviço de cirurgia bariátrica. Comparando com o fluxo proposto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), observou-se que 12 usuários iniciaram sua trajetória de modo a percorrer os serviços nessa perspectiva, na qual, após atendimento com médico da unidade básica, foram encaminhadas à equipe de atendimento especializada por meio de agendamento regulado pela central estadual de marcação de consultas, que distribui os agendamentos conforme o fluxo.

Além dos agendamentos efetuados a partir do atendimento com os profissionais da UBS, uma usuária relatou seu encaminhado para o Hospital Celso Ramos, e pelo cancelamento de cirurgias, foi referenciada para a instituição hospitalar pesquisada. Ainda verificou-se acesso por contato interno no serviço especializado e outro fluxo por meio de marcação no próprio serviço hospitalar.

Eu vim aqui no HU. Eu consegui uma consulta com médico e aí fui falando, e ele me deu o

encaminhamento. Eu conhecia alguém que trabalhava aqui que conseguiu a consulta pra mim (U15).

Eu sempre tentei dieta e eles viram que volta e meia eu estava lá no posto por conta da conjuntura, medindo pressão e pegando remédio. A Dra. já me conhecia, eu expliquei a situação, e dentro de uns 3,4 meses eu fui encaminhado (U11).

Todos os entrevistados mencionam como motivação para a realização do procedimento cirúrgico a questão com a saúde; o agravamento das comorbidades; o cuidado com a saúde; o medo com as consequências das doenças crônicas; o risco de vida acentuado com o quadro de saúde; a perda de membros pelo diabetes; e a estética. Em consonância, com a análise realizada nos prontuários médicos, é fator marcante a condição de saúde como elemento impulsionador para que os usuários procurem tratamento de saúde e aceitem as condições e mudanças necessárias exigidas para a obtenção de resultados a partir da cirurgia bariátrica.

Eu, quando tinha 50 anos, quando entrei na menopausa, fiquei diabética e achei muito ruim ser diabética, tinha muito medo da paralisação dos rins, de ter que ficar presa a uma máquina, fazer hemodiálise, sabe... E foi uma diabetes, que quando apareceu ela estava em 500, de uma hora para outra e bem alta, quase que o médico do posto me baixou no hospital, mas enfim conseguiu controlar em casa e é uma coisa familiar, meu pai tinha diabetes, meu bisavô morreu disso, a minha mãe não tinha, mas os irmãos dela tinham, então, diabetes é uma assassina silenciosa (U8).

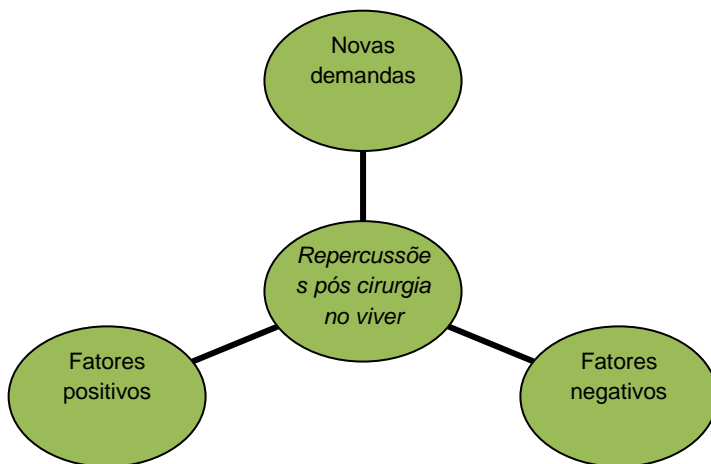
Fiz a cirurgia pelas doenças crônicas e o excesso de peso. Eu tinha diabetes e pressão alta, tomava medicamento para os dois. Hoje eu só uso glifage 1x dia mais to esperando a endocrinologia me liberar [...] a diabetes complicou e eu ia perder as duas pernas, agora tu imagina uma pessoa de 150kg em uma cadeira de rodas e também porque

a vida estava bem difícil, para o gordo nada funciona (U11).

É que eu tava com 170kg e estava com 370 de diabetes, eu estava perto de morrer, eu tinha até apnéia do sono, era desesperador.. eu acordava de manhã e não estava conseguindo respirar. A pressão alta eu sempre tive, mas nada de grave, o pior mesmo era a diabetes e a apnéia. Eu não tomava medicamento nenhum, porque eu não tinha problema com diabetes, eu só descobri a diabetes por causa da cirurgia (U9).

As repercussões após a cirurgia no viver

Figura 8 – Repercussões após cirurgia bariátrica



Fonte:Elaboração da autora a partir dos dados coletados (2016).

A partir do relato dos entrevistados, viu-se que após o procedimento cirúrgico são inúmeras as mudanças na vida dessas pessoas, aspectos positivos e negativos, que refletem na reinserção social junto ao convívio com outras pessoas, no restabelecimento da autoestima, na mudança de hábitos, no surgimento de novas perspectivas de vida, mas trazem consigo novas demandas que precisam de atenção e resolução. A maioria dos usuários menciona efeitos positivos quanto à realização da cirurgia, ganhando destaque entre os

relatos a extinção dos medicamentos para as doenças crônicas, até então tão utilizadas; seguidos da melhora na saúde, a inserção no mercado de trabalho, o emagrecimento, a mobilidade física, a nova imagem corporal, o aumento da autoestima, a autonomia no cuidado com a saúde, novos hábitos alimentares, e a cura de algumas doenças crônicas.

A obesidade implica na vida em tudo, desde o fato de se abaixar para pegar alguma coisa, no andar tu já sente a tua respiração mais ofegante, na aparência tu não é bonito e dificilmente consegue algum relacionamento. O preconceito existe a todo instante, no ônibus dificilmente alguém senta do teu lado, aí quando tu olha, você sentado no ônibus já percebe que está ocupando dois lugares no banco, a catraca... quantas vezes já fiquei trancado nela. Psicologicamente isso influencia muito, por um lado o gordo é bonito porque ele sofre tanto que ele aprende a ter um bom coração, uma boa educação e eu aprendi muito, e quase todos os gordinhos que eu conheço tem um bom comportamento. Porém, as consequências é que é muito isolado, dificilmente consegue andar na rua normalmente, usam jaquetas ou qualquer outra coisa para tentar esconder a gordura, ou seja, a auto estima da pessoa é bem baixa (U9).

Então, eu era diabética, era hipertensa, andava de muleta porque tenho problema nos joelhos, eu cai no trabalho e torci o joelho e o tornozelo, eu pesava 96,5kg e o meu índice corporal era 38, mas fiz porque era diabética né, porque naquele tempo o índice ainda era 40. Pra mim foi um renovar, um nascer de novo a cirurgia, eu tomava remédio, tomava insulina, medicamentos de manhã, à tarde e à noite, sabe... E hoje eu não tomo mais nada, a não ser remédio para dor do joelho e hérnia de disco, tenho esses ai ai ai, mas hoje não uso mais muleta, porque emagreci né, um ano eu ainda usei muleta, mas hoje eu uso até salto (U8)

Fiz pela doença, eu estava muito gordo, não conseguia caminhar, tinha diabetes e pressão

alta. Eu já estava na insulina e hoje eu não tomo nenhum medicamento, nada, nem para pressão alta (U12).

Tabela 5 – Condições de saúde pós cirurgia: após 2 anos e em 2016.

	Peso pós-operatório - 2 anos	IMC pós-operatório - 2 anos	Peso pós-operatório - 2016	IMC pós-operatório - 2016	Glicemia 2016
U1	82 kg	32	83kg	32,4	103
U2	66kg	27,8	68kg	28,7	84
U3	80,7kg	28,6	80kg	28,3	85
U4	126kg	50,42	Sem acompanhamento/ Não sabe informar	-----	-----
U5	98kg	33,2	106kg	35,8	95
U6	63kg	25,30	70,5kg	28,3	82
U7	78kg	32,05	84kg	34,5	87
U8	55kg	22,35	60kg	24	100
U9	167kg	56,44	145kg	49,15	102
U10	84kg	35,4kg	90kg	38	101
U11	83,7kg	27,7	86kg	29	97
U12	85,5kg	27,6	91kg	29,5	99
U13	75kg	28,11	80kg	30,1	94

U14	83,8kg	31	96kg	36,6	98
U15	63,5kg	27,13	73kg	31	90

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em prontuários médicos e entrevistas (2016).

Observa-se na tabela acima as mudanças relacionadas à condição de saúde após 2 anos de cirurgia bariátrica e em respectivo tempo após a mesma, na data atual; percebemos fatores positivos em comparação com o contexto vivenciado na fase pré-operatória como a redução do IMC, a diminuição do peso e a predominância da normalidade da taxa glicêmica. Como visto, em 12 usuários há o aumento do peso, compreendendo o período do 2º ano pós cirúrgico ao período atual, o que pode suscitar discussões quanto a um aumento considerado normal, onde o corpo ainda encontra-se em adaptação, ou levantar questões quanto a um possível retorno do peso, ou ainda, a efetividade do acompanhamento pós-operatório e o compromisso do usuário com as mudanças de hábito.

Os fatores negativos da cirurgia bariátrica puderam ser percebidos nos relatos, através das complicações médicas que ocorreram como fístula, hérnia, alopecia, hemorragia, dificuldade de cicatrização e o agravamento do quadro de depressão, já anterior a cirurgia. Na análise em prontuário médico, foi observado que somente um dos entrevistados apresentava o diagnóstico de depressão, no entanto, na entrevista foram identificados vários casos, relatos dos próprios usuários. Percebeu-se ainda, que esses fatores vêm a se tornar demandas e que muitas vezes, cabe ao usuário criar estratégias para sua resolução, visto que os serviços de saúde necessários apresentam demora para serem acessados.

Confrontando esses relatos com a análise documental, sabe-se que estão instituídos serviços que venham a sanar futuras necessidades advindas do procedimento cirúrgico, no entanto deixa a critério da instituição hospitalar seu funcionamento, deixando o usuário e seu problema a mercê do protocolo de cada estabelecimento hospitalar. Diante dessa situação, foi visto na entrevista, fortes indagações do usuário (U12) quanto ao fluxo para acesso aos serviços de saúde, a burocracia envolvente, o descaso de algumas condições de saúde e a sugestão de mudanças que pudessem vir a contribuir dentro desse contexto de demandas e resoluções.

Tive hérnia depois, mas fiz no particular. Eu voltei com o cirurgião pra ver da cirurgia e da hérnia e ele me disse que ia me colocar na lista. Porque tem outra lista, que não é a da cirurgia bariátrica. Voltei ao trabalho e tinha aquela coisa pra fora, eu fiquei 6 meses na fila e nada de me chamarem, aí fui juntando um dinheirinho e fiz no particular, aí fiz hérnia e abdômen no particular. Mas até hoje não me chamaram, até tenho que ir lá para tirar meu nome da lista e dar a vaga para alguém que precise (U3).

Eu acho que se tu fez a cirurgia (bariátrica) tu deveria seguir dentro do hospital, entrando na fila do hospital (cirurgia plástica) e não ir ao posto de novo. Porque tu vê que há gente com a barriga assim de novo e está com intestino pra fora e foi ao posto e aguarda encaminhamento pra cá. Se eu preciso eu falo com Dr., eu tenho acesso, por conta do erro médico, mas nem todos tem (U12).

E, com o surgimento de um novo corpo notou-se a partir dos entrevistados que novas demandas fazem-se presentes. Foi relatada com grande ênfase a necessidade da cirurgia plástica, pelo excesso de pele após a redução do estômago; o reganho de peso, novas demandas emocionais e o alcoolismo.

Tendo como base a análise documental, que apresenta a oferta da assistência pós-operatória no sistema de saúde, vê-se relação com demandas que poderiam ser evitadas com a realização correta desse acompanhamento, fazendo uso das orientações profissionais e acessando os serviços conforme a necessidade. Para isso, no entanto, é necessário a compreensão da importância desse acompanhamento aos usuários, o que será abordado posteriormente.

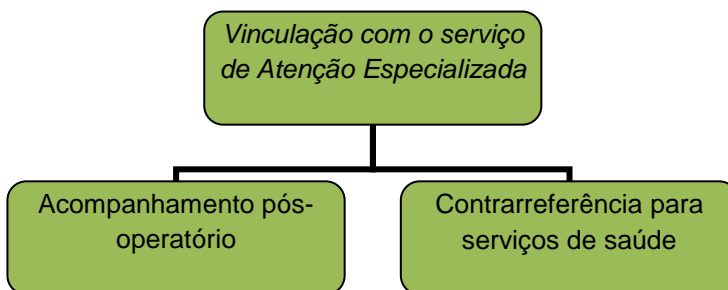
Não me lembro se foi a nutricionista ou foi a psicóloga, elas me encaminharam porque eu fiquei com problema de álcool. Aí elas me encaminharam, me pediram para eu ir no posto fazer o acompanhamento. Eu já fazia lá, aí eu parei e voltei, falei com a médica lá

e ela tá me ajudando muito, tomei álcool uma vez por mês só, mas eu já estava me tornando uma alcoólatra [...] eu quero me ajudar, eu quero sair dessa. Eu vou fazer 60 anos, depois dos 60 anos ficar assim não dá, eu tomava antes, mas não assim. Mas eu vou conseguir (U15).

Eu aumentei o peso porque eu tô muito ansiosa, porque eu tô tendo alguns problemas com a minha filha com depressão, por isso que eu vou retornar. No dia da minha consulta com a ginecologista, ela mesma disse “a senhora tá muito ansiosa, tá ganhando peso, conversa com os psicólogos que eles estão sempre de porta aberta” então por isso, eu to tentando retornar para os psicólogos (U14).

Vinculação com o serviço de Atenção Especializada

Figura 9 – Vinculação com o serviço especializado



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados (2016).

O vínculo estabelecido dos usuários com o serviço de Atenção Especializada foi um dos fatores de grande expressão. Observou-se com as entrevistas que dos 15 entrevistados, 3 não realizam mais acompanhamento pós-operatório na instituição, mencionam que abandonaram o acompanhamento após um ano de cirurgia por conta

própria, sem a liberação dos profissionais, por motivo de condições financeiras para o deslocamento até o serviço, por descaso próprio ou outras demandas da vida pessoal que acabaram desviando o foco da atenção à saúde.

A análise documental permitiu compreender que o sucesso da cirurgia não se encontra na realização do procedimento cirúrgico, e sim no contexto em que este se emprega. É de extrema importância que o usuário na fase pré-operatória já comece a desenvolver novos hábitos alimentares, tome consciência de sua situação de saúde e se torne o protagonista do seu processo saúde/doença. Com o procedimento cirúrgico, potencializa-se o emagrecimento, mas esse não é o final da trajetória, é ainda mais importante o cuidado e a atenção na fase pós-operatória para que não haja o retorno do peso e o desencadeamento de novas demandas. É essencial que o usuário permaneça em acompanhamento, inicialmente na Atenção Especializada e após na UBS, para o monitoramento das vitaminas, orientações profissionais e acesso a outros serviços conforme sua necessidade.

Os próprios médicos disseram que após a cirurgia eu teria que fazer acompanhamento nos próximos 2 anos, pra não ganhar o peso, pra não ter complicação, tem gente que bebia antes e nessa fase vira alcoólatra. Eu fiz o primeiro ano e não retornei, fiquei com o pedido para novos exames e acabei não fazendo. Eu te falo que to até com medo de voltar lá e eles brigaram comigo. Eu não cuspi no prato que comi. O psicólogo vira e mexe me liga pra aparecer no grupo lá, mas às vezes esqueço e às vezes não dá mesmo, é muita correria a minha vida. Eu sou muito agradecida a toda equipe do hospital e do posto de saúde, só tenho a agradecer mesmo, não tenho nada pra reclamar (U3).

Eu sempre tive dificuldades, o meu filho estuda à tarde, eu pago cartão de ônibus. Como eu sempre tô com uma dificuldade financeira, ir pra consulta é gastar, aí acabou que eu não fui mais. E hoje já estaria na época da alta. Eu fiquei consultando depois da cirurgia 1 ano e pouquinho, porque eu faltava na consulta, porque não tinha dinheiro para ir, aí eu não conseguia volta (retorno), depois acabei desistindo mesmo.

Depois quando eu conseguia, eu ia naquela reunião do pós-operatório que era na quinta-feira (U4).

É preconizado que a partir de certo período, conforme o protocolo institucional, em acompanhamento pós-operatório no serviço de Atenção Especializada, os usuários sejam contrarreferenciados para a unidade de saúde que os encaminhou, o fluxo ministerial referencia a UBS, ou para outros serviços de saúde conforme a necessidade. Viu-se com as entrevistas, que 10 usuários que já fazem uso do acompanhamento de saúde na UBS enquanto permanecem em acompanhamento na instituição hospitalar, desses 2 afirmam que acessam serviços que não se vinculam a cirurgia, e outros 2 relatam que só utilizam a UBS para a aplicação das vitaminas. Nota-se que a maioria desses entrevistados procurou a unidade básica por conta própria, seja para ter um acompanhamento mais regular ou mais próximo dos profissionais; poucos afirmam que os profissionais da Atenção Especializada solicitaram o acompanhamento concomitante na rede básica.

Ainda assim, observou-se que 3 usuários não possuem vinculação com a UBS, trazendo inúmeras barreiras existentes para o acesso ao serviço, como a falta de profissionais, a dificuldade de marcar consulta pelo horário, e o desconhecimento profissional quanto à cirurgia bariátrica. Foi observado em especial, nesses entrevistados, o forte vínculo com a instituição hospitalar, a imagem de excelência do serviço ofertado e o receio quanto a contrarreferência para a UBS.

No posto de saúde tu ia antigamente e marcava, e tu tinha atendimento dentro de alguns dias, 1 semana, se não tivesse urgência. Agora não, agora tu tem que ir lá na fila e ficar às 3h, 4h da manhã. Às vezes tu chega, te dão a ficha e te dão a notícia que a tua área não tem médico, não tem a doutora, a outra área não quer te atender ou quando atende te dá o remédio para resolver naquela hora, não te segue atendendo. E o meu acompanhamento aqui já está quase acabando, daqui a pouco faço 5 anos de

cirurgia, eu acho que deveria ter um acompanhamento maior [...] está muito difícil, ainda mais pra quem faz cirurgia de bariátrica, porque a nutricionista não tem uma orientação, se tem desconhecimento da cirurgia, e ela mesmo diz “você tem que procurar alguém que sabe”. Por isso eu frequento muito aqui (U12).

DISCUSSÃO

A obesidade é considerada um dos maiores problemas de saúde do mundo, e representa um importante fator de risco para diversas doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (MACHADO, et al., 2012).

O aumento do diabetes é percebido em todo o mundo, em 2012 havia 371 milhões de pessoas com diabetes no mundo. E projeta-se que, em 2030, cerca de 552 milhões de pessoas terão diabetes. O DM está entre um dos principais fatores de morbimortalidade, causando 4,8 milhões de mortes em 2012 (PEREIRA, et al., 2014).

Atualmente, a cirurgia bariátrica vem sendo o principal tratamento para a redução de peso e a melhora das comorbidades associadas à obesidade (FELIX, et al., 2012). A partir do procedimento cirúrgico notou-se que todos os entrevistados apresentaram melhora no controle da glicemia, somente 4 usuários demonstram pequena elevação quanto ao valor considerado de nível normal.

A grande eficiência do controle glicêmico obtido após cirurgia bariátrica tem aumentado o interesse no desenvolvimento de novas técnicas; além de tornar-se motivação, sendo proposta como opção para usuários com obesidade grau I ou não-obesos com DM2 mal controlada (CAMPOS, et al., 2013). A resolução do diabete acontece precocemente, antes mesmo que ocorra grande perda de peso (VARASCHIM, 2012).

A realização da cirurgia bariátrica é proposto nos casos em já houve diversas tentativas de perda de peso, por um período determinado, podendo ser: dietas, tratamento por meio de medicamentos, atividades físicas, mudanças de hábitos. É um procedimento que possui indicação quando todas as medidas

terapêuticas anteriores não foram significativas, sendo estão orientada pelo médico que acompanhou o processo de tratamento da obesidade (SBCBM, 2016).

Constatou-se que somente metade dos entrevistados, 7 indivíduos, realizaram o acompanhamento prévio a cirurgia, na tentativa da reversão da condição de saúde com outras medidas terapêuticas, como dieta, medicamentos, atividade física e reeducação alimentar. Esse acompanhamento é realizado na grande maioria dos casos na UBS, que tem como uma de suas premissas a prevenção e o agravamento de doenças.

A atenção básica atua organizando os fluxos e contrafluxos de pessoas para os demais níveis do sistema, não funcionando nos casos urgência de e emergência. Exerce atividades como a prevenção de doenças; o diagnóstico precoce e o tratamento de doenças agudas; e o controle e acompanhamento de doenças crônicas (REHEM, et al., 2012)

Nas situações em que a atenção básica não é resolutive, surge-se a necessidade da procura por outros serviços de saúde. A demanda por serviços hospitalares inclui casos com diagnósticos sensíveis e que merecem esse nível de atenção (REHEM, et al., 2012). Um aspecto importante a ser considerado diz respeito ao acesso dos indivíduos à cirurgia bariátrica, onde se apontou que mais da metade dos entrevistados, tiveram acesso ao serviço especializado a partir do encaminhamento do médico da UBS, conforme o fluxo previsto ministerialmente.

É interessante analisarmos como vivenciamos tempos paradoxais, onde constituíssem políticas públicas no combate a fome, concomitantemente em épocas que a população brasileira alcance números cada vez mais crescentes de sobrepeso e obesidade. A sociedade atual prega valores da busca do corpo escultural, buscando diversas alternativas estéticas para que o alcance, um verdadeiro culto ao corpo, sem a devida preocupação com um dos fatores dessa nova condição de saúde, a síndrome metabólica (BARROS, 2015).

As implicações do corpo obeso não se limitam apenas ao caráter estético, ainda assim a imagem corporal tem sido uma das motivações da procura pela cirurgia bariátrica, já que a sociedade atual dissemina cada vez mais a ideia da busca pelo corpo ideal tão propagado nas mídias sociais. A obesidade trás consigo dificuldades vivenciadas diariamente, citando a procura por trabalho e o acesso a vestuário, demandas sociais que acabam por refletir nos relacionamentos afetivos. Diante desse contexto, pode se afirmar que a cirurgia bariátrica proporciona à recuperação da autoestima, a

reintegração social, a melhoria nas relações afetivas e familiares. A demanda por cirurgias bariátricas engloba dessa maneira questões de saúde, emocionais e sociais (MARIANO, et al., 2014).

O estudo demonstrou que a grande motivação dos entrevistados para realizar o procedimento cirúrgico foram as questões relacionadas à saúde, incluindo o agravamento das comorbidades, a existência de risco de vida diante do quadro de saúde, o receio com as consequências das doenças crônicas e a questão estética. Pontua-se com destaque, os relatos de vivência do ser obeso e suas implicações na vida, como o preconceito cotidiano, as dificuldades de acessibilidade, as complicações de saúde, e o bloqueio nas relações sociais e afetivas.

Além de as pessoas com obesidade sofrerem com possíveis problemas de saúde, como a hipertensão, o diabetes, a dislipidemia, entre outras, há uma pressão significativa para que emagreçam a qualquer custo. A população composta por pessoas com obesidade vivencia dificuldades, principalmente envolvendo as relações sociais, como no processo de interação com as outras pessoas, compreendendo a forma como a sociedade entende o que seja o corpo belo (BAPTISTA, 2013).

A cirurgia bariátrica ganha enfoque a partir das entrevistas, onde os indivíduos trazem em cena as transformações ocorridas nas dimensões sociais da vida após o procedimento cirúrgico, englobado de fatores positivos, como a melhoria da saúde, o restabelecimento da autoestima, o fortalecimento dos vínculos sociais, mas emerge no mesmo contexto os fatores negativos, lembrados por novas demandas de saúde e emocionais, que se não tratadas com atenção podem interferir diretamente no sucesso do procedimento realizado.

A qualidade de vida é uma construção subjetiva, multidimensional e possui relação com o bem-estar pessoal, onde compreende aspectos como o estado de saúde, lazer, estilo de vida, satisfação pessoal. A cirurgia bariátrica aparece como melhoria para a qualidade de vida, ao diminuir os prejuízos psicossociais e de autoestima, facilitar a locomoção corporal e resolver ou evitar o agravamento de outras doenças (MORAES, et al., 2014).

A transformação do aspecto corporal após a cirurgia bariátrica melhora tanto a qualidade de vida que interfere diretamente na autoimagem corporal, na autoestima e no interesse sexual das usuárias. Porém há também, um outro lado, marcado pela insatisfação, especialmente em mulheres, oriundo do excesso de pele que se acumula após a cirurgia em partes corporais, decorrentes da perda de peso. Apesar de já estarem cientes previamente dessa nova condição, essas

usuárias tornam-se ainda mais preocupadas com a estética, e depositam na cirurgia reparadora a obtenção da autoimagem ideal (BARROQUEIRO, et al., 2012).

O preconceito na sociedade, as barreiras sociais, culturais e estruturais, a falta de informação adequada, são fatores que geram uma visão distorcida da condição da obesidade, tornando-se um problema difícil para quem vivencia. A grande maioria dos serviços de saúde apresentam fragilidades na atenção ao paciente com obesidade, como: falta de instalações adequadas, falta de equipes capacitadas, desconhecimento da doença, sistema de referência e contrarreferência ineficientes, preconceito com a condição da obesidade e superlotação nas instituições de saúde (BARROS, 2015).

O estudo demonstrou que apenas três dos entrevistados não permanecem realizando o acompanhamento ambulatorial com a equipe de cirurgia bariátrica, mas enfatizam que foram por escolhas próprias, sem a liberação dos profissionais.

Constatou-se por meio das entrevistas de que a contrarreferência não é uma ação profissional realizada com costume, mesmo quando as consultas tornam-se anuais, demonstrando a centralidade hospital, com isso questiona-se a efetiva integralidade. Desta forma, o usuário ao retornar à UBS, não terá seu histórico de saúde previamente compartilhado intersetorialmente, assim ao recebê-lo não terá ciência do seu estado de saúde, o que dificultará o acompanhamento e a garantia do atendimento integral à saúde do usuário.

A pessoa que realizará a cirurgia bariátrica necessita de uma adequada atuação de uma equipe multiprofissional, desde a fase pré-operatória quanto no pós-operatório, que realize a intervenção de maneira correta, com um tratamento apropriado, individual, conjugal ou familiar, compreendendo as orientações pertinentes ao procedimento e com isso apropriar o usuário do contexto vivenciado e as limitações do tratamento cirúrgico (MORAES, et al., 2014).

A integralidade pode ser compreendida a partir da dinâmica de referência e contrarreferência entre a atenção primária e a secundária e a terciária, assegurando a continuidade no processo de atenção e cuidado (SILVA, et al., 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) se baseia em uma atenção à saúde integrada em oposição à fragmentação na forma de especialidades e no reconhecimento das necessidades sociais de saúde dos indivíduos. Além disso, é orientada tendo em vista o atendimento a territórios específicos, e não situações de agravos, como é o caso da atenção

secundária e terciária; trazendo diversos casos e fatores para a atuação multiprofissional, transdisciplinar e intersetorial; e pode configurar-se como um espaço de diálogos composto por trocas intersubjetivas e promovendo a comunicação e a construção de redes (AYRES, et al., 2012).

A cirurgia bariátrica traz muitas transformações na vida das pessoas com obesidade por isso o acompanhamento é importante para a adaptação e para adesão ao tratamento (MORAES, et al., 2014).

E assim percebe-se por meio das respostas das entrevistadas que a realização da cirurgia bariátrica foi um ganho para a saúde, tendo a obesidade anteriormente como fator de dificuldades e sofrimento. Ainda assim, ressalta-se a importância de um atendimento de qualidade, no qual o profissional percebe o usuário de maneira integral, compreendendo as dimensões que permeiam a vida do usuário, suas necessidades e dificuldade, que acaba por implicar diretamente na adesão do usuário ao acompanhamento e nos resultados esperados.

O princípio da integralidade no SUS reconhece as necessidades de cada pessoa e sua complexidade, evidenciando com isso que o direito à saúde não está limitado a uma “cesta-básica” de serviços, mas que possui o dever de ofertar o essencial para um cuidado à saúde com dignidade (SILVA-BRITO, et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi identificado que a grande motivação que sensibiliza os indivíduos em busca do procedimento cirúrgico é a condição de saúde, entrelaçam-se nesse contexto limitações, sofrimentos e esperanças. Vinculam-se ao acesso ao tratamento de saúde, os acompanhamentos profissionais e a organização da assistência prestada nos serviços.

Diante desse contexto, compreendemos que a procura pelo tratamento cirúrgico está atrelado à falta do prévio acompanhamento de saúde realizado na UBS, tardio talvez; propondo assim, qualificações profissionais e ações de promoção e prevenção no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada e garantir ao indivíduo o devido tratamento, baseado em diversas medidas terapêuticas, orientações e apoio profissional.

As repercussões na autoestima, na condição de saúde, nas relações familiares, sociais e afetivas, ficou bastante evidente, frente à ênfase dos problemas vivenciados anteriormente a cirurgia. Isso evidencia que o procedimento cirúrgico tem se apresentado como uma

boa alternativa de tratamento, sendo considerada a “tábua de salvação” em alguns casos. Partindo dessa premissa, se tem a ideia de que o procedimento cirúrgico apresenta somente fatores positivos, no entanto, foi visto que a partir da cirurgia novas demandas surgem: físicas e emocionais; e cabe ao sistema de saúde se organizar para responder frente às novas questões.

Assim, para o tratamento da obesidade faz-se necessário o envolvimento de uma equipe capacitada, um estabelecimento com infraestrutura e o reconhecimento dessa demanda como um problema de saúde pública. Percebeu-se que há centralidade hospitalar na fase pós-operatória da cirurgia bariátrica, a cargo de que os profissionais não efetuam como rotina a contrarreferência para acompanhamento nos demais serviços de saúde. A obesidade por ser uma doença complexa em si, gera complexidade ao fato de ser obeso, no processo saúde/doença e nas relações que o cercam, sendo assim merece atenção e a devida preocupação.

Almeja-se que esse estudo amplie o esclarecimento acerca do caminho percorrido para acessar o tratamento da cirurgia bariátrica, e com isso estimular os profissionais de saúde a atingirem excelência em suas ações e, assim proporcionarem uma assistência de qualidade, e, com isso oportunizar ao indivíduo a resolução de sua demanda de maneira clara e efetiva. Além de clarear aos usuários do sistema de saúde, que é preciso explorar as potencialidades dos serviços, tornar-se protagonista do seu processo de saúde e assim, ter conhecimento de seu itinerário terapêutico.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo,SP, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar. 2012.

BARROQUEIRO, R. et al. Função sexual feminina, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica. *Rev. Ciênc. Saúde*, Porto Alegre, RS, v.14, n. 1, p. 60-67, jan./jun, 2012.

BARROS, F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde? (Parte I). *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, RJ, v.42, n.2, p.69, 2015.

BAPTISTA, T. A obesidade e a indústria do emagrecimento. *ComCiência*, [online], Campinas, SP, n.145, pp. 0-0, fev., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução CNS/MS nº 466 de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 de out. 2015.

CAMPOS, J. et al. Cirurgia metabólica, ganho de peso e recidiva do diabetes. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.*, São Paulo, SP, v.26. p.57-62, 2013.

FELIX, L.; SOARES, M.; NÓBREGA, M. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v.65, n.1, p.83-91, jan./fev., 2012.

FIGUEIREDO, M.; CHIARI, B.; GOULART, B. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualitativa. *Distúrb. Comum.*, São Paulo, SP, v. 25, n. 1, abril, p. 129-136, 2013.

IZIDORIO, R.; LIMA, T. Serviço Social e Programa de Cirurgia Bariátrica: sistematizações iniciais. *Argumentum*, Vitória, ES, v. 4, n.2, p.145-160, jul./dez., 2012.

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D.L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de Investigaciones Unad*, Bogotá, Colombia, v.15, p. 1-19, 2016.

MACHADO, S. et al. Correlação entre o índice de massa corporal e indicadores antropométricos de obesidade abdominal em portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, Fortaleza, CE, v.25, n.4, p.512-520, out./dez., 2012.

MANZINI, E. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um Programa de Pós-graduação em Educação. *Revista Percurso*, Maringá, PR, v. 4, n. 2, p.149- 171, 2012.

MARIANO, M. et al. Cirurgia Bariátrica: repercussões na sexualidade da pessoa obesa. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, RJ, v.41,n.6, p.412-420, 2014.

MINAYO, M. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAES, J.; CAREGNATO, R.; SCHNEIDER, D. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, SP, v.27, n.2, p.157-64, 2014.

NG, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2013. *Rev. The Lancet*, v. 384, 2013.

PEREIRA, P.; ALFENAS, R.; ARAÚJO, R. O aleitamento materno influencia o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus na criança? Uma análise das evidências atuais. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.90, n.1, Porto Alegre, p.7-15, jan./fev., 2014.

REHEM, T.; CIOSAK, S.; EGRY, EM. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Hospital Geral de uma Microrregião de Saúde do Município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, SC, v.21, n.3, p.535-42, jul./set., 2012.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. *Tratamento Cirúrgico*. Disponível em: <<http://www.scbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/quem-pode-fazer/>>. Acesso em 14 de set. 2016.

SCHERER, P.; SANTOS, A.; BELLINI, M. *A cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) brasileiro: a importância da intersectorialidade das políticas públicas para o sucesso do tratamento da obesidade*. In: XXV Congresso de ALASS- CALASS 2014, 2014, Granada, Espanha. ACTAS CALASS 2014, p. 01-11, 2014.

SILVA, P. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, RJ, v.16, n.3, p.561- 568, jul./set.,2012.

SILVA-BRITO, K.; BEZERRA, A; TANAKA, O. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.16, n.40, p.249-59, jan./mar. 2012.

VARASCHIM, M. et al. Alterações dos parâmetros clínicos e laboratoriais em pacientes obesos com diabetes melito tipo 2 submetidos à derivação gastrojejunal em y de Roux sem anel. *Rev. Col. Bras. Cir.* Rio de Janeiro, RJ, v. 39, n.3,p. 178-182, 2012.

YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

5.3 MANUSCRITO II – O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO

O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO

THE PROCESS OF REFERENCE AND COUNTER-REFERENCE IN PEOPLE WITH DIABETES UNDERGOING SURGERY BARIATRIC IN A SPECIALIST SERVICE

EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LOS PERSONAS CON DIABETES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN SERVICIO ESPECIALIZADO

Moara Monteiro Sant'Helena⁸
Betina Hörner Schlindwein Meirelles⁹

RESUMO

Estudo de caso único, de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi analisar o processo de referência e contrarreferência de pessoas com obesidades e diabetes submetidos à cirurgia bariátrica em um serviço especializado. O cenário foi um hospital universitário, público, no Sul do País. Participaram do estudo, sete profissionais que atuam na equipe de cirurgia bariátrica da instituição pesquisada e quinze pessoas que realizaram o procedimento cirúrgico nos anos de 2011, 2012 e 2013. Os dados foram coletados de abril a junho de 2016, por meio de análise documental dos prontuários médicos, documentos ministeriais e entrevistas. A partir da triangulação, os dados foram analisados por uma proposta operativa. Os resultados demonstraram que o processo de referência e contrarreferência da cirurgia bariátrica está instituído oficialmente, no entanto, na prática é realizada à critério de cada profissional. Com o entendimento da importância da comunicação entre os serviços, muitas demandas de saúde poderiam ter resolutividade, com base no atendimento integral ofertado pelo sistema de saúde. Mostra-se relevante a padronização de processos e protocolos institucionais, visando uma nova prática profissional, com ações qualificadas e conscientes da necessidade da referência e da contrarreferência, objetivando ofertar ao indivíduo uma melhor assistência.

Descritores: Cirurgia Bariátrica, Diabetes Mellitus, Integralidade em saúde, Assistência integral a saúde.

⁸ Assistente Social. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Florianópolis/SC. Email: moara15@hotmail.com.br

⁹ Doutora. Professora Adjunta do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Florianópolis/SC. Email: betinahsm@ig.com.br

ABSTRACT

Study of one case, a qualitative approach, whose objective was to analyze the reference process and counter of people with obesity and diabetes who underwent bariatric surgery at a specialized service. The scenario was a public university hospital in the south of the country. Study participants were professionals working in bariatric surgery team research institution and people who underwent surgery in the years 2011, 2012 and 2013. Data were collected from April to June 2016, through documentary analysis of medical records, ministerial documents and interviews. From the triangulation, the data were analyzed by an operative proposal. The results showed that the reference process and counter-reference of bariatric surgery is officially set up, however, in practice the criterion is performed for each professional. With the understanding of the importance of communication between services, many health demands could have resolution, based on the comprehensive care offered by the health system. It is shown relevant standardization of processes and institutional protocols for a new professional practice with qualified and conscious actions of reference need and counter-reference, aiming to offer a better individual assistance.

Keywords: Bariatric Surgery, Diabetes Mellitus, Integrality on Health, Comprehensive Care Health.

RESUMEN

Estudio de un caso, un enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue analizar el proceso de referencia y contrarreferencia las personas con diabetes que se sometieron a cirugía bariátrica en un servicio especializado. El escenario era un hospital universitario público en el sur del país. Los participantes del estudio fueron los profesionales que trabajan en la institución de investigación bariátrica equipo de cirugía y las personas que se sometieron a cirugía en los años 2011, 2012 y 2013. Los datos se recogieron entre abril y junio de 2016, a través del análisis documental de los registros médicos, documentos ministeriales y entrevistas. A partir de la triangulación, los datos se analizaron mediante una propuesta operativa. Los resultados mostraron que el proceso de

referencia y contrarreferencia de la cirugía bariátrica se establece oficialmente, sin embargo, en la práctica el criterio se realiza para cada profesional. Con la comprensión de la importancia de la comunicación entre los servicios, muchas demandas de salud podrían tener resolución, basado en la atención integral que ofrece el sistema de salud. Se muestra de normalización pertinente de los procesos y protocolos institucionales para una nueva práctica profesional con acciones cualificados y conscientes de la necesidad de referencia y contrarreferencia, con el objetivo de ofrecer una mejor asistencia individual.

Descriptor: Cirugía Bariátrica, Diabetes Mellitus, Integridad de la Salud, Salud la Atención Integral.

INTRODUÇÃO

Cresce o número de pessoas com excesso de peso no país chegando a 52,5% dos brasileiros e a estimativa da população obesa atinge os 17,9%. Na região sul do país, o excesso de peso infantil na faixa etária de 5 a 9 anos somam 35,9%, enquanto que a faixa de 10 a 19 anos chega a 24,6%, e o excesso de peso em adultos atinge os 56%. As doenças crônicas respondem por 72% dos óbitos do país (ABESO, 2016). A obesidade é uma doença inflamatória, grave e complexa, e é hoje uma epidemia global fora de controle (AGUIAR; MANINI, 2013).

A obesidade é considerada atualmente um dos principais problemas de saúde, sendo um dos grandes fatores para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e doenças cardiovasculares (MACHADO, et al., 2012).

A preocupação com a obesidade ganha ainda mais destaque entre os portadores de DM2, já que apresentam um risco relativo de morte por eventos cardiovasculares três vezes maior do que a população em geral (MACHADO, et al., 2012).

As estratégias no tratamento para a obesidade continuam a se aprimorar, visto que as medidas terapêuticas utilizadas cotidianamente têm demonstrado limitação e por vezes não são perduráveis. Diante deste contexto, a cirurgia bariátrica ganha destaque, pela perda de peso e melhorias metabólicas significativas, demonstrando com isso ser um tratamento eficiente e com resultados de longo prazo (AZEVEDO; BRITO, 2012).

A coordenação do cuidado na atenção à saúde visa uma assistência ampliada ao usuário, e são necessários quatro elementos para a eficácia dos fluxos de referência: garantir a responsabilização; garantir apoio aos usuários; desenvolver relações entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); e proporcionar a interação pela via de sistemas de informação, dando ênfase ao sistema eletrônico, que permitam a troca de informações entre a ESF e a AAE. Além disso, é de extrema importância a existência de um instrumento de referência padronizado contendo o histórico de vida e de saúde do indivíduo (MENDES, 2012).

Conforme pesquisas realizadas constatam-se como um dos problemas de efetivação do sistema de saúde, a ausência de um mecanismo de comunicação e de integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) com os maiores níveis de complexidade do sistema (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Esse cenário torna relevante analisar e refletir como o sistema de saúde têm-se articulado no processo de referência e contrarreferência dos usuários submetidos à cirurgia bariátrica, tendo como foco a assistência prestada aos usuários durante todo o percurso no acesso a saúde.

A referência é representada pelo encaminhamento do usuário com necessidades de saúde para centros de atenção especializada e a contrarreferência é o fluxo contrário, ou seja, o retorno do usuário ao nível da atenção primária. O estabelecimento de métodos para facilitar esse fluxo é necessário para que se faça um atendimento integral (RODRIGUES, 2013).

O trabalho em saúde ocorre a partir fluxos, sejam políticos, comunicacionais, subjetivos, constituindo uma rede de relações que dá condições para desenvolver o cuidado. Assim sendo, o sistema de referência e contrarreferência compõe também esta rede de relações ao articular diversas unidades, a partir da organização dos encaminhamentos (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

No entanto, o sistema de saúde enfrenta dificuldades quando se constata a falta de integração entre seus diferentes níveis de atenção, o que impede algumas possibilidades de ações e intervenções em saúde. Este fato sinaliza para a necessidade de mudanças na organização e nas práticas assistenciais dos serviços.

A falta de melhor estruturação do processo de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde impossibilita a continuidade da atenção à saúde, em virtude de não haver a comunicação e articulação entre os diferentes níveis de complexidade, para a resolutividade das demandas dos usuários. Isso inclui a articulação entre

profissional e equipe, entre outras equipes e o compartilhamento de informações sobre o usuário (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

Nesse sentido, emergiu a seguinte questão de investigação: como ocorre o processo de referência e contrarreferência de usuários com obesidades e diabetes submetidos à cirurgia bariátrica em um serviço especializado?

Tal questão norteou esse estudo, cujo objetivo foi analisar o processo de referência e contrarreferência de pessoas com obesidades e diabetes submetidos à cirurgia bariátrica em um serviço especializado no município de Florianópolis.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo estudo de caso único, com o intuito de investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade no seu contexto de vida real (YIN, 2015). A pesquisa qualitativa faz a análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações, descrevendo o contexto e analisando-o diante do fenômeno estudado, gerando conhecimento de características específicas dos eventos em questão (MINAYO, 2013).

O cenário da pesquisa foi um hospital público, universitário, de grande porte, situado em um Estado da Região Sul do País. A escolha por tal contexto foi pelo fato da instituição de saúde ser referência na realização da cirurgia bariátrica para a região de delimitação do estudo.

Por se tratar de um estudo de caso, envolvendo múltiplos métodos de coleta, participaram do estudo quinze pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica e sete profissionais que atuam na equipe de cirurgia bariátrica no Serviço Especializado. A seleção dos participantes levou em consideração o fato dos usuários residirem no município pesquisado, apresentar a condição clínica de obesidade e diabetes melittus, e ter realizado a cirurgia a mais de dois anos. O estudo adotou o critério de tempo de dois anos, para contemplar a análise da trajetória do usuário no serviço, desde sua chegada na Atenção Especializada até o devido retorno do usuário ao serviço de origem, visto que dois anos é o período mínimo de acompanhamento pós-operatório segundo protocolo da instituição hospitalar. E quanto aos profissionais entrevistados os critérios levados em consideração foram ter vínculo profissional com a instituição de Atenção Especializada pesquisada e atuar na fase pré ou pós-operatória da cirurgia bariátrica.

No decorrer da pesquisa, viu-se a necessidade da inclusão de

mais um ano de cirurgia bariátrica a pesquisa, com a intenção de aumentar o número de entrevistados e assim obter mais dados para análise, totalizando os anos de 2011, 2012 e 2013.

A coleta de dados deu-se no período de abril a junho de 2016. Foi realizado, em primeiro lugar, contato com a equipe de cirurgia bariátrica do Serviço Especializado para obter autorização para acesso à listagem de pacientes submetidos ao procedimento da cirurgia bariátrica. Logo em seguida, foi realizada uma análise documental, que se propõe-se a extrair informações dos documentos analisados, a fim de compreender um fenômeno (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2016); e, nesse estudo, foi realizada em um período de aproximadamente trinta dias, com a observação detalhada dos registros médicos dos pacientes que realizaram o procedimento cirúrgico, assim como das portarias e normativas ministeriais relevantes da temática.

Após a análise documental, iniciaram-se as entrevistas, que tem como matéria prima a fala dos interlocutores e revelam suas ações, “são informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia” (MINAYO, 2013, p. 65). Utilizou-se um instrumento, contendo perguntas abertas e fechadas, com foco no processo de referência e contrarreferência dos usuários submetidos à cirurgia bariátrica. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e digitadas em arquivo Word, armazenadas em arquivos e dispositivos eletrônicos.

A análise dos dados deu-se por meio de uma proposta operativa que, segundo Minayo (2013), é operacionalizada em dois momentos, no qual o último compreende três fases. O primeiro momento efetiva-se pelo mapeamento da fase exploratória da investigação, constituindo-se no contexto sócio-histórico em questão e fundamental para análise. Essa etapa foi desenvolvida em três fases:

Na 1ª fase, ocorreu à ordenação dos dados por meio dos registros documentais e da realização das entrevistas. Assim, incluiu-se nesse momento a transcrição das gravações, a releitura de material e organização dos relatos.

Na 2ª fase, dá-se a classificação dos dados, por meio da leitura transversal onde consegue captar-se as ideias centrais. Assim, os dados são separados conforme “unidades” e reunidos pelas semelhanças nas mesmas “temáticas”, estabelecendo relações.

A partir da classificação, as unidades foram reagrupadas elaborando-se 2 categorias, intituladas: Importância da articulação dos serviços na referência e contrarreferência; e Estratégias de atuação do

serviço de Atenção Especializada.

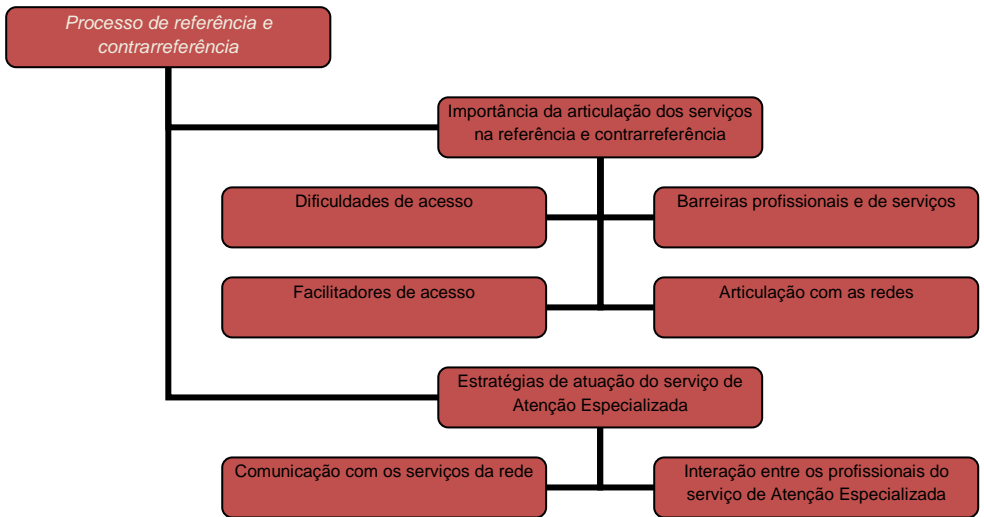
Na 3ª fase, constituiu a análise final, em que foi considerado o movimento entre os dados empíricos e teóricos, de modo a esclarecer o fenômeno em estudo. Foram interpretadas as informações contidas nas múltiplas fontes de evidência; utilizadas na coleta de dados, visando a estudar o caso sob os mais variados ângulos.

Os princípios éticos da pesquisa foram seguidos em todas as fases do estudo, de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que regulamenta a pesquisa, envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 1.450.701/2016. Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A fim de manter a confidencialidade e sigilo, os entrevistados receberam número no decorrer do texto. Os dados serão guardados em local seguro, por cinco anos, pelas pesquisadoras.

RESULTADOS

Para melhor compreender como ocorre o processo de referência e contrarreferência de pessoas com obesidade e diabetes submetidos a cirurgia bariátrica emergiram duas categorias intituladas: Importância da articulação dos serviços na referência e contrarreferência e Estratégias de atuação do serviço de Atenção Especializada, as quais estão esquematizadas na Figura 10.

Figura 10 – Processo de referência e contrarreferência



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

Para melhor caracterizar os entrevistados, profissionais e usuários, e assim facilitar a visualização do contexto da pesquisa, elaborou-se duas tabelas com alguns dados considerados interessantes para a análise.

Tabela 6 - Categorização dos usuários entrevistados

	Sexo	Idade	Bairro de Residência	Escolaridade	Ocupação	Renda da família
U1	F	55	Campeche	Ens. Fundamental Completo	Auxiliar de serviços gerais	5
U2	F	40	Vargem do Bom Jesus	Ens. Superior Incompleto	Servente	3,5
U3	F	51	Campeche	Ens. Médio Completo	Técnica de enfermagem	5
U4	F	35	Canasvieiras	Ens. Médio Completo	Desempregada	1,5
U5	F	36	Barra da Lagoa	Ens. Médio Incompleto	Manicure	4
U6	F	50	José Mendes	Ens. Médio Completo	Auxiliar educacional	1,5
U7	F	51	Tapera	Ens. Médio Incompleto	Faxineira	3
U8	F	62	Ingleses	Ens. Médio Completo	Aposentada	2
U9	M	26	Pantanal	Ens. Médio Completo	Do lar	3,5
U10	F	51	Tapera	Ens. Médio Completo	Do lar	1,5
U11	M	45	Capoeiras	Ens. Médio Incompleto	Técnico em eletricidade	3,5
U12	M	57	Rio Vermelho	Ens. Médio Completo	Comerciante	4,5
U13	F	66	Tapera	Ens. Médio Completo	Aposentada	5
U14	F	38	Ingleses	Ens. Médio Completo	Agente de saúde	3
U15	F	59	Centro	Ens. Médio Completo	Vendedora	2,5

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

Visualizou-se a partir das entrevistas a dominância de participantes do sexo feminino e a quase totalidade de usuários com formação no ensino médio. Suscitando indagações da predominância de mulheres à procura do procedimento cirúrgico em relação aos homens, ressalta-se as rendas familiares dos entrevistados com variação de 1,5 e 5 salários mínimos, o que permite constatar que a obesidade tem relação com as condições de vida impostas as classes menos favorecidas.

Tabela 7 - Categorização dos profissionais entrevistados

<i>Código de identificação</i>	<i>Formação</i>	<i>Pós-graduação</i>	<i>Há quanto tempo atua na Atenção Especializada</i>	<i>Tempo de atuação na equipe de cirurgia bariátrica</i>
PS1	Serviço Social	Mestrado	10 anos	2 anos
PS2	Cirurgia do aparelho digestivo	Especialização	2 anos	2 anos
PS3	Endocrinologia pós-operatório	Especialização	10 anos	7 anos
PS4	Endocrinologia pré-operatório	Doutorado	16 anos	4 anos
PS5	Farmácia	Especialização	6 anos	5 anos
PS6	Nutrição	Especialização	3 anos	3 anos
PS7	Psicologia	Mestrado	4 anos	4 anos

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

As entrevistas com os profissionais permitiram observar a variação de tempo de atuação profissional na Atenção Especializada, constando com profissionais antigos e outros mais recentes, além do período de trabalho na equipe de cirurgia bariátrica o que não apresenta grande disparidade. Todos os profissionais possuem especialização, ressaltando que ainda há profissionais em formação de mestrado e doutorado.

Quadro 4 - Dinâmica do acompanhamento pós-operatório

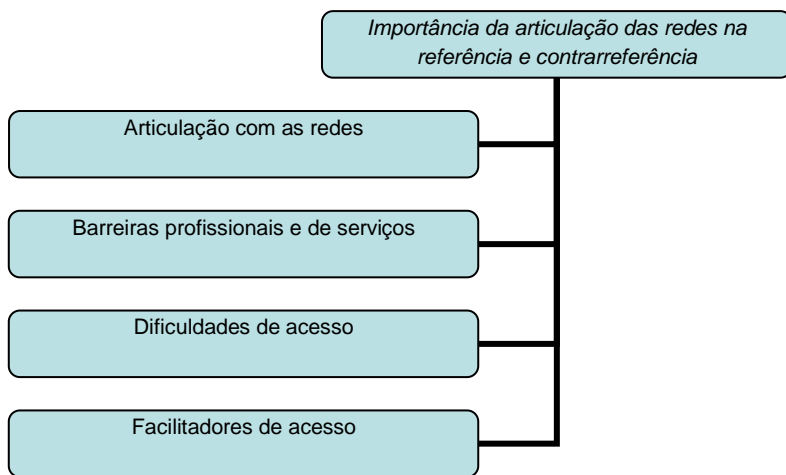
	Frequência das consultas	Via utilizada para o agendamento das consultas	Tempo de encerramento das consultas	Realiza contrarreferência para a rede de saúde
PS1	Atendimento por demanda	HU	Não tem prazo	Não
PS2	7 dias, 1 mês, 3 meses, 6 meses, 9 meses, 1 ano, 2 anos, 3 anos, 4 anos e 5 anos.	HU	5 anos	Sim
PS3	3 meses, 6 meses, 9 meses, 1 ano, 2 anos, 3 anos, 4 anos, 5 anos...	HU	Acompanhamento vitalício	Sim
PS4	1 mês e 6 meses	HU	6 meses	Não
PS5	7 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses, 1 ano, 2 anos	HU	2 anos	Sim
PS6	1 mês, 3 meses, 6 meses, 1 ano, 1 ano e 6 meses e 2 anos	Próprio profissional	2 anos	Sim

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

O quadro acima reflete a dinâmica de acompanhamento pós-operatório na Atenção Especializada, permitindo observar que cada profissional possui um protocolo de atendimento diferenciado, além de que aborda o tempo estipulado para o acompanhamento. Ressalta-se que o profissional com tempo de acompanhamento de 6 meses, atua na equipe em função de pesquisa de mestrado, esse período não demonstra o protocolo institucional.

A importância da articulação dos serviços na referência e contrarreferência

Figura 11 – Articulação dos serviços na referência e contrarreferência



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

As ações identificadas como articulações com os serviços da rede foram relatadas pelos entrevistados como a comunicação e o vínculo estabelecido entre o serviço de atenção especializada e as unidades básicas de saúde, o contato com a rede de proteção social, a relação com os serviços de saúde mental e a própria rede pessoal.

Os pacientes vem da atenção básica. Nem todos vem da atenção básica porque os que caem nos

ambulatórios da endócrino são matriculados no ambulatório da obesidade, mas as vagas que são destinadas para a atenção básica que é a porta de entrada oficial só vem da atenção básica mesmo (PS4).

O paciente é orientado a procurar a unidade básica de saúde, ele tem o relatório da cirurgia que ele fez, então ele não vai ficar com a gente eternamente. Encaminhamento físico é o relatório da cirurgia. Normalmente o paciente desses 5 anos também vai na unidade de saúde, ele não perde o contato com a unidade (PS2).

Temos estratégia de monitoramento de pacientes em situação de vulnerabilidade social e esse monitoramento contempla também uma avaliação dos encaminhamentos feitos à rede de proteção social, então um norteador do nosso trabalho é fazer proteção social e isso dentro de uma perspectiva de uma atenção integral à saúde, buscando atender as necessidades sociais em saúde (PS1).

Foi bem difícil, se não fossem uns amigos da minha mãe que trabalham aqui dentro do hospital, teria demorado muito mais. Os amigos da minha mãe conseguiram agendar as consultas e conseguiram antecipar elas também (U9).

Ao analisar as potenciais articulações entre as redes percebeu-se que o fluxo de encaminhamento para o tratamento da obesidade no serviço especializado é por meio da APS, considerada uma das portas de entrada do sistema de saúde, no entanto também podem acessar por meio de tramitação interna da instituição hospitalar, oriunda de outros ambulatórios, e pelo contato pessoal com agentes institucionais. Diante desse contexto, foram citadas algumas barreiras profissionais e de serviços vivenciadas cotidianamente, como: a grande demanda de serviço, a falta de incentivo aos profissionais, a falta de reconhecimento profissional por não estar integrado ministerialmente como equipe básica, a ausência de serviços de saúde mental para assistência ao indivíduo na rede, desprovimento de incentivo financeiro para o

aprimoramento de técnica cirúrgica e a dificuldade de comunicação entre os serviços de saúde.

É uma área que está prevista na portaria do ministério da saúde, está instituído como equipe complementar, a gente não tem nenhuma orientação protocolar do ministério da saúde (PS1).

É preciso ter apoio da equipe e como é um serviço novo, eu digo porque eu fui um congresso da bariátrica e não tem farmacêutico na equipe, até porque não está na lei, aí aquilo que não é obrigatório sabe... Aí as pessoas perguntam um farmacêutico na equipe da bariátrica? Como assim? O que faz? Isso ainda surpreende muito as pessoas, então é um longo caminho. Eu acho até que as pessoas da equipe não reconhecem, não sabem o meu papel, algumas coisas que eu faço e que eu aprendi em uma pós graduação, então eu sou questionada por colocar algumas coisas em práticas às vezes, assim de como orientar o paciente. É difícil (PS5).

Os pacientes tem uma demanda, aí sim existe um gargalo por questões de serviços, é para fazer a cirurgia plástica depois. Essa é a grande demanda dos pacientes. A grande demanda nossa seria verba para fazer a cirurgia por vídeo, hoje ela é feita aberta (laparotomia), a questão é custo do grameador por vídeo (PS2).

Nós temos de 40 à 70% dos pacientes grandes obesos com problemas de transtornos psiquiátricos estabelecidos, desde ansiedade, compulsão, depressão maior e nós não temos atendimento de psiquiatria e psicologia instalados em todos os municípios (PS3).

A análise da teoria realizada por meio dos documentos oficiais, como portarias ministeriais, permitiu observar a descrição da trajetória que o indivíduo com diabetes deve percorrer para acessar o tratamento. No entanto, a partir das entrevistas evidenciou-se as dificuldades de

acesso sentidas tanto pelos profissionais na oferta da assistência como os usuários na busca pela garantia do seu direito à saúde, como a falta de oferta do polivitamínico pelo sistema de saúde, a dificuldade de liberação do transporte municipal, a difícil articulação com os serviços da atenção básica e os de saúde mental.

Ele fica um pouco desassistido, porque hoje, por exemplo, no SUS os medicamentos que a gente precisa dar para a deficiência nutricional não existem então isso para ele é um impedimento para usar, esse é o primeiro impedimento. Então eu faço a contrarreferência, mas ele chega lá no posto e não tem nenhum medicamento para usar que eu prescrevi, ou tem um somente que eu prescrevi dos cinco. E aí ele tem um problema e eu também, a gente acaba judicializando às vezes e isso não é interessante né, fica um pouco truncado esse atendimento sabe (PS3).

Pós cirurgia a gente tem que tomar uma injeção que é a B12 a qual faz muito tempo que eu não tomo e tem que tomar todos os dias a materna ou o polivitamínico que eu não estou tomando também faz muito tempo. Não estou tomando por partes financeiras (U4).

Os pacientes que são de fora tem um pouco mais de dificuldade né... tem umas três pacientes de fora que vem, que conseguem carro para participar do grupo pós-operatório, mas muitos não conseguem principalmente porque é a tarde. Então os carros vem de manhã e a tarde já querem estar indo embora, aí isso acaba influenciando (PS6).

Na saúde mental tem sido bem difícil, eu já fiz outras articulações também com o CAPS e com outros locais, de pacientes que no pré-operatório precisavam da avaliação do psiquiatra, que aqui ainda não é oferecido, então assim... não houve receptividade quanto a questão da avaliação, então são pacientes que na prática, esses pacientes da saúde mental, estão tendo muitas dificuldades de acesso aos serviços para

realmente efetivar o seu tratamento de saúde. A gente teve paciente aqui que desde que ela fez a cirurgia, eu to tentando fazer encaminhamento pro CAPS, pra saúde mental e faz 2 anos que ela fez a cirurgia, ela reganhou todo o peso e ela nunca conseguiu um tratamento adequado (PS7).

Ao confrontar essas informações com os registros da análise documental, constata-se que muitas vezes os usuários utilizam-se de estratégias pessoais para garantir o acesso à saúde, diferentemente do que está instituído ministerialmente, da mesma forma que viu-se que o protocolo estabelecido para ser executado na atenção básica muitas vezes não é cumprido conforme estabelecido. Esse último fator é fortemente observado no relato de um dos profissionais:

Como a maioria dos médicos não sabe tratar a obesidade, eles não tem o conhecimento suficiente pra investir no paciente obeso do jeito que deve, eles acabam sendo ou precocemente encaminhados pra cá ou a obesidade cresce ao longo de uma espera na atenção básica e ele ali nunca é atendido, até que alcança uma obesidade grau III e o médico vê a necessidade de um tratamento cirúrgico e encaminha para o cirurgião, pra equipe que faz a cirurgia e o paciente para aqui. Boa parte dos pacientes que chegam na obesidade cirúrgica, não fizeram tratamento adequado prévio. E obesidade é um crescente né, cada vez mais esses pacientes vão se acumular na atenção básica, onde não são bem atendidos na maioria das vezes (PS4).

Conforme as entrevistas pode-se perceber, alguns fatores que vem a exercer a função de facilitadores de acesso, como o contato pessoal; o conhecimento das redes e dos fluxos; e o fato de residir em municípios de porte menor.

Muitas vezes a gente sabe que os limites podem ser maiores do que em municípios menores, onde as redes de sociabilidade

primária costumam ser mais fortes, inclusive influenciam nos serviços previstos, a gente sabe que aquele paciente é conhecida então o prefeito ajuda, o vereador ajuda, a secretaria conhece. Então a gente tem uma sociabilidade que pode favorecer, enquanto que sendo de uma cidade maior, da capital, onde as redes são mais frágeis, sabe que podem ser mais complicadas (PS1).

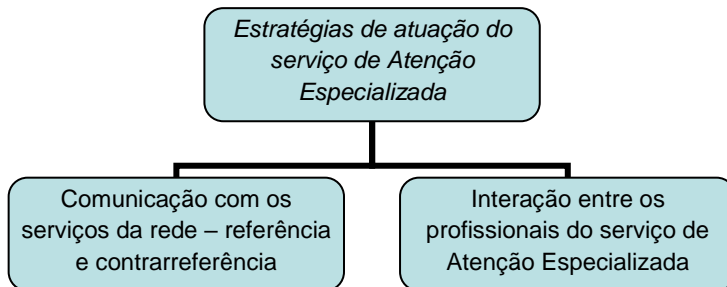
Eu tenho o “eu” antes de ser agente de saúde e o depois, porque se você é uma pessoa bem orientada você sabe ir nos lugares corretos, sabe o fluxo, mas se você for daquela de fazer escândalo não adianta [...] Você tem que ser abrir, não só reclamar, tem que conhecer como funciona. Você tem que ser sistemático, se o meu problema é social eu vou para a assistência social, se o meu problema for financeiro eu vou para um banco e assim vai. Você pode até chorar suas pitangas para o médico, porque ele vai te encaminhar, mas vai de você correr atrás para resolver (U14).

Diante desses relatos, confirma-se a importância da interação entre os serviços no processo de referência e contrarreferência, seja para a garantia do acesso, por meio dos fluxos institucionalizados ou a partir do contato pessoal, com agentes da instituição hospitalar de saúde ou indivíduos influentes que podem facilitar o percurso ao tratamento; para a continuidade do acompanhamento de saúde nos demais níveis de serviços; para contornar as dificuldades vivenciadas no cotidiano de serviço e ainda assim garantir ao indivíduo a integralidade em saúde; e para fortalecer o vínculo entre os serviços de saúde no intuito de melhor acolher e atender os usuários.

Algumas vezes constatou-se que a teoria não ocorre na prática cotidiana conforme foi planejada, ainda assim servem de parâmetro e protocolo para as ações que irão refletir na assistência ao usuário de saúde. Diante disso, é necessária, a reflexão a cerca da funcionalidade teórica e da efetividade prática, visando seu aprimoramento diante das barreiras observadas na busca pelo tratamento de saúde.

As estratégias de atuação do serviço de Atenção Especializada

Figura 12 – Estratégias do Serviço Especializado



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2016).

Foram identificadas interações positivas e negativas quanto a relação entre as diferentes categorias profissionais atuantes no serviço de Atenção Especializada. Por meio das entrevistas, viu-se que falta muitas vezes o apoio e o reconhecimento à outra profissão, assim como uma dificuldade de comunicação entre diferentes serviços presentes na instituição, que atenderão o mesmo paciente em momentos diversos. Mas o contato entre os profissionais da equipe de cirurgia bariátrica revela-se bem positivo.

Há pouca comunicação com o serviço de cirurgia plástica, não faz parte, não é articulado com o serviço de bariátrica. Eu não sei porque tem essa dinâmica aqui [...] Não temos problema nenhum com a unidade básica, mas com o serviço de cirurgia plástica sim (PS2).

Quando se aprofunda o assunto da comunicação com a rede de serviços de saúde, propriamente a referência e a contrarreferência, identifica-se divergência com o conteúdo analisado nos documentos que regulam essa relação, apresentando na realidade seus próprios contornos. Observou-se que nem todos os profissionais realizam a contrarreferência com a atenção básica, no intuito do usuário manter o acompanhamento de saúde em seu território, citando fatores como a centralidade hospitalar, acreditando que o acompanhamento na

instituição hospitalar cessa todas as necessidades; a deficiência da atenção básica na assistência ao usuário; a negativa do usuário quanto ao encaminhamento; e a falta da ação como prática profissional, deixando a cargo de outros profissionais essa função.

Eu não faço, mas assim... se for considerar a obesidade é uma doença crônica, que a promessa é de uma atenção longitudinal, com certeza seria indispensável que essa paciente retomasse todo esse acompanhamento pelo centro de saúde, isso seria o ideal. O que a gente percebe é que existe uma centralidade nessa relação com o hospital, que acaba se construindo a centralidade da obesidade por aqui e isso se alia a toda uma construção social de um ideário de que o hospital é realmente o local mais adequado para fazer esse acompanhamento e isso é compartilhado pelos usuários, que o local de se tratar a obesidade foi aqui, inclusive a obesidade deixou de ser algo tão presente em função da própria perda de peso, e aí a gente sabe que se cria uma nova demanda que é pela cirurgia plástica, então a gente mantém ainda aquela ligação com os pacientes pela demanda da cirurgia plástica (PS1).

Acaba se concentrando aqui, porque quando ele chega na primeira vez a gente já sabe que não teve acompanhamento lá, já não tem lá. Se ele chegou até aqui é porque não teve lá, pelo menos por enquanto não tem como fazer o caminho inverso (PS4).

No pós-operatório tem sido bem difícil, especialmente nós da psicologia temos que encaminhar muito pra saúde mental e entrar em contato, assim é bem complicado, às vezes os pacientes se queixam do local, que eles nem querem ser encaminhados pras UBS, principalmente os pacientes com tentativa de suicídio. E a gente já teve essa experiência um pouco desanimadora de entrar em contato com psicólogo ou até assistente social e sentir que não havia engajamento do lado de lá para receber

aquele paciente, foi feito uma coisa bem protocolada, assim... se já é assim com a gente, imagina com o paciente (PS7).

Eu frequento o posto, mas assim dentista, nada vinculada a cirurgia, pra vacina ou assim tipo pra fazer a vacina do ferro, então aí eu faço lá. Mas só isso, aí como eu venho aqui, faço exame periódico tudo, aí eu nem vou lá, não tem necessidade de procurar o postinho (U2).

No entanto, mais da metade dos profissionais entrevistados afirmam realizar a contrarreferência. Já na entrevista com os usuários, foi visto claramente que somente uma pequena parcela foi orientada pelos profissionais da Atenção Especializada a procurar e manter o acompanhamento na unidade básica, o restante menciona que nunca foi repassada nenhuma informação com essa intenção. Aos que foram orientados, nem todos receberam dos profissionais encaminhamentos físicos, a maioria foram instruídos verbalmente para acessar outros serviços de saúde.

Em contraste com a análise documental, cujo processo de referência e contrarreferência, parece estar claro e firmado como prática aos serviços de saúde que atendam o indivíduo obeso. Concebe-se que no cotidiano da instituição hospitalar pesquisada, essa relação não está amparada e institucionalizada como previsto.

Na verdade não tem nem um papelzinho pra contrarreferência, quando eu faço, eu risco aquele receituário médico e escrevo “contrarreferência” sabe, não que precise de um papel timbrado, mas você vê que as pessoas às vezes nem sabem como é que manda, escreve pra quem, fica com medo de se responsabilizar porque a gente escreve “para qualquer duvida entre em contato”. Então não acho que esteja muito organizado. A referência sim, porque vem pelo SISREG né, mas a contrarreferência tá difícil (PS6).

Às vezes aparece a referência em um resumo de uma, duas linhas: paciente tantos anos, obesidade tal, comorbidades. Esse é o histórico

que vem, é o máximo. Tem gente ainda que só coloca obesidade e é encaminhado com esse título, ele chega com esse papel. A consulta é que esclarece, o encaminhamento não esclarece e boa parte das vezes aquilo que é encaminhado obesidade ou obesidade para cirurgia bariátrica ele não preenche critério, não fez o acompanhamento que deveria fazer e aí ele cai para o ambulatório de obesidade clínica ou o geral para fazer o que é devido. Mas nem todos são bem referenciados, isso falta (PS4).

A importância da comunicação entre os serviços de saúde é compreendido em todas as entrevistas. Salientando o reflexo dessa relação na assistência; inúmeras sugestões de melhorias para contemplar o processo de referência e contrarreferência; avaliações negativas e positivas quanto a atual realidade hoje desse processo, pela falta do mesmo ou pela contemplação dessa relação. Foi avaliado por meio dos prontuários médicos dos usuários, e confirmado após com as entrevistas, que os entrevistados já deveriam ter sido encaminhados para acompanhamento na unidade básica, visto que o período das consultas na Atenção Especializada nesse período é anual.

Eu acho que se todas as pessoas fizessem a contrarreferência e as pessoas soubessem o que é a contrarreferência a gente teria 80% dos problemas resolvidos. Porque, por exemplo, tem paciente que está em 1 ano de cirurgia, aí ele só vai voltar daqui 1 ano se ele não consegue vir no grupo, aí ele começa a ter uma diarreia que ninguém explica, se não for feita uma contrarreferência pro posto ele vai ficar 1 ano com essa diarreia e ninguém vai resolver o problema dele. Então assim, pra solicitar novos exames, fazer novas orientações, pra ser reavaliado, pra essas coisas tem que se no posto de saúde. Não é função da alta complexidade resolver um problema básico. Ou assim um diabético que esta usando um medicamento e ficando muito tonto. Será que tem que ajustar a medicação? Contrarreferência para o posto, porque quem sabe ele vai ter que ser visto toda semana e fazer controle glicêmico muitas vezes,

não vai vir fazer isso no hospital. O paciente começou a fazer atividade física e a consulta dele aqui é daqui a 6 meses, ele tá ficando com fome, não está com energia, se é acompanhado no posto a própria nutricionista de lá ajusta pra ele. A contrarreferência tem um papel muito importante, mas as pessoas têm dificuldade, no hospital muita gente não sabe o quê que é e no próprio posto eles não entendem porque que está voltando aquilo, eles acham que foi e não volta mais muitas vezes, ainda mais quando é referência naquilo. Ahh tem equipe do transplante, tem equipe da bariátrica, eles que tem que atender pro resto da vida, mas a gente faz o acompanhamento, mas esse mais de perto teria que ser o posto (PS6).

Se eu precisasse bastante do posto e eles não soubesse que eu fiz a cirurgia, implicaria e seria muito ruim, digamos se eles soubessem no pós-operatório eu tinha aquela visita domiciliar, e eu nunca tive do posto, digamos às vezes uma pessoa faz uma cirurgia, seja ela bariátrica ou não e ela não pode ir até o hospital que ela fez, mas se o posto vier visitar a pessoa já vai levar pro hospital o que está acontecendo com aquela pessoa que fez tal cirurgia lá, eu acho que falta essa comunicação sim, a pessoa teria mais assistência se os dois soubessem (U4).

Eu acho que tinha que ter mais empenho, não está nota 10, os serviços conversam pouco, tinha que ter mais comunicação nas duas áreas. No meu caso teve urgência porque eu tinha a pressão muito alta né. Tinha que ter dialogo pra saber o problema do paciente, no outro local [serviços de saúde de média e baixa tecnologia] eles tem medo de medicar, eles não tem conhecimento do que a gente passou e ficam com medo de prejudicar meu estômago. Eu acho que tinha que ter uma ficha ou por computador, pra ter uma ficha completa do nosso histórico, pra pessoa que atende estar apar do que passou com a gente (U7).

Assim, ficou definido que o processo de referência e contrarreferência é considerada uma importante ação tanto para os indivíduos que acessam o sistema de saúde, como aos profissionais que atuam nele. No entanto, apesar de ser uma prática profissional fixada como atividade para o funcionamento do fluxo de serviços de saúde, é uma conduta que ainda precisa ser fortalecida para que realmente seja executada, com o conhecimento dos profissionais e a consciência de sua real importância. Do mesmo modo, que compreende-se que essa comunicação reflete diretamente na integralidade garantida aos usuários.

DISCUSSÃO

Atualmente existe uma grande quantidade de indivíduos com $IMC \geq 40\text{kg/m}^2$, cujo grau de obesidade mostra-se resistente à terapia dietética e medicamentosa, mas têm demonstrado bons resultados quanto à cirurgia bariátrica. No Brasil, quase 75% da população depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) e isso representa quase 150 milhões de indivíduos. A cirurgia bariátrica começou a ser realizada em serviços do SUS no ano de 1999, no início, exclusivamente, em hospitais universitários e, no ano seguinte, foi estendida a centros públicos que realizam o atendimento. Atualmente o serviço de atenção à obesidade, que inclui o procedimento cirúrgico, a cirurgia reparadora e o acompanhamento ao paciente, está sendo ofertado em 96 hospitais especializados no SUS (KELLES, et al., 2015).

O trabalho de prevenção e de diagnóstico precoce da obesidade faz-se muito importante, com o intuito de reduzir a morbimortalidade e promover a qualidade de saúde dos indivíduos. (NICOLAU; BARRETO; SILVINO, 2014). A Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS é instituída em 2013, pela portaria nº 252/GM/MS, e no ano seguinte é revogada pela portaria nº 483/GM/MS, que a atualiza. Em sua linha de cuidado estabelece um pacto entre os diversos pontos de atenção da RAS, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS. As linhas definem a organização dos serviços e as ações que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio (BRASIL, 2014).

A governança das RAS tem como objetivos criar uma missão e

visão para a organização; estipular metas a curto, médio e longo prazo de acordo com a visão; articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização. A governança deve ser feita por meio de arranjos interfederativos, no plano nacional, na comissão intergestores tripartite; nos estados, nas comissões intergestores bipartite; e nas regiões de saúde, nas comissões intergestores bipartite regionais (MENDES, 2012).

Assim, a responsabilidade das ações de saúde não cabe somente aos profissionais que atuam nos serviços, mas também a gestão institucional. É dever da gestão a avaliação da organização de saúde, acompanhar os serviços e estar ciente das condutas que são administradas na instituição. Desta forma, a execução do processo de referência e contrarreferência também é responsabilidade da gestão, e se o mesmo não ocorre, além dos profissionais e serviços serem apontados como pontos de falha, a gestão também deve ser incluída.

Quando se discute sobre o acesso da população aos serviços fornecidos pelo SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é pensada como a porta de entrada do sistema e como o primeiro nível de contato da população, aquele que possui maior vínculo com as famílias e à comunidade (CECÍLIO, et al., 2012). Segundo Starfield (2002), é a ABS que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população.

Cabe lembrar que o estudo está utilizando biografias de usuários que vivenciaram situações bastante graves de saúde, e que são utilizadores dos serviços de maior densidade tecnológica. Portanto, a complexidade dos casos estudados, que poderia ser considerada um fator para a avaliação da APS, mostrou de modo positivo como, mesmo para esses usuários, ela é reconhecida e funciona como referência e elemento importante para a composição do cuidado de que necessitam. Dos quinze usuários entrevistados, dez fizeram referência positiva de utilização da rede básica ou reconheceram que encontram respostas para suas necessidades nela.

A Atenção Primária pode ser considerada o elemento fundamental do SUS, mas sem o suporte dos outros serviços tem sua função e efetividade restringida. Dessa forma, destaca-se a importância da integralidade, que garante arranjos às unidades de atenção primária, para que os usuários sejam contemplados com todos os tipos de serviços

de saúde. Isso inclui o encaminhamento para a atenção secundária e terciária. A integralidade da atenção é essencial por assegurar que os serviços sejam ofertados de acordo com as necessidades de saúde da população. Os próprios usuários reconhecem a integralidade como fundamental (STARFIELD, 2002).

A perspectiva da intersetorialidade compreende o trabalho coletivo entre diferentes serviços, por meio de parcerias, para o alcance de objetivos e metas comuns. Apesar das diferentes áreas de atuação dos setores envolvidos, o trabalho se constrói em uma mesma direção, tentando estabelecer vínculos intencionais que superem a fragmentação da situação-problema (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012). A intersetorialidade busca encontrar ações conjuntas para o mesmo objetivo, por meio do olhar de diferentes setores na tentativa de enfrentar os problemas. Assim, se constitui como a articulação entre saberes, profissionais, serviços cuja finalidade tem o mesmo objetivo, atender e resolver a demanda vivenciada.

Para que um sistema de saúde seja efetivo requer relações aproximadas e coordenadas entre os médicos generalistas e especialistas, pois esses profissionais têm formações e competências diferentes (MENDES, 2012). Condiz com o observado por meio das entrevistas dos usuários, no qual percebe-se que o indivíduo que acessa a UBS e o serviço especializado, concebe a limitada comunicação entre ambos, deixando de poder garantir uma melhor assistência ao usuário. Para além disso, os usuários sugerem aperfeiçoamentos, para a melhoria dessa relação, como um sistema informatizado entre os serviços, o contato entre os profissionais ou a implementação de um protocolo padronizado que realmente seja efetivado contendo o histórico de saúde e o acompanhamento atual, reafirmando a importância da efetivação da referência e da contrarreferência.

É fundamental que os serviços de saúde se interconectem capazes de formar uma rede de serviços com o intuito de garantir ao cidadão de um ou de outro município a integralidade de sua saúde, já que muitos municípios não são capazes de arcar com a assistência à saúde de seus habitantes. De maneira geral, a rede de atenção à saúde, é integração, interação, interligação dos serviços, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, com o objetivo de garantir ao indivíduo o direito à saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011).

De acordo com as entrevistas, constatou-se a existência da relação entre diferentes serviços hospitalares, serviços de saúde básica, saúde mental e entre o serviço especializado e serviços da rede de proteção social. Todos os contatos estabelecidos tinham como objetivo

o encaminhamento do indivíduo para acesso ao serviço ou era vinculado à solicitação para acompanhamento daquele serviço, mas nem todos foram relatados com o sucesso obtido, profissionais mencionam com ênfase barreiras importantes de acesso por parte dos serviços de saúde básica e saúde mental, como a falta de comprometimento profissional ou até mesmo a falta de profissionais nos serviços, o desconhecimento das condutas de saúde realizadas aos usuários e assim o receio do acompanhamento dos mesmos, ações de saúde ineficazes, falta de qualificação profissional e protocolos que possam auxiliar na conduta correta aos usuários. Da mesma forma em que foi visto, nos relatos dos pacientes, limites existentes nos mesmos dois serviços de saúde, gerando insegurança, indignação e questionamentos sobre o direito à saúde e sua efetividade.

Há obstáculos estruturais e organizacionais presentes no cotidiano dos serviços que não podem ser deixadas de lado, tais como a falta de recursos humanos e de equipamentos de saúde, cobrança por produtividade, rotatividade de profissionais e falta de capacitação para lidar com saúde mental. Em alguns casos há força de vontade das equipes em trabalhar em rede, realizar parcerias com os recursos na comunidade, mesmo quando escassos, construir relações horizontais entre trabalhadores por meio do diálogo, elementos base para o cuidado integral. No entanto, a lógica do encaminhamento, na qual se encaminha o usuário para serviços especializados e se transfere a responsabilidade por seu cuidado é prática predominante (DELFINI; REIS, 2012).

Uma das estratégias que pode contribuir para que se possam mudar as condições no espaço de trabalho, cogitando novas formas de aprender e educar, é a educação permanente em saúde. Essa ação articula a prática cotidiana dos profissionais com o processo de ensino-aprendizagem, refletindo os modelos de atenção em saúde, a realidade vivenciada, a fim de solucionar os problemas enfrentados, criando ações estratégicas e transformando práticas de saúde (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011). A educação permanente possibilita a reflexão crítica do processo de trabalho, constituindo-se como um pilar de formação da área da saúde, de modo que as situações e experiências do dia a dia se tornem aprendizado e que possam refletir positivamente na qualidade da assistência prestada.

Foi apontada no estudo, a transferência de responsabilidade entre os serviços, de modo que quando ocorre a contrarreferência mencionada pelos profissionais da atenção especializada, muitas vezes o serviço de origem não compreende o retorno do usuário, chegando a negar atendimento e afirmando ao usuário que a partir do momento que

ele foi atendido na instituição hospitalar, seu acompanhamento de saúde terá que ser lá, sem a compreensão do fluxo do processo de referência e contrarreferência. Tornando-se mais uma das barreiras de comunicação, além de deixar o usuário desassistido no sistema de saúde.

A ESF tem como foco o cuidado integral e longitudinal de sua população, acompanhando a saúde geral das famílias, mesmo quando um usuário necessita de alguma especificidade (DELFINI; REIS, 2012). A inadequada referência e contrarreferência insinuam uma má articulação da atenção básica com os hospitais de referência, gerando uma baixa responsabilização pelo seguimento dos pacientes (ONOCKO-CAMPOS, et al., 2012).

A presença de diferentes profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os mesmos é essencial, de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas que também propicie um processo interdisciplinar no qual cada profissional vai enriquecer o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2011). Corroborar com o estudo, onde se vê a necessidade da interação entre as mais diferentes profissões na atenção especializada, visando à integralidade da atenção. No entanto, constatou-se que ainda falta o fortalecimento desse vínculo, de modo que haja realmente um processo interdisciplinar, sem que um profissional se sobreponha a outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao explorar o processo de referência e contrarreferência de usuários com obesidade e diabetes submetidos à cirurgia bariátrica, em um serviço especializado, constatou-se que essas práticas estão associadas à conduta do profissional de acompanhamento, assim a referência por ser instituída por meio de regulação ocorre como está previsto, mas a contrarreferência pode não acontecer, dependendo especificamente da ação profissional.

Outro aspecto é que, a efetivação da referência e da contrarreferência, pode resolver grande parte das demandas de saúde, de modo que o indivíduo receba o acompanhamento solicitado, conforme a densidade de serviço de saúde que houver necessidade. Isso reforça a importância desse processo.

O entendimento a respeito da importância da comunicação entre os serviços pode possibilitar aos profissionais da saúde um pensar e agir mais efetivo, dando subsídios para garantir a integralidade por

meio de sua prática de trabalho, tornando-a aberta, integrada e horizontal.

Faz-se necessário explorar ainda mais a relação de referência e contrarreferência vinculada à cirurgia bariátrica; obtendo-se maior entendimento desse processo para que se estabeleçam estratégias de melhorias na condução dessas ações, não se esquecendo da importância de documentar e compartilhar esse saber com os profissionais.

Os profissionais que atuam na área da saúde necessitam sensibilizar-se da relevância de instituir novos pensamentos, reformulando suas práticas e ações fragmentadas que permeiam o sistema de saúde. É indissociável para a garantia da integralidade de saúde aos usuários, a presença de profissionais capacitados, qualificados e que coloquem em prática a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Partindo da premissa de que o processo de referência e contrarreferência estão firmados em documentos oficiais e portarias ministeriais, conclui-se a importância da padronização de processos e protocolos institucionais, além de ações profissionais que o sigam, já que na realidade se observou que sua execução ocorre conforme a conduta do profissional.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Mapa da obesidade*. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em 18 de ago. 2016.

AGUIAR, R. S.; MANINI, R. A fisiologia da obesidade: bases genéticas, ambientais e sua relação com o diabetes. *ComCiência* [online], Belo Horizonte, MG, n.145, p. 0-0, 2013.

AZEVEDO, A.; PELICIONI, M.; WESTPHAL, M. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

AZEVEDO, F.; BRITO, B. Influência das variáveis nutricionais e da obesidade sobre a saúde e o metabolismo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo, v. 58, n.6, p. 714-723, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução CNS/MS nº 466 de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 de out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas*. Brasília, 2014.

CECÍLIO, L. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2893-2902, 2012.

DELFINI, P.; REIS, A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.357-366, fev., 2012.

KELLES, S. et al. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.31,n.8, p.1587-1601, ago, 2015.

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D.L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de Investigaciones Unad*, Bogotá, Colombia, v.15, p. 1-19, 2016.

MACHADO, L.; COLOMÉ, J.; BECK, C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *R. Enferm. UFSM*, Santa Maria, RS, v.1, n.1, p. 31-40, jan./abr., 2011.

MACHADO, S. et al. Correlação entre o índice de massa corporal e indicadores antropométricos de obesidade abdominal em portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Bras. Promoção da Saúde*, Fortaleza, v.25, n.4, p. 512-520, out./dez., 2012.

MENDES, E. *O Cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família*. Brasília: OPAS, 2012.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MITRE, S; ANDRADE, E.; COTTA, R. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago., 2012.

NICOLAU I.; BARRETO, P.; SILVINO, Z. Caderno de atenção básica sobre obesidade. *Rev enferm.*, UFPE [online], Recife, v. 8, n. 3, p. 4183-4185, nov., 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n.1, fev. 2012.

RODRIGUES, L. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 40-5, 2013.

SANTOS,L.; ANDRADE, L. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1671-1680, 2011.

STARFIELD B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STROSCHEIN, K.; ZOCCHÉ, D. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab. educ. saúde* (Online), Rio de Janeiro , v.9, n.3, nov., 2011.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo considerou que a obesidade é uma doença crônica, associada a fatores genéticos, ambientais e sociais, hoje considerada como problema de saúde pública. Esta doença pode resultar em inúmeras consequências, como físicas, psicológicas, sociais e econômicas, além de apresentar alta mortalidade, principalmente quando associada a outras comorbidades, como a diabetes mellitus.

Considerando o crescente índice de sobrepeso e de obesidade no Brasil desenvolveram-se políticas, ações e programas públicos, com a finalidade de reverter o quadro. Neste espaço a cirurgia bariátrica emerge como prática adjuvante para retroceder este contexto.

Para que os serviços de saúde consigam garantir a integralidade na assistência prestada, cabem as instituições se comunicarem, estabelecerem relações entre si tendo em vista o foco de cuidado do mesmo usuário. O conhecimento a respeito do processo de saúde-doença do indivíduo permite aos profissionais dos diferentes serviços que possam executar ações de saúde tendo consciência do contexto, para assim agir da maneira mais correta.

No entanto, foi possível observar com base no estudo que a referência e contrarreferência não ocorrem como protocolo institucional no campo pesquisado. Desta forma, o usuário pode chegar ao serviço especializado sem ser referenciado pela APS, conforme prevê a legislação, e ao realizar o procedimento cirúrgico e ter de retornar ao primeiro nível de atenção para manter a continuidade de seu acompanhamento de saúde, a APS desconhecerá seu histórico de saúde, o que dificultará diretamente o atendimento dos profissionais e seus possíveis desdobramentos.

Mesmo nos casos em que a referência é realizada por um agendamento regulado por central estadual de marcação de consultas, a contrarreferência pode não ocorrer. Presencia-se como uma ação vinculada unicamente a critério do profissional, deixando em sua escolha a ocorrência da prática, e não como atividade instituída. Assim, o usuário fica sem direcionamento no sistema, o que impossibilita acompanhar sua condição de saúde de forma integral.

Além de que, com o fato de não haver o encaminhamento e a contrarreferência deste usuário por parte do serviço especializado, prejudica-se os seus atendimentos no SUS pela APS. Percebeu-se ainda que há poucos movimentos de integração e articulação entre o hospital e a APS em prol do usuário, não se tem grande preocupação para que ele consiga ser acompanhado de maneira integral pelo sistema de saúde e nos casos em que acontece, somente ocorre pela conduta do profissional. No entanto, nos casos em que há a contrarreferência do profissional, após o encaminhamento não se tem o acompanhamento do acesso do usuário aos serviços.

Assim, compreende-se a importância de discutir a referência e contrarreferência no que se refere à cirurgia bariátrica, pela população em foco ser de usuários que apresentam em alguns casos risco de vida e encontram no

procedimento cirúrgico sua última alternativa, e pela importância do acompanhamento durante e após este, que garantirão o sucesso esperado. Salientamos desta forma, a importância deste processo já que o acompanhamento de saúde interfere diretamente nos resultados obtidos.

Identificamos as diferentes trajetórias que os usuários percorreram para garantir o acesso ao serviço de saúde. Com base na articulação dos encaminhamentos entre os serviços, notou-se o acesso por meio do SISREG da maioria dos entrevistados, um dos vieses de regulação da rede pública.

Outro elemento destacado é a vinculação estabelecida com a APS, muitos anteriormente a realização do procedimento cirúrgico, no entanto, para usufruir de outros serviços não correlacionados ao tratamento ou ao acompanhamento da obesidade. Observamos ainda, a falta do prévio acompanhamento de saúde antes da referência ao serviço especializado, composto de medidas terapêuticas, acesso aos serviços necessários e orientações profissionais adequadas.

Destacamos o fato dos usuários permanecerem em acompanhamento ambulatorial com algumas especialidades da equipe da fase pós-operatória da cirurgia bariátrica. Entretanto, viu-se pouquíssimos encaminhamento por parte de profissionais para acompanhamento nos demais níveis de complexidade do SUS, assim se centralizou o acompanhamento na instituição e não ocorreu a contrarreferência, cabendo em alguns casos aos usuários criarem estratégias de amparo para que seja garantida a integralidade de seu atendimento.

Acredita-se que é indispensável para o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência considerarem a intersetorialidade e a integralidade para atingir os princípios previstos no SUS. De modo que sirva para melhor eficiência e eficácia das ações de políticas de saúde, que tem como foco responder as demandas da sociedade.

Nesse sentido, implantar este sistema seguindo a lógica de funcionamento previsto oferece espaço para a articulação e fluxos por meio do fortalecimento de vínculos entre serviços, setores e pessoas. Assim acaba-se estabelecendo relações próximas e responsáveis a fim de oferecer um cuidado integral ao usuário e seus familiares.

O estudo possibilitou o alcance dos objetivos propostos, uma vez que, a metodologia empregada permitiu que as várias fontes de informações fossem trianguladas em busca da compreensão do caso.

Constatou-se a dificuldade de articulação entre os serviços de saúde do sistema, com foco na UBS e no serviço especializado, percebendo a fragmentação da assistência prestada, ponto este que precisa ainda ser aprofundado e discutido em próximos trabalhos. Se faz necessário para que haja a integralidade no serviço prestado a articulação com a APS, por ser este o identificador do território e ter a responsabilidade da segurança alimentar dos usuários, para que assim se possa discutir e desenvolver ações que visem a prevenção e a promoção da saúde dos usuários conforme o que está preconizado na política de saúde.

Compreendendo a amplitude dessa temática, elencam-se como limites da pesquisa o fato do estudo ter sido realizado em um único serviço de referência para cirurgia bariátrica, além do número pequeno de participantes, diante dos critérios estabelecidos na pesquisa. Também chamou atenção a constituição da equipe de profissionais que atuam na Atenção Especializada, que não contempla o profissional da enfermagem na fase pós-operatória, esse que possui grande importância na área da saúde, trabalhando educação em saúde, exercendo o papel de aconselhamento, além de avaliador dos aspectos clínicos.

Enquanto assistente social, vejo relevância na discussão desta temática por preocupar-me com a ocorrência do sistema de referência e contrarreferência, já que o considero de extrema importância, visto que a efetivação deste sistema está diretamente ligado a um atendimento integral ao usuário. E a profissão reconhece que um dos sentidos atribuídos ao atendimento integral refere-se ao reconhecimento de todas as dimensões que os usuários vivenciam, fragilizando-se quando ocorre a fragmentação da atenção como no caso em que não se acontece a referência e a contrarreferência dos serviços acessados pelo usuário.

Deste modo, o Serviço Social pode contribuir para realizar o princípio da integralidade na política de saúde, tendo em vista que busca a consolidação do seu projeto ético-político, já que possui na teoria crítica sua fundamentação, seus princípios e parâmetros para o exercício profissional, e por desenvolver suas ações na perspectiva de garantia do direito à saúde.

Assim, ressalto a importância do Assistente Social e demais profissionais da saúde, que não encontram sua atuação reconhecida e valorizada enquanto participantes da equipe de cirurgia bariátrica, considerados oficialmente como equipe complementar. Para além das barreiras burocráticas entre os serviços de saúde, os profissionais têm de lidar com as barreiras profissionais vivenciadas cotidianamente, tendo que firmar e provar a todo o momento sua funcionalidade e efetividade, contexto que vem a fragilizar as interações e articulações no próprio serviço, refletindo na atuação profissional e/ou no serviço ofertado ao usuário de saúde. Deste modo, espero que este estudo venha a fortalecer e suscitar a importância da capacitação profissional interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.

_____. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Mapa da obesidade*. 2015. (2015a). Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em 05 de out. 2015.

_____. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Brasil aparece em quinto lugar em um levantamento mundial sobre excesso de peso*. 2015. (2015b). Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/noticia/brasil-aparece-em-quinto-lugar-em-um-levantamento-mundial-sobre-excesso-de-peso-2>>. Acesso em 02 de abr. 2015.

_____. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Mapa da obesidade*. 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em 18 de ago. 2016.

AGUIAR, R. S.; MANINI, R. A fisiologia da obesidade: bases genéticas, ambientais e sua relação com o diabetes. *ComCiência* [online], Belo Horizonte, MG, n.145, p. 0-0, 2013.

ALVES, F. L. *Trajetórias de acesso da população aos serviços do SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica*. 186 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2010.

AMARAL, G. *As ações intersetoriais na atenção à saúde na alta complexidade: construindo marcos de referência para o exercício profissional dos assistentes sociais*. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Florianópolis, 2008.

ASSIS, M.; VILLA, T.; NASCIMENTO, M. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n. 3, p. 815-823, 2003.

AZEVEDO, F.; BRITO, B. Influência das variáveis nutricionais e da obesidade sobre a saúde e o metabolismo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo, v. 58, n.6, p. 714-723, 2012.

AZEVEDO, A.; PELICIONI, M.; WESTPHAL, M. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

AYRES, J. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, SP, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar. 2012.

BACH, M.; KIRSCHNER, D.; DESCONZI, T. Obesidade: políticas, ações e programas públicos. *XXI Seminário de Iniciação Científica*. UNIJUÍ, 2013.

BAHIA, L. et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/440>>. Acesso em 10 de ago. de 2016.

BARROQUEIRO, R. et al. Função sexual feminina, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica. *Rev. Ciênc. Saúde*, Porto Alegre, RS, v.14, n. 1, p. 60-67, jan./jun, 2012.

BARROS, F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde? (Parte I). *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, RJ, v.42, n.2, p.69, 2015.

BAPTISTA, T. A obesidade e a indústria do emagrecimento. *ComCiência*, [online], Campinas, SP, n.145, pp. 0-0, fev., 2013.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. *ABC DO SUS – Doutrinas e Princípios*. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 628, de 26 de abril de 2001*. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=568>. Acesso em: 16 de set. 2015.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização de Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Série A: Normas e Manuais Técnicos. 2ª Ed. Brasília, DF, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade*. Brasília, DF, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília, DF, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. *A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488 de outubro de 2011. (2011a). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 11 de nov. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. 2011. Caderno de enfrentamento da DCNT. (2011b).
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. (2011c).
- _____. Curso de autoaprendizado. *Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde*. Brasília. Ministério da Saúde, 2012. (2012a).
- _____. Ministério da Saúde. *Resolução CNS/MS nº 466 de 12 de dezembro de 2012*. (2012b). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 de out. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. – Brasília, DF, 2012. (2012c).

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 425 de 19 de março de 2013.* (2013a). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html
>. Acesso em: 06 de set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 424 de 19 de março de 2013.*(2013b). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html
>. Acesso em: 19 de out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.* Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.* Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.* Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, J. et al. Cirurgia metabólica, reganho de peso e recidiva do diabete. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.*, São Paulo, SP, v.26. p.57-62, 2013.

_____. O papel da cirurgia metabólica para tratamento de pacientes com obesidade grau I e diabete tipo 2 não controlados clinicamente. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.*, São Paulo, SP, v.29. p.102-106, 2016.

CECÍLIO, L. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 117-130. 2009.

CECILIO, L.; MERHY, E. *Integralidade do cuidado com eixo da gestão hospitalar.* Campinas, SP, mar., 2003. Disponível em:
<<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>>. Acesso em: 10 de nov. 2015.

CECÍLIO, L. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2893-2902, 2012.

CFM. *Resolução nº 2.131/2015*. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf>.
Acesso em 07 de mar. 2016.

COHEN, R.; TORRES, M.; SCHIAVON, C. Cirurgia metabólica: mudanças na anatomia gastrointestinal e a remissão do diabetes mellitus tipo 2. *ABCD, Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva*, São Paulo, SP, v.23, n.1, p. 40-45, 2010.

COSTA, C. *Vigitel – você sabe o que é?*. Portal Educação, 2012. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/14056/vigitel-voce-sabe-o-que-e>>. Acesso em: 25 de jun. 2015.

COSTA, A. et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Rev. Paul. Enferm.* São Paulo, SP, v.22., n.1, p.55-59, jan./fev., 2009.

COZBY, P. *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas, 2003.

CRESWELL, J. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed. 3ªed. 2010.

DATASUS. *Indicadores de fatores de risco e de proteção 2012*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/g07.htm>>. Acesso em 29 de fev. 2016.

_____. *Departamento de Informática do SUS*. 2014.(2014a). Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/447-epidemia-triplica-o-numero-de-mortes-por-obesidade-em-dez-anos-no-pais-as-informacoes-sao-do-datasus>>. Acesso em 29 de fev. 2016.

_____. *Número de Diabéticos, Hipertensos e Diabéticos com Hipertensão por sexo, tipo e risco 2014*.(2014b). Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/hiperelhhiperrisco.asp>>. Acesso em 29 de fev. 2016.

DELFINI, P.; REIS, A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.357-366, fev., 2012.

DIAS V. *Referência e contra-referência: Um importante Sistema para Complementaridade da Integralidade da Assistência*. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

DINIZ, M. et al. Perfil de pacientes obesos Classe III do Sistema Público de Saúde Submetidos à Gastroplastia em “Y de Roux” no Hospital das Clínicas da UFMG: altas prevalências de superobesidade, comorbidades e mortalidade hospitalar. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v.18, n. 3, p. 183-190, 2008.

FANDIÑO, J. et al. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, RS, v.26, n.1, p. 47-51, 2004.

FARIAS, R. *Informações obtidas através de pesquisa exploratória com a psicóloga, integrante da equipe de acompanhamento pré e pós-operatório*, em 30 de set. 2014.

FAUSTINO, E. et al. Diabetes Mellitus: busca ativa em portadores de obesidade. *Cogitare Enferm.* Curitiba, PR, v.16, n.1, p. 110-115, jan./mar., 2011.

FELIX, L.; SOARES, M.; NÓBREGA, M. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v.65, n.1, p.83-91, jan./fev., 2012.

FIGUEIREDO, M.; CHIARI, B.; GOULART, B. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. *Distúrb. Comum.*, São Paulo, SP, v. 25, n. 1, abril, p. 129-136, 2013.

FRATINI, J. *Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde*. p. 80. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, Itajaí, 2007.

FRASER, M.; GONDIM, S. Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v.14, n. 28, p.139-152, 2004.

FREITAS, W.; JABBOUR, C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo e Debate*, Lajeado, v18, n. 2, p. 07-22, 2011.

FONSECA, J. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. 7ª edição Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GARRIDO, A. *O que é obesidade?* Rio de Janeiro: Clínica de cirurgia da obesidade Mórvida e do aparelho digestivo, 2008.

GIL, A. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil: Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOMES-VILLAS BOAS, L. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes Mellitus. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v.20, n.2, p.272-279, 2011.

GONTIJO, G. A. A judicialização do direito à saúde. *Rev. Med. Minas Gerais*. Belo Horizonte, v.20, n4, p.606-611, 2010.

HU - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. *Apresentação*. 2015. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=12>. Acesso em: 06 de out. 2015.

IZIDORIO, R.; LIMA, T. Serviço Social e Programa de Cirurgia Bariátrica: sistematizações iniciais. *Argumentum*, Vitória, ES, v. 4, n.2, p.145-160, jul./dez., 2012.

KELLES, S. *Cirurgia Bariátrica: mortalidade, utilização de serviços de saúde e custos*. Estudo de caso em uma grande operadora do sistema de saúde suplementar no Brasil. Dissertação - Faculdade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciência Aplicadas à Saúde do Adulto. Belo Horizonte, 2009.

KELLES, S. et al. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.31,n.8, p.1587-1601, ago, 2015.

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D.L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de Investigaciones Unad*, Bogotá, Colombia, v.15, p. 1-19, 2016.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

JOVCHELOVITCH, S; BAUER, M. *Entrevista narrativa*. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem, e som*. Petrópolis: Vozes. p.90-113, 2002.

JUNIOR, F. et al. Efeito da perda ponderal induzida pela cirurgia bariátrica sobre a prevalência de síndrome metabólica. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo, v.92 n.6. p.452-456, jun. 2009.

JÚNIOR, H. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em saúde para debate.* Rio de Janeiro, RJ, v. 52, p. 15-37, out. , 2014.

LORENTZ, M. ; ALBERGARIA, V. ; LIMA, F. Anestesia para Obesidade Mórbida. *Rev. Bras. Anesthesiologia.* Campinas, v.57, n.2, p. 199-213, mar./abr., 2007.

MACHADO, L.; COLOMÉ, J.; BECK, C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *R. Enferm.* UFSM, Santa Maria, RS, v.1, n.1, p. 31-40, jan./abr., 2011.

MACHADO, S. et al. Correlação entre o índice de massa corporal e indicadores antropométricos de obesidade abdominal em portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev. Bras. Promoç. Saúde,* Fortaleza, CE, v.25, n.4, p.512-520, out./dez., 2012.

MANZINI, E. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um Programa de Pós-graduação em Educação. *Revista Percurso,* Maringá, PR, v. 4, n. 2 ,p.149-171, 2012.

MARCELINO, L.; PATRÍCIO, Z. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 16. n.12, p. 4767-4776, 2011.

MARIANO, M. et al. Cirurgia Bariátrica: repercussões na sexualidade da pessoa obesa. *Rev. Col. Bras. Cir.,* Rio de Janeiro, RJ, v.41,n.6, p.412-420, 2014.

MENDES, E. As redes de atenção à saúde. *Rev. Med. Minas Gerais,* Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 3-11. 2008.

_____. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

_____. *As redes de atenção à saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. *O Cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 2010.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, R. *Informações obtidas através de pesquisa exploratória com a nutricionista, integrante da equipe de acompanhamento pré-operatório*, em 30 de set. 2015.

MITRE, S; ANDRADE, E.; COTTA, R. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago., 2012.

MORAES, J.; CAREGNATO, R.; SCHNEIDER, D. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, SP, v.27, n.2, p.157-64, 2014.

MOREIRA, C. *Definição da obesidade*. 2007. Disponível em: <<http://www.obesidade.info/obesidade.htm>>. Acesso em: 02 de out. 2014.

MORESI, E. (Org.). *Manual de Metodologia da Pesquisa*. Brasília – DF: Universidade Católica de Brasília – UCB, 2003.

NETO, F.; BARBOSA, P.; SANTOS, I. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil: Atenção Hospitalar – evolução histórica e tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

NG, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2013. *Rev. The Lancet*, v. 384, 2013.

NICOLAU I.; BARRETO, P.; SILVINO, Z. Caderno de atenção básica sobre obesidade. *Rev enferm.*, UFPE [online], Recife, v. 8, n. 3, p. 4183-4185, nov., 2014.

OLIVEIRA, J.; YOSHIDA, E. Avaliação Psicológica de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica. *Psicologia: reflexão e crítica*. Porto Alegre, v.22, n.1,p. 12-19, 2009.

OLIVEIRA, V.; LINARDI, R.; AZEVEDO, A. Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 31, n4, p.199-201, 2004.

OLIVEIRA, C. *Informações obtidas através de pesquisa exploratória com a nutricionista, integrante da equipe de acompanhamento pós-operatório*, em 19 de maio. 2016.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n.1, fev. 2012.

PEREIRA, P.; ALFENAS, R.; ARAÚJO, R. O aleitamento materno influencia o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus na criança? Uma análise das evidências atuais. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.90, n.1, Porto Alegre, p.7-15, jan./fev., 2014.

PNS. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em 28 de fev. 2016.

PORTAL BRASIL. Brasil reduz teor de sódio de alimentos. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/08/brasil-reduce-teor-de-sodio-de-alimentos>>. Acesso em 11 de dez. 2016.

_____. *Aumenta número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS*. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus>>. Acesso em: 25 de jun. 2015.

PORTAL DA SAÚDE. *Excesso de peso atinge 54% da população do Sul*. Disponível: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17452-excesso-de-peso-atinge-54-da-populacao-do-sul>>. Acesso em 24 de out. 2016.

REHEM, T.; CIOSAK, S.; EGRY, EM. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Hospital Geral de uma Microrregião de Saúde do Município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, SC, v.21, n.3, p.535-42, jul./set., 2012.

- REMOR, L. *Ata da 167ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite*. Secretário do Estado de Saúde do Estado de Santa Catarina. 2012.
- RODRIGUES, L. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 40-5, 2013.
- ROMERO, C.; ZANESCO, A. O papel dos hormônios leptina e grealina na gênese da obesidade. *Revista de Nutrição*. Campinas, v.19, n.1, p. 85-91, jan/fev, 2006.
- ROTHER, ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul. Enferm*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, abr./jun. 2007.
- SANT'HELENA. M. *Cirurgia Bariátrica: uma análise sobre a fase pós-operatória a partir do Serviço Social*. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico. Florianópolis, 2013.
- SANT'HELENA. M.; DAL PRÁ, K. Um olhar social para a fase pós-operatória da cirurgia bariátrica: contribuição do Serviço Social. *Sociedade em Debate*, UCPEL, Pelotas, v. 19, n. 2. jul./ dez., 2013.
- SANT'HELENA, M. *O processo de referência e contrarreferência na cirurgia bariátrica*. Trabalho de Conclusão de Residência. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico. Florianópolis, 2014.
- SANTOS,L.; ANDRADE, L. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1671-1680, 2011.
- SEGAL. A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v.24, n.3, p.68-72, 2002.
- SBD. *Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus*. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.
- _____. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015*. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

_____. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016*. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Números da Obesidade no Brasil*. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/numeros-da-obesidade-no-brasil/>>. Acesso em 06 de jun. 2015.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. *SUS realiza novos tipos de cirurgia da obesidade*. Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-laparoscopica/>>. Acesso em: 04 de nov. 2015.

_____. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. *Tratamento Cirúrgico*. Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/quem-pode-fazer/>>. Acesso em 14 de set. 2016.

SCHEMES, P. *A integralidade como princípio doutrinário do SUS: retomando a discussão e centralizando o debate na prática cotidiana da intervenção profissional*. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico. Florianópolis, 2004.

SCHERER, P.; SANTOS, A.; BELLINI, M. *A cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) brasileiro: a importância da intersetorialidade das políticas públicas para o sucesso do tratamento da obesidade*. In: XXV Congresso de ALASS- CALASS 2014, 2014, Granada, Espanha. ACTAS CALASS 2014, p. 01-11, 2014.

SILVA, P. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, RJ, v.16, n.3, p.561- 568, jul./set.,2012.

SILVA-BRITO, K.; BEZERRA, A; TANAKA, O. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.16, n.40, p.249-59, jan./mar. 2012.

SNA. Sistema Nacional de Auditoria. *Total de cirurgias de redução de estômago sobe 542%*. 2009. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/noticias.cfm?id=4500>>. Acesso em 29 de fev. 2016.

_____. Sistema Nacional de Auditoria . *Ministério reduz idade mínima para a cirurgia bariátrica no SUS*. 2012. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/noticias.cfm?id=4969>>. Acesso em 09 de dez. 2016.

_____. Sistema Nacional de Auditoria . *Doenças ligadas à obesidade custam R\$ 488 milhões*. 2013. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/noticias.cfm?id=5013>. Acesso em 09 de dez. 2016.

SOARES, A. *Existe relação entre Diabetes, Obesidade e Depressão?*. 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ideias-e-comentarios/1226-existe-relacao-entre-diabetes-obesidade-e-depressao>>. Acesso em 07 de mar. 2016.

SOLLA, J.; CHIORO, A. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil: Atenção Ambulatorial Especializada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Ministério da Saúde. Brasília: Unesco, 2002.

STROSCHEIN, K.; ZOCHE, D. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab. educ. saúde* (Online), Rio de Janeiro , v.9, n.3, nov., 2011.

TRIVIÑOS, A. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

TRTPR. Tribunal Regional do Trabalho do Paraná. *Cooperativa terá de indenizar candidata a emprego discriminada por obesidade*. Disponível em: <http://www.trt9.jus.br/internet_base/noticia_crudman.do?evento=Editar&chPc=4073702>. Acesso em 18 de ago. 2014.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Legislações/Instruções normativas. *Instrução Normativa 10/PEN/2011*. Critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem - PEN/UFSC. Florianópolis: PEN/UFSC, 2011.

VARELA et. al. Programa de emagrecimento para mulheres obesas envolvendo variáveis nutricionais, psicológicas e exercício físico. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo, v.1, n. 6, p.12-27, nov./dez. 2007.

VARASCHIM, M. et al. Alterações dos parâmetros clínicos e laboratoriais em pacientes obesos com diabetes melito tipo 2 submetidos à derivação gástrica em Y de Roux sem anel. *Rev. Col. Bras. Cir.* Rio de Janeiro, RJ, v. 39, n.3, p. 178-182, 2012.

VAZQUEZ, F. *Referência e Contra-referência no Sistema Único de Saúde*. Monografia (pós-graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Especialização em Saúde Coletiva. Piracicaba, 2009.

VIEIRA, S. *Informações obtidas através de pesquisa exploratória com a nutricionista, integrante da equipe de acompanhamento pós-operatório*, em 19 de maio. 2016.

VIGITEL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. *Envelhecimento da população aumentou os casos de diabetes*. Brasília. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ultimas/vigitel-2013-envelhecimento-da-populacao-aumentou-os-casos-de-diabetes>>. Acesso em: 20 de mar. 2015.

ZEVE, J.; TOMAZ, C. Cirurgia metabólica: cura para diabete tipo 2. *ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.*, São Paulo, v.24, n.4, p.312-317, 2011.

ZILBERSTEIN, B; NETO, M.; RAMOS, A. O Papel da Cirurgia no Tratamento da Obesidade. *Rev. Bras. Med.*, v.59, n.4,p.258-264, 2002.

YIN, R. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YIN, R. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICES



APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: PACIENTES

1. *Identificação*

- 1.1. Nome:
- 1.2. Sexo: () Masculino () Feminino
- 1.3. Idade:
- 1.4. Bairro de residência:
- 1.5. Escolaridade:
- 1.6. Ocupação:
- 1.7. Composição Familiar:
- 1.8. Renda familiar:
- 1.9. Acessa algum benefício social:

2. *Processo de referência*

- 2.1. O que o motivou a fazer o procedimento cirúrgico?
- 2.2. Como foi encaminhado para a cirurgia?
- 2.3. Como foi o caminho percorrido até chegar a marcação da cirurgia?
- 2.4 . Nesse caminho teve acompanhamento/auxílio de outra(s) pessoa(s)?
() Não () Sim. Quem? Se sim, de que forma essa(s) pessoa(s) lhe auxiliaram?
- 2.5. Como era/é sua relação com a UBS? Utilizava os serviços oferecidos?
- 2.6. Por quanto tempo ficou em acompanhamento antes de ser encaminhado para o HU/UFSC?
- 2.7. Seus encaminhamentos para a cirurgia foram feitos através:
() Rede Pública () Rede Particular
Pode descrever como foi/foram esses encaminhamentos?
- 2.8. Sabe informar o tipo de encaminhamento que o profissional de origem fez ao encaminhá-lo?
() Contato telefônico () Encaminhamento escrito () Contato através de e-mail () Contato pessoal
- 2.9. Como foi recebido na instituição para que fosse referenciado – HU/UFSC?
- 2.10. Para quais especialidades foi referenciado no HU/UFSC?
- 2.11. Quanto tempo ficou em acompanhamento no HU/UFSC antes de realizar a cirurgia?

- 2.12. Peso antes da cirurgia bariátrica/IMC:
- 2.13. Período em que realizou o procedimento:
- 2.14. Houveram complicações médicas? Se sim, quais ou de que natureza.

3. *Processo de contrarreferência*

3.1. Realizando acompanhamento ambulatorial no HU/UFSC:

Sim Não

3.2. Com quais especialidades?

3.3. Com que frequência?

3.4. Há quanto tempo está realizando acompanhamento?

3.5. Como foi a continuidade do tratamento pós-operatório em seguida a saída do hospital? Houve necessidade de procurar outros serviços de saúde?

3.6. Houve o encaminhamento por parte dos profissionais para o acompanhamento através dos demais níveis de complexidade do SUS?

Não Sim. Qual? _____

3.7. Caso sim, como foi atendido na instituição para qual foi contrarreferenciado?

3.8. Caso sim, a equipe que lhe recebeu já estava ciente de seu estado de saúde?

3.9. Caso não, a equipe de profissionais já mencionou que lhe encaminhará para o acompanhamento em outros estabelecimentos de saúde?

3.10. Teve que procurar outros serviços de saúde para prosseguir com o tratamento? (Se sim, quais serviços e se encontrou dificuldades na relação com outros serviços de saúde?)

Não UBS Saúde da Família Particular Clientelístico

Média ou Alta Complexidade

3.11. Como se desloca até o hospital para o acompanhamento pós-operatório?

3.12. Como avalia os encaminhamentos que recebeu de todos os profissionais de saúde durante o tratamento de saúde (desde o início da procura pelo procedimento da cirurgia até a fase pós-operatória)?



APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Identificação

- 1.1. Nome:
- 1.2. Especialidade:
- 1.3. Há quanto tempo trabalha no HU:
- 1.4. Há quanto tempo atua no acompanhamento da cirurgia bariátrica?
- 1.5. Atende somente no HU?

2. Processo de Acompanhamento

- 2.1. Como é o protocolo de acompanhamento aos usuários com esta especialidade na fase pré e pós-cirurgia?
- 2.2. O fato dos pacientes residirem em Florianópolis influencia no acompanhamento?
- 2.3. É realizado algum encaminhamento para acompanhamento nos demais níveis de complexidade do SUS enquanto permanecem em acompanhamento na fase pré-operatória? () Não () Sim. Para qual? _____. Caso não, porquê?
- 2.4. É realizado algum encaminhamento para acompanhamento nos demais níveis de complexidade do SUS enquanto permanecem em acompanhamento na fase pós-operatória? () Não () Sim. Para qual? _____. Caso não, porquê?
- 2.5. Você é o mesmo profissional que acompanha o paciente na fase pré e pós-operatória desta especialidade?
- 2.6. Enquanto profissional como você percebe as necessidades do paciente para realizar a contrarreferência? O fato de se ausentar do trabalho, de se adequar a novos hábitos, de reajustar a economia familiar para seguir o acompanhamento.
- 2.7. Há um tempo estipulado para que encerrem-se as consultas de acompanhamento da sua especialidade?
- 2.8. Como você avalia o processo de referência e contrarreferência oferecido pelo SUS aos usuários submetidos a cirurgia bariátrica? Existe comunicação entre os serviços?
- 2.9. Quais são as articulações exigidas/demandas pela cirurgia bariátrica entre os níveis de complexidade do SUS?



APÊNDICE C – MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES

Meu nome é Moara Monteiro Sant’Helena, sou aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC e, sob orientação da Prof. Dra. Betina H. Schlindwein Meirelles, membro docente do Departamento de Enfermagem da UFSC, sentimos a necessidade de investigar a relação entre os serviços de saúde e os sujeitos usuários destes serviços no processo de atenção à obesidade. Nesse sentido, estamos desenvolvendo a pesquisa **“O processo de referência e contrarreferência nas redes de atenção à saúde as pessoas com obesidade e diabetes submetidos à cirurgia bariátrica”**.

Por referência compreende-se o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade, e entende-se por contrarreferência o encaminhamento do paciente para o estabelecimento de origem, que o encaminhou, após a resolução da causa responsável pela referência. O processo de referência e contrarreferência é o modo de organização dos serviços de saúde, cuja configuração é baseada em critérios e fluxos de funcionamento, que visam assegurar a atenção integral aos usuários.

Esta pesquisa segue as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, em sua Resolução n. 466/2012, e tem como objetivo geral conhecer o processo de referência e contrarreferência das pessoas com obesidade e diabetes submetidos à cirurgia bariátrica em um serviço de saúde especializado de Florianópolis/SC.

Para que se possamos alcançar este objetivo, gostaríamos de contar com sua participação, com respostas a algumas perguntas, a partir de um roteiro de entrevista, com temas referentes sobre a sua trajetória de assistência à saúde no viver com diabetes e obesidade até a realização da cirurgia bariátrica, desde outro(s) serviço(s) até chegar à cirurgia bariátrica. Também solicitamos sua permissão para acessar o seu prontuário médico para coletar dados de identificação e informações relevantes com a pesquisa. A entrevista terá a duração estimada de 30 minutos e será previamente agendada e registrada por meio de um gravador digital de áudio, a fim de dar maior fidedignidade às suas informações.

Informamos que, em princípio, a entrevista não envolve riscos aos

participantes, no entanto, caso haja algum desconforto devido aos questionamentos realizados, nos comprometemos a não prosseguir com os mesmos. Caso ocorra dano oriundo da pesquisa haverá indenização aos participantes. Os entrevistados não terão nenhum benefício financeiro com a pesquisa, mas esperamos que se beneficiem de possíveis mudanças geradas, pelos resultados do estudo, nos serviços de atendimento à obesidade oferecidos pelo HU da UFSC. Esperamos que os resultados possam contribuir para a melhoria do acesso à saúde das pessoas que necessitam realizar a cirurgia bariátrica, bem como trazer subsídios para a capacitação dos profissionais que atuam na área.

Não pretende-se gerar gastos eventuais com a pesquisa aos participantes, no entanto, se isso acontecer os responsáveis pela pesquisa assumirão todo e qualquer gasto. Também nos comprometemos a manter o sigilo das informações fornecidas, uma vez que os registros escritos e gravados permanecerão sob nossa responsabilidade, e que não se fará referência a identidade dos participantes no texto do trabalho. Os dados serão utilizados para fins acadêmicos, em divulgação em eventos e publicações científicas. Os participantes têm garantia plena de liberdade para recusar-se a participar do estudo ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou dano ao seu cuidado.

Caso tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, neste momento ou posteriormente, nos disponibilizamos a realizar os devidos esclarecimentos através dos seguintes contatos: com a pesquisadora Moara Monteiro Sant'Helena, pelo telefone (048) 96314457 e/ou pelo e-mail: moara15@hotmail.com, com a Profa. orientadora Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles pelo e-mail: betinahsm@ufsc.br ou através do endereço – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Campus Reitor João David Ferreira Lima. Bairro Trindade / Florianópolis/SC - CEP 88040-900. Fone: 3721-3456; e com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo endereço: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222 - Campus Trindade/Florianópolis, pelo telefone: (048) 37216094.

Consentimento Pós-Infirmação

Eu, _____, RG nº _____ fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “O processo de referência e contrarreferência nas redes de atenção à saúde as pessoas com obesidade e diabetes submetidos à cirurgia bariátrica” e concordo que os dados por mim fornecidos sejam utilizados na realização da mesma. Informo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi feito em duas vias, sendo que uma delas permaneceu comigo.

Florianópolis, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante



APÊNDICE D – MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS

Meu nome é Moara Monteiro Sant’Helena, sou aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC e, sob orientação da Prof. Dra. Betina H. Schlindwein Meirelles, membro docente do Departamento de Enfermagem da UFSC, sentimos a necessidade de investigar a relação entre os serviços de saúde e os sujeitos usuários destes serviços no processo de atenção à obesidade. Nesse sentido, estamos desenvolvendo a pesquisa **“O processo de referência e contrarreferência nas redes de atenção à saúde as pessoas com obesidade e diabetes submetidos à cirurgia bariátrica”**.

Por referência compreende-se o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade, e entende-se por contrarreferência o encaminhamento do paciente para o estabelecimento de origem, que o encaminhou, após a resolução da causa responsável pela referência. O processo de referência e contrarreferência é o modo de organização dos serviços de saúde, cuja configuração é baseada em critérios e fluxos de funcionamento, que visam assegurar a atenção integral aos usuários.

Esta pesquisa segue as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, em sua Resolução n. 466/2012, e tem como objetivo geral conhecer o processo de referência e contrarreferência das pessoas com obesidade e diabetes submetidos à cirurgia bariátrica em um serviço de saúde especializado de Florianópolis/SC.

Para que se possamos alcançar este objetivo, gostaríamos de contar com sua participação, com respostas a algumas perguntas, a partir de um roteiro de entrevista, com temas referentes sobre a trajetória de assistência à saúde no viver de pessoas com diabetes e obesidade até a realização da cirurgia bariátrica, desde outro(s) serviço(s) até chegar à cirurgia bariátrica. A entrevista terá a duração estimada de 30 minutos e será previamente agendada e registrada por meio de um gravador digital de áudio, a fim de dar maior fidedignidade às suas informações.

Informamos que, em princípio, a entrevista não envolve riscos aos participantes, no entanto, caso haja algum desconforto devido aos questionamentos realizados, nos comprometemos a não prosseguir com os

mesmos. Caso ocorra dano oriundo da pesquisa haverá indenização aos participantes. Os entrevistados não terão nenhum benefício financeiro com a pesquisa, mas esperamos que se beneficiem de possíveis mudanças geradas, pelos resultados do estudo, nos serviços de atendimento à obesidade oferecidos pelo HU da UFSC. Esperamos que os resultados possam contribuir para a melhoria do acesso à saúde das pessoas que necessitam realizar a cirurgia bariátrica, bem como trazer subsídios para a capacitação dos profissionais que atuam na área.

Não pretende-se gerar gastos eventuais com a pesquisa aos participantes, no entanto, se isso acontecer os responsáveis pela pesquisa assumirão todo e qualquer gasto. Também nos comprometemos a manter o sigilo das informações fornecidas, uma vez que os registros escritos e gravados permanecerão sob nossa responsabilidade, e que não se fará referência a identidade dos participantes no texto do trabalho. Os dados serão utilizados para fins acadêmicos, em divulgação em eventos e publicações científicas. Os participantes têm garantia plena de liberdade para recusar-se a participar do estudo ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou dano ao seu cuidado.

Caso tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, neste momento ou posteriormente, nos disponibilizamos a realizar os devidos esclarecimentos através dos seguintes contatos: com a pesquisadora Moara Monteiro Sant'Helena, pelo telefone (048) 96314457 e/ou pelo e-mail: moara15@hotmail.com, com a Profa. orientadora Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles pelo e-mail: betinahsm@ufsc.br ou através do endereço – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Campus Reitor João David Ferreira Lima. Bairro Trindade / Florianópolis/SC - CEP 88040-900. Fone: 3721-3456; e com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo endereço: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222 - Campus Trindade/Florianópolis, pelo telefone: (048) 37216094.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, RG nº _____ fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “O processo de referência e contrarreferência nas redes de atenção à saúde as pessoas com obesidade e diabetes submetidos à cirurgia bariátrica” e concordo que os dados por mim fornecidos sejam utilizados na realização da mesma. Informo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi feito em duas vias, sendo que uma delas permaneceu comigo.

Florianópolis, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante



APÊNDICE E – ROTEIRO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO MÉDICO

Nome:

Número do prontuário:

Endereço:

Contato telefônico:

Diagnóstico:

Fase pré-operatória

- 1 – Data de realização da cirurgia?
- 2 – Peso pré-operatório?
- 3 – IMC pré-operatório?
- 4 – Houve intercorrência na cirurgia? Qual?

Fase pós-operatória

- 5 – Peso após 2 anos de cirurgia?
- 6 – IMC após 2 anos de cirurgia?
- 7 – Peso atual?
- 8 – IMC atual?
- 9 – Realizando acompanhamento pós no HU/UFSC?
- 10 – Glicemia atual?

ANEXOS

ANEXO I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Referência e Contrarreferência nas Redes de Atenção à Saúde às Pessoas com Obesidade e Diabetes submetidos a Cirurgia Bariátrica

Pesquisador: Betina Hörner Schindwein Meirelles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51685615.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.450.701

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de dissertação de mestrado apresentado à Banca de Qualificação do Programa de PósGraduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde. Os participantes do estudo serão os profissionais de diferentes áreas que atuam no cuidado as pessoas submetidas a cirurgia bariátrica (4), na fase pré e pós-operatória, da instituição de Atenção Especializada. Além de (24) pacientes que realizaram o procedimento cirúrgico há dois e três anos, respectivamente. Assim, tem-se como critério de inclusão: o paciente ter origem no município pesquisado e possuir o período estipulado de mais de dois anos pós cirurgia. Será sorteado um paciente a cada mês durante o período de dois anos, totalizando no mínimo 24 pessoas a serem pesquisadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de referência e contrarreferência das pessoas com obesidade e diabetes submetidos a cirurgia bariátrica em um serviço de saúde especializado de Florianópolis/SC.

Objetivo Secundário:

Identificar a aplicabilidade da referência e contrarreferência entre o Hospital Universitário (HU) e as

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.450.701

Unidades Básicas de Saúde (UBS) das pessoas com diabetes e obesidade em Florianópolis; e reconhecer os profissionais/serviços que realizam a referência e a contrarreferência no sistema de cirurgia bariátrica entre HU e UBS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e as medidas tomadas para minimizá-los foram previstos adequadamente: "Informamos que, em princípio, a entrevista não envolve riscos aos participantes, no entanto, caso haja algum desconforto devido aos questionamentos realizados, nos comprometemos a não prosseguir com os mesmos".

No que se refere aos benefícios, espera-se que "... os resultados possam contribuir para a melhoria do acesso à saúde das pessoas que necessitam realizar a cirurgia bariátrica, bem como trazer subsídios para a capacitação dos profissionais que atuam na Área".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O lócus da pesquisa será o HU/UFSC, uma instituição de referência para a região metropolitana da grande Florianópolis e para o restante do SC em relação à urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e internação de alta complexidade, incluindo o procedimento cirúrgico da bariátrica (HU, 2015). Como o estudo buscará a referência e contrarreferência, as UBS que desenvolvem a Atenção Básica à Saúde do município, atualmente o município conta com 49 unidades que funcionam como porta de entrada preferencial do SUS.

2.1 Entrevistas - A entrevista será semiestruturada, com questões fechadas para a identificação do pesquisado e também questões abertas. As entrevistas serão áudio-gravadas e posteriormente transcritas, além de serem agendadas previamente.

2.2 Registros em arquivos/documentos - Os registros em arquivos/documentos utilizados serão: os prontuários dos pacientes, registros de profissionais da equipe de cirurgia bariátrica e dados oriundos de levantamentos acerca da realização do procedimento feito pela instituição, tod.os possibilitando a análise do processo de referência e contrarreferência

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as pendências mencionadas no parecer substanciado anterior foram resolvidas: (1) Foi revisado o TCLE nos seguintes aspectos: (a) O TCLE foi iniciado com todas as informações de identificação necessárias; (b) Foi explicado brevemente o que é "referência" e "contrarreferência"; (c) Foi incluída informação sobre o ressarcimento de eventuais gastos decorrentes da pesquisa; (d) Foi acrescentado endereço completo do pesquisador responsável; (e) Foi solicitada permissão para

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.450.701

acesso ao prontuário médico do paciente. (2) Foi esclarecido que: "não serão entrevistados os profissionais ou pacientes dos serviços de referência das UES de Florianópolis ou de outros municípios de referência do estado de Santa Catarina. Serão entrevistados somente os profissionais de saúde da Atenção Especializada (Hospital Universitário/UFSC) ...".

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Perdências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "Referência e Contrarreferência nas Fedes de Atenção à Saúde às Pessoas com Obesidade e Diabetes submetidos a Cirurgia Bariátrica" deve ser considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_624420.pdf	29/02/2016 00:41:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_TCLE_PROFISSIONAIS.doc	29/02/2016 00:40:52	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_TCLE_PACIENTES.doc	29/02/2016 00:39:42	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito
Outros	RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.pdf	29/02/2016 00:34:00	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.jpg	07/12/2015 18:27:51	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito
Projeto Detalhado / Esquema Investigador	Projeto.doc	07/12/2015 18:25:52	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito
Folha de Rosto	Digitalizar0003.pdf	07/12/2015 18:23:28	Betina Hörner Schlindwein Meirelles	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.450.701

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 14 de Março de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br