O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM SERVIÇO ESPECIALIZADO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAVE¹

Soraia Younes*
Maria Lucia Frizon Rizzotto**
Márcia Cristina Dalla Costa***

RESUMO

Objetivou-se fazer resgate histórico da criação e implementação de um Serviço Especializado em Obesidade, criado em 2007 e efetivado em 2014, bem como identificar vínculos e satisfação dos usuários. Estudo qualitativo, para o qual foram entrevistados dois idealizadores do serviço e 21 pacientes. Verificou-se como resultado que, durante o processo de implementação, o protocolo de atendimento passou de clínico individualizado e tradicional para o de grupos com atendimento interdisciplinar, mudança que gerou forte vínculo entre profissionais e usuários, além de reconhecido grau de satisfação. Revelou-se, ainda, que, quando profissionais se propõem a ouvir usuários e a valorizar suas demandas e saberes, é possível construir um serviço de saúde mais humanizado e de excelência. Entretanto, apesar da satisfação dos usuários desse serviço, verificado nas entrevistas, eles não relataram a necessidade da oferta desses serviços em seus municípios de origem, contentando-se com a possibilidade de chegar a um serviço terciário.

Palavras-chave: Obesidade mórbida. Cirurgia bariátrica. Educação em saúde. Serviço de Saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, estudo realizado⁽¹⁾ nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal mostrou que a prevalência do excesso de peso nos adultos brasileiros esteve presente em 53,8% da amostra. No que se refere à obesidade entre adultos, a prevalência foi de 18,9%, porcentagem que se reduz de modo proporcional ao aumento da escolaridade, para ambos os sexos. Tratar a obesidade e suas consequências é uma realidade nos serviços de saúde há muitos anos, entretanto, na prática, esse tema ainda não é prioridade nas agendas dos gestores públicos e do Ministério da Saúde (MS).

De acordo com a legislação pesquisada, em 2013, foram publicadas duas portarias pelo MS, as den^o 424 e n^o 425, sendo que a primeira “redefiniu 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”^(2,23). Já a Portaria n^o 425, “estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade”^(3,59). Em 2015, o Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB/HUOP) iniciou o processo de credenciamento junto ao MS, seguindo rigorosamente as legislações vigentes.

Os estabelecimentos de saúde habilitados pelo MS⁽⁴⁾ como Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao

Paciente Portador de Obesidade Grave, teriam seus credenciamentos mantidos até o dia 31 de dezembro de 2015, conforme a Portaria n^o 670, de 3 de Junho de 2015. Essa portaria objetivava que tais estabelecimentos de saúde comprovassem o cumprimento das determinações dispostas no anexo II, da Portaria n^o 425/2013, exigidas para a habilitação do serviço. Entretanto, o MS⁽⁵⁾ prorrogou o prazo estabelecido por essa Portaria, a fim de que o Distrito Federal e as esferas estaduais e municipais do âmbito da saúde organizassem as linhas regionais de cuidado do sobrepeso e obesidade, por meio da publicação da Portaria n^o 308, de 04 de março de 2016. Nesse contexto, o processo de credenciamento do SOCB/HUOP retornou para que a linha de cuidado fosse implantada na 10^a Regional de Saúde, a qual cumpria a exigência. Com base nessa legislação, o indivíduo com obesidade que se decidir pelo tratamento cirúrgico da obesidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deverá estar inserido na organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, que terá como linha prioritária de cuidado a organização da prevenção e do tratamento do excesso de peso e obesidade. Como parte da Rede, a Atenção Básica desempenha relevante papel na prevenção e atenção às doenças crônicas. Sendo assim, os cuidados em saúde, por meio das equipes de saúde da família, com indivíduos que apresentem excesso de peso e obesidade deverão seguir critérios de acordo com a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC).

¹Extrato da dissertação, intitulada *Itinerário Terapêutico de Pacientes Atendidos no Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade*, do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em BioCiências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, no ano de 2017.

*Nutricionista. Mestre em BioCiências e Saúde, Supervisora de Estágio da Clínica Escola de Nutrição da UDC. E-mail: soraiayounes@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva, Docente do Departamento de Enfermagem da UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: frizon@terra.com.br

***Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva, Docente do Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas da UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: marciacdo@uol.com.br

Indivíduos que apresentem IMC > 40 kg/m² ou casos mais complexos deverão ser encaminhados para os serviços de Atenção Especializada, seja ambulatorial e/ou hospitalar^(3,6).

Diante da complexidade envolvida nos fatores determinantes da obesidade, o seu tratamento requer múltipla abordagem, por ser doença de etiologia multifatorial⁽⁷⁾. A abordagem interdisciplinar humanizada é essencial para o sucesso no tratamento da obesidade, refletida nas políticas de educação em saúde⁽⁸⁾. Dessa maneira, não há humanização sem comunicação, pois esta última depende da capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes. Nesse contexto e baseado nesses princípios, é que o SOCB/HUOP vem construindo seu espaço no tratamento da obesidade.

Nesse sentido, o presente artigo busca fazer um resgate histórico do serviço e identificar vínculos e satisfação de usuários do SOCB/HUOP.

METODOLOGIA

Estudo de caráter qualitativo, foi desenvolvido no SOCB/HUOP, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com dois de seus idealizadores e com 21 pacientes (28,0%), dos 75 cadastrados, oriundos de 21 municípios das regiões Oeste, Sudoeste e Noroeste do estado do Paraná, sendo que foi entrevistado um paciente de cada cidade. Para os municípios com mais de um paciente, a escolha efetivou-se pela ordem de chegada ao serviço no dia das reuniões dos grupos e disponibilidade de tempo para participar da entrevista, antes ou após as reuniões. Também, nesse caso, foram escolhidos pacientes que pertenciam a grupos diferentes, uma vez que a coordenação dos três grupos ocorre por equipes diferentes de profissionais, embora todos sejam orientados por um único protocolo de funcionamento e atendimento.

As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e maio de 2016, em local reservado, nas dependências do HUOP, nos dias de reuniões dos três grupos em atividade. O roteiro semiestruturado das entrevistas foi composto por questões abertas, por exemplo: Como é o vínculo e o acompanhamento no Serviço do HUOP? Como é o atendimento/relacionamento com os profissionais de saúde das diferentes especialidades no Serviço do HUOP? O que facilita o acesso aos procedimentos/serviços no ambulatório? Quais as dificuldades de acesso e para que tipo de procedimento/serviço no ambulatório?

Os critérios de inclusão, voltados a ambos os sexos e a municípios distintos, foram: estar em tratamento

clínico da obesidade e/ou em fase preparatória para a realização da cirurgia bariátrica; com idade mínima de 18 anos; que concordassem em participar da pesquisa, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devendo, necessariamente, ser um de cada município e pertencer a grupos diferentes.

Quanto às entrevistas realizadas com os dois idealizadores, as quais permitiram a reconstrução da trajetória histórica do serviço, uma foi gravada em local reservado, nas dependências do HUOP, e a outra, por opção da entrevistada, foi concedida por meio de um roteiro de perguntas respondidas por e-mail.

Os dados empíricos propiciaram conhecer o processo de criação do SOCB/HUOP e identificar três categorias analíticas: Vínculo e relacionamento com a equipe interdisciplinar; Avaliação dos usuários do SOCB/HUOP; e Facilidades e dificuldades de acesso ao SOCB/HUOP.

Esta pesquisa, recorte de dissertação de mestrado, faz parte do projeto “Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná/HUOP”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Parecer nº 1.180.202/2015, conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Histórico do SOCB/HUOP de Cascavel, Paraná

O SOCB/HUOP localiza-se na macrorregião oeste do Paraná, que contempla as 7^a, 8^a, 9^a, 10^a e 20^a Regionais de Saúde. A trajetória do SOCB/HUOP teve início quando um grupo de docentes demonstraram interesse em estender seus estudos experimentais, desenvolvidos no âmbito do Grupo de Pesquisa Experimental em Obesidade para os seres humanos. Assim, em 2007, buscaram ampliar o grupo com o convite a profissionais de outras áreas, por exemplo, nutrição, para desenvolver projeto voltado ao público adolescente, uma vez que os dados apontavam um alto índice de excesso de peso nessa população (14,39%)⁽⁹⁾. Após reunião com a direção do HUOP e com outros profissionais nutricionistas e psicólogos, os docentes propuseram o projeto para a “Criação do Centro de Referência de Atividade Multiprofissional ao Adolescente com Excesso de Peso Corporal (CRAMAEP)”, que não chegou a ser concretizado.

Em 2010, com a aproximação de um cirurgião gástrico junto ao Grupo de Pesquisa Experimental em

Obesidade, iniciaram-se novas discussões, agora, para a criação de um Ambulatório de Obesidade no HUOP. Nos anos seguintes, de 2010 a 2012, várias reuniões foram realizadas com profissionais interessados em estruturar um serviço especializado em atendimento para obesos no HUOP.

Em 2013, a 10ª Regional de Saúde começou a referenciar pacientes obesos para o HUOP, com atendimento pelo Ambulatório de Cirurgia Geral, até que, em fevereiro de 2014, foi criado o Ambulatório de Obesidade e Cirurgia Bariátrica, denominado como Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica (SOCB), com atendimentos baseados no modelo clássico individualizado.

De acordo com o Protocolo do SOCB/HUOP, à época, já na primeira consulta com o médico cirurgião, o paciente recebia encaminhamento para as demais especialidades, como: endocrinologia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. Entretanto, com a demanda aumentada para essas especialidades, o tempo de espera entre a consulta e o retorno começou a ultrapassar o período de seis meses. Além disso, os pacientes tinham que retornar ao serviço com certa frequência, o que se tornava dificultoso para os indivíduos que trabalhavam e para os que vinham de outros municípios.

Em 2015, após o processo de credenciamento junto à Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, o coordenador do SOCB/HUOP realizou visita técnica ao Serviço de Alta Complexidade para Obesidade, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), a fim de conhecer a metodologia de atendimento em grupo, com reuniões semanais, hoje considerada

importante marco na trajetória do SOCB/HUOP. A partir da troca de experiências com o Serviço da Unicamp, o SOCB/HUOP atualizou o seu Protocolo de Atendimento, com a adoção de metodologia semelhante à utilizada no município de Campinas-SP.

Como repercussão do processo de reestruturação do SOCB/HUOP, evidenciou-se, também, por parte da equipe de saúde, o interesse em vincular o Serviço à pesquisa científica. Assim, seguiu-se a isso a aprovação do Projeto de Pesquisa de Assistência Interdisciplinar ao Indivíduo com Obesidade do HUOP, em julho de 2015, pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UNIOESTE. Com esse novo formato, o SOCB/HUOP pôde abrir espaço para a participação mais efetiva da equipe interdisciplinar, com diversas especialidades médicas, além de assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos.

Em setembro do mesmo ano, os 150 pacientes obesos já credenciados foram divididos em três grandes grupos de atendimento. Essa nova metodologia possibilitou monitorar a evolução do tratamento com maior regularidade. O atendimento em grupo também permitiu identificar necessidades especiais dos pacientes, por exemplo, a de atendimentos individuais com cardiologista, psicólogo e fisioterapeuta, o que possibilitou que os atendimentos em grupo não excluíssem os atendimentos individualizados, sempre que se fizessem necessários.

Em outubro iniciou-se o processo de credenciamento do SOCB/HUOP junto ao MS, o qual, até o momento, está em tramitação. Em maio de 2016, a equipe do SOCB/HUOP organizou uma “Caminhada Rumo ao Credenciamento de Cirurgia Bariátrica”, a fim de sensibilizar tanto a imprensa como a sociedade sobre a importância desse credenciamento para propiciar continuidade ao tratamento da obesidade àqueles que necessitassem de tratamento cirúrgico.

O SOCB/HUOP, além de prestar serviço especializado à população com obesidade, também é importante na formação de profissionais de saúde capacitados para o atendimento voltado à obesidade, acolhendo alunos da graduação e da pós-graduação, tanto *lato sensu* quanto *stricto sensu*, com a preocupação de qualificar profissionais de saúde para o atendimento de pacientes obesos em todos os níveis de atenção à saúde. Desde 2016, a equipe técnica, em parceria com outras instituições, organiza eventos anualmente voltados à comunidade em geral, a exemplo do “MAIS SAÚDE: todos juntos contra a obesidade”, e também aos profissionais da área da saúde da região, com eventos técnicos. E, ainda, a equipe técnica trabalha juntamente com outros serviços e com a 10ª Regional de Saúde, o que resultou, em 2017, na criação de um Grupo de Atenção à Obesidade (GAO), o qual desenvolve práticas educativas em grupos, assim como atividades individuais, conforme a necessidade, aguardando o credenciamento do SUS. Nesse sentido, em dezembro de 2017, foi realizada a primeira cirurgia pela equipe.

Em 6 de janeiro de 2017, o MS publicou a Portaria nº 62, que alterou as Portarias nºs. 424 e 425/GM/MS de 2013, com o argumento sobre a necessidade de se ampliar o acesso ao tratamento da obesidade na alta complexidade, o que desobrigou as Secretarias Estaduais de implantar a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade como critério para habilitação dos Serviços, devendo apenas ser aprovado nas Comissão Intergestores Bipartite (CIB)⁽¹⁰⁾. Assim, com a Portaria nº

62/2017, o processo de credenciamento do SOCB/HUOP retrocedeu para adequações à nova Portaria.

O tratamento e acompanhamento adequado de indivíduos obesos ainda não é uma prioridade no SUS, pois necessita da organização regional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ficando à Atenção Básica o papel de ordenadora nessa regionalização, com o apoio diagnóstico e terapêutico, tanto os ambulatoriais como os hospitalares, da Atenção Especializada que compõe a Rede. Entretanto, a garantia de um financiamento adequado à saúde é um grande desafio, enfrentado na implementação das RAS⁽¹¹⁾, o qual reforça, assim, que o tema obesidade ainda não compõe a agenda da saúde na proporção da sua gravidade, haja vista a morosidade no processo de credenciamento do Serviço em questão.

Vínculo e relacionamento com a equipe interdisciplinar

O acolhimento ao usuário é essencial para a formação de vínculo com o profissional de saúde. Um sujeito bem acolhido sente-se parte do processo e do serviço, ao perceber o interesse desse profissional pelo seu problema de saúde, além de estabelecer um diálogo favorável à promoção da sua saúde, integral e integradora, com seguimento das orientações que serão melhor direcionadas de acordo com a realidade do usuário, suas necessidades, sejam elas: emocional, financeira, motora, entre outras. Nesse sentido, “a construção do vínculo profissional-usuário surge, em suma, como uma técnica empreendedora onde o profissional e o usuário podem agir juntos a favor do viver saudável”^(12,561).

A construção desse vínculo entre o profissional e o usuário é essencial, não apenas para o usuário, mas, inclusive, para o profissional, que presta uma atenção mais humanizada e individualizada de acordo com a realidade desse sujeito. Dessa forma, o profissional sente-se motivado a contribuir cada vez mais à atenção à saúde do usuário e da sua família, buscando subsídios profissionais para melhor atendê-los e, assim, renovando sua prática clínica. Conhecendo as necessidades do usuário, o profissional direciona a sua conduta dentro dessa realidade, gerando efetividade ao tratamento. Entretanto, o profissional deve ter evidente, nessa relação, a formação de um vínculo positivo, caso contrário, a sua conduta pode tornar-se paternalista e de dependência, colocando em risco os objetivos e metas traçados para o sucesso do tratamento⁽¹³⁾.

Um dos desafios da reorganização de um serviço

de saúde, seja privado ou público, encontra-se no relacionamento estabelecido entre os profissionais de saúde e seus usuários⁽¹⁴⁾, sendo importante que, no vínculo entre eles, haja confiança.

“Todos atenciosos, tratam a gente com muita seriedade [...]” (E02). “Não sei se sou eu só que sinto assim, mas se tornou um elo muito gostoso, muito bom, o modo deles atenderem, a simplicidade, não tem como explicar [...]” (E08).

A proximidade entre equipe e usuários auxilia no processo ensino-aprendizagem, possibilita melhor entendimento das orientações fornecidas pelos técnicos e torna-se estímulo para o prosseguimento nessa direção.

Aqui eles estão me ensinando” (E19).

Os usuários relatam que se sentem estimulados pela equipe, mas também pela convivência com os colegas, demonstrando a importância da modalidade de atendimento em grupo.

[...] me levanta a autoestima, o dia que eu venho, volto mais animada [...] falo para minhas amigas que também se interessaram [...] a gente passa a fazer mais exercícios, mais motivação para o exercício, caminhada, mudança do hábito alimentar... aumentou a minha qualidade de vida. [...] Ah, muito bom, todos me chamam pelo nome, todos me conhecem (E20).

O relato dos usuários sugere que os profissionais buscam aplicar os princípios da política do HumanizaSUS, a qual propõe que o SUS deva ser contagiado por essa atitude humanizadora, que destaca os aspectos subjetivos, presentes em qualquer ação humana e nas práticas de saúde, por entender que a humanização em saúde proporciona um novo modo de olhar todas as pessoas em suas especificidades, em suas histórias de vida, como sujeitos de um coletivo, sujeitos da história de outras tantas vidas, e, portanto, todos corresponsáveis pela produção da saúde e pela construção de laços de cidadania⁽⁸⁾.

A transversalidade e a interdisciplinaridade são formas de trabalhar o conhecimento, quando se busca a reintegração dos procedimentos acadêmicos que ficaram isolados uns dos outros, pelo método disciplinar, de forma que se reconhece que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido, produzindo-se, com isso, saúde de forma corresponsável. No SUS humanizado, cada pessoa é legítima cidadã e portadora de direitos, sendo valorizada e incentivada a sua atuação na produção de saúde⁽⁸⁾.

As ações de promoção de saúde devem ser executadas de forma a estimular uma mudança de comportamento nos indivíduos e grupos beneficiados por tais práticas, de modo a promover a participação de sujeitos tomados mais autônomos⁽¹⁵⁾.

Avaliação dos usuários do SOCB/HUOP

Nos estabelecimentos de saúde, a qualidade dos serviços prestados está relacionada diretamente ao grau de satisfação do usuário. No presente estudo, os pacientes entrevistados foram questionados quanto ao atendimento/relacionamento com os profissionais de saúde das diferentes especialidades do SOCB/HUOP.

Os sentimentos que se sobressaíram foram os de satisfação e agradecimento pelo atendimento da equipe do SOCB/HUOP:

Eu gosto muito do acompanhamento deles [...]. Todos atendem a gente muito bem [...]" (E12).

"Maravilhoso. Só tenho que agradecer." (E 11).

Ao verificar o grau de satisfação, a grande maioria dos entrevistados (95,3%) consideraram o serviço de "muito bom" a "excelente", enquanto que apenas um usuário considerou "bom".

A realização de avaliações em serviços de saúde é importante para medir a qualidade dos atendimentos prestados à população, proporcionando visualizar resultados insatisfatórios e consequente reformulação por parte da equipe de saúde, de sua metodologia de trabalho, melhorando a qualidade da assistência à saúde⁽¹⁶⁾.

Faz-se importante reforçar a "humanização da assistência", pois está ligada à mudança de atitude de profissionais em relação ao contato com os pacientes e acompanhantes, na direção de amenizar o ambiente de alta complexidade e tecnologia dos procedimentos médicos vigentes, oferecendo-lhes qualidade e acolhimento⁽⁸⁾. Dessa forma, usuários e profissionais fundem-se na construção de novos conhecimentos e práticas. A possibilidade de troca de experiências entre os participantes do grupo, tendo em vista que todos têm o mesmo objetivo e motivo para estar nesses grupos, é de primordial importância para o sucesso do tratamento.

Facilidades e dificuldades de acesso ao SOCB/HUOP

A acessibilidade é um atributo essencial para o alcance da qualidade nos serviços de saúde e possui características sócio-organizacionais e geográficas. A primeira refere-se à relação entre o funcionamento dos serviços e os usuários, como o tempo de espera para o atendimento; a segunda pode ser medida pelo tempo de locomoção do usuário ao serviço ou mesmo pelas despesas com a viagem, dentre outros fatores⁽¹⁷⁾.

Ambas as formas de acessibilidade foram identificadas neste estudo. As facilidades de acesso ao serviço, a forma de atendimento em grupo, que facilita o

contato entre os próprios usuários, e o acesso à equipe multidisciplinar:

"Essa forma de organização deles...esse grupo que foi feito com equipe multidisciplinar" (E 01).

A mudança dos atendimentos clínicos tradicionais para a modalidade de atendimento em grupo surgiu da necessidade de propiciar facilidades no acesso do usuário ao SOCB/HUOP.

As facilidades referem-se aos agendamentos de consultas médicas – com exceção da psiquiatria, que não participada equipe –, de exames e prescrições de medicamentos.

Eu acho que é o grupo que facilita tudo para a gente... Se precisar marcar uma consulta, um exame, uma receita, eles mesmos fazem para a gente" (E 09).

Eles estão dando assistência em tudo que precisamos. A única coisa que eu não encontrei que foi o médico psiquiatra, paguei consulta particular, porque eu tenho bastante ansiedade" (E 19).

Os serviços de transporte, fornecidos pelos municípios, sejam ônibus ou ambulâncias, também foram indicados como facilidades de acesso, desde o agendamento do transporte e locomoção na data marcada para estar com o grupo até o retorno desse usuário ao município de origem, após o atendimento.

O que facilita é que a gente chega lá na secretaria e consegue marcar o carro fácil pra vir para cá" (E 04).

Eles me deixam aqui, me pegam e me deixam na porta da minha casa" (E 12).

Percebe-se que, em geral, os municípios satisfazem a necessidade de transporte público dos seus usuários. Entretanto, os usuários relataram como fator que dificulta o acesso, a distância entre os seus municípios de origem e o do SOCB/HUOP.

A dificuldade é o deslocamento ... a distância" (E 15).

"No começo eu tinha até desistido. Quando eu comecei em 2013 ou 2014 [...] ter que vir toda consulta, toda especialidade separado, não era como foi organizado agora, eu teria que vir quase toda semana" (E 01).

Apesar de alguns entrevistados terem referido dificuldades, é importante ressaltar que a atenção em saúde com equipe interdisciplinar propicia assessoramento amplo e integrado, possibilitando ao profissional visualizar e solucionar outras necessidades de saúde do paciente. Serviços de saúde que atuam dessa maneira possuem a perspectiva de elevar o grau de resolutividade das práticas em saúde e a qualidade da atenção, uma vez que reduzem as falhas, as intervenções duplicadas, filas de espera, além de evitar os adiamentos. Essa proposta de organização dos serviços tende a ser um caminho sem volta⁽¹⁸⁾, porém, ainda não é uma prática dos municípios locais.

Outras dificuldades foram evidenciadas quanto à

insatisfação relativa à demora na realização da cirurgia bariátrica, às dificuldades de locomoção e ao não encaminhamento para outros serviços, para realizar o procedimento:

Pra mim tá sendo bom [...] Eu esperava, assim... que fosse mais rápido, sabe? [...] Tinha que ter encaminhamento; como o hospital não está realizando cirurgias, não sei o que eles poderiam fazer para acelerar um pouco isso aí, porque a gente mora longe, a maioria mora longe e daí desloca pra vim até aqui (E 15).

A quantidade de Serviços Especializados de Atenção à Obesidade, em nível ambulatorial, disponíveis no Estado do Paraná e em relação ao total do país, corresponde a 26,7% para o SUS e não SUS; quanto à proporção dos serviços em nível hospitalar, disponíveis no Estado, em relação ao país, verificam-se 22,7% para o SUS e não SUS⁽¹⁹⁾, justificando-se a precariedade na assistência ao obeso antes e após a cirurgia bariátrica.

Os tratamentos cirúrgicos da obesidade, realizados e disponíveis, promovem a redução do volume de ingestão total, por parte do paciente, e/ou da absorção total ou seletiva do conteúdo alimentar ingerido. Nesse sentido, se não houver por parte do pós-bariátrico um seguimento adequado da prescrição dietética e se o estado nutricional não for monitorado frequentemente por profissional nutricionista ou por equipe multiprofissional, elevam-se os riscos de complicações

no pós-operatório⁽²⁰⁾, reforçando-se, com isso, a necessidade da linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no SUS, inseridas na rotina da Atenção Básica dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da satisfação dos usuários desse serviço, verificada nas entrevistas, eles não relataram a necessidade da oferta desses serviços em seus municípios de origem, contentando-se com a possibilidade de chegar a um serviço terciário. Entende-se que, se a obesidade fosse uma preocupação dos gestores, com ações promotoras de saúde ou mesmo com ações de prevenção do sobrepeso e obesidade - incorporadas na rotina dos serviços nos diferentes níveis de atenção, não apenas na área da saúde, mas também nas áreas da educação, esporte, lazer, agricultura, meio ambiente, entre outros-, o controle ou a redução da sua prevalência poderia ser vislumbrado a médio e longo prazos. Entretanto, não se observa nem mesmo a preocupação em relação ao tema obesidade por partados municípios, verificando-se uma inexistência de protocolos para organização dos serviços de saúde, além de indicar um problema de saúde pública que está longe de ser equacionado.

THE PROCESS OF CONSTRUCTION OF A SPECIALIZED SERVICE IN THE TREATMENT OF SERIOUS OBESITY

ABSTRACT

This study aims to make a historical rescue of the creation and implementation of a Specialized Obesity Service, created in 2007 and carried out in 2014, as well as to identify links and user satisfaction. It is a qualitative study, for which two idealizers of the service and 21 patients were interviewed. It was verified that during the implementation process, the service protocol went from individualized and traditional clinical care to the groups with interdisciplinary care, a change that generated a strong link between professionals and users, in addition to a recognized degree of satisfaction. It was also revealed that when professionals propose to listen to users and to value their demands and knowledge, it is possible to build a more humanized health service and excellence. However, despite the satisfaction of the users of this service, verified in the interviews, they did not report the need to offer these services in their municipalities of origin, being satisfied with the possibility of reaching a tertiary service.

Keywords: Morbid obesity. Bariatric Surgery. Health Education. Health Service.

EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN SERVICIO ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD GRAVE

RESUMEN

El objetivo fue rescatar el histórico de la creación e implementación de un Servicio Especializado en Obesidad, creado en 2007 y realizado en 2014, así como identificar vínculos y satisfacción de los usuarios. Estudio cualitativo, para el cual fueron entrevistados dos idealizadores del servicio y 21 pacientes. Se verificó como resultado que, durante el proceso de implementación, el protocolo de atención pasó de clínico individualizado y tradicional para el de grupos con atención interdisciplinaria, cambio que generó fuerte vínculo entre profesionales y usuarios, además de reconocido grado de satisfacción. Aun se reveló que, cuando profesionales se proponen a escuchar a los usuarios y a valorar sus demandas y saberes, es posible construir un servicio de salud más humanizado y de excelencia. Pero, a pesar de la satisfacción de los

usuarios de este servicio, confirmado en las entrevistas, ellos no relataron la necesidad de la oferta de estos servicios en sus municipios de origen, contentándose con la posibilidad de llegar a un servicio terciario.

Palabras clave: Obesidad mórbida. Cirugía bariátrica. Educación en salud. Servicio de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 160 p. Disponível em: http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf.
2. Brasil. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União. 54. ed. Brasília, DF, 20 mar. 2013a. Seção 1, p. 23-24. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=23&data=20/03/2013>.
3. Brasil. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União. 54. ed. Brasília, DF, 20 mar. 2013b. Seção 1, p. 25-29. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/03/2013&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=96>.
4. Brasil. Portaria nº 670, de 03 de junho de 2015. Mantém até 31 de dezembro de 2015 a habilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, e altera a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013. Diário Oficial da União. 105. ed. Brasília, DF, 05 jun. 2015. Seção 1, p. 48-48. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=05/06/2015>.
5. Brasil. Portaria nº 308, de 04 de março de 2016. Prorroga os prazos de que tratam o "caput" e o § 1º do art. 1º da Portaria nº 670/GM/MS, de 3 de junho de 2015, para que os Estados, os Municípios e o Distrito Federal organizem as linhas regionais de. Diário Oficial da União. 44. ed. Brasília, DF, 07 mar. 2016. Seção 1, p. 69-69. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=69&data=07/03/2016>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n 38). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cademo_38.pdf.
7. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. Rev Med Minas Gerais [online]. 2010. [citado 2015 maio 14]; 20(3):359-366. Disponível em: <http://mmg.org/artigo/detalhes/371>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagens/1834.pdf>.
9. Costa MCD, Bonfleur ML, Sousa PG, Balbo SL. Sobrepeso como fator de risco para hipertensão em escolares de município paranaense. Revista Varia Scientia - Ciências da Saúde. 2016. [citado 2017 nov. 23];2(1):31-42. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/14313/10050>.
10. Brasil. Portaria nº 62, de 06 de janeiro de 2017. Altera as Portarias nº 424/GM/MS, 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 na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União. 6. ed. Brasília, DF, 09 jan. 2017b. Seção 1, p. 31-31. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/01/2017&jornal=1&pagina=31&totalArquivos=88>.
11. Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, Vasconcelos LLC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. Divulgação em Saúde para Debate. 2014. [citado 2017 nov. 23]; 52:114-124. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf?seque nce=1>.
12. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Professional-patient bond in a team of the family health strategy. Cienc Cuid Saude. 2014. [citado 2018 nov. 20]; 13(3):556-562. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i3.19661>.
13. Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. Revi Enferm da UFSM. 2016. [citado 2018 nov. 21]; 6(3):350-359. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769217313>.
14. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trab. educ. saúde [online]. 2011. [citado 2018 fev. 07]; 9(3):479-503. doi: <http://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300008>.
15. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. Saúde debate [online]. 2016. [citado 2017 mar. 17]; 40(108):190-203. doi: <http://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080016>.
16. Salci MA, Silva DMGV, Meirelles BHS. Evaluation in the brazilian health system. Cienc Cuid Saude. 2018. [citado 2018 nov. 10]; 17(2):1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v17i2.41937>.
17. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. Cienc. saúde coletiva [online]. 2012. [citado 2018 fev. 07]; 17(11):2903-2912. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100007>.
18. Dias IMAV, Pereira AK, Batista SHSS, Casanova IA. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. Saúde debate [online]. 2016. [citado 2017 mar. 17]; 40(111):257-267. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611120>.
19. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Relatórios de Serviços Especializado de Atenção à Saúde. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp.
20. Araújo AM, Silva THM, Fortes RC. A importância do acompanhamento nutricional de pacientes candidatas à cirurgia bariátrica. Comun.cienc.Saúde. 2010. [citado 2016 jun. 20]; 21(2):139-150. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/artigos/importancia_acompanhamento.pdf.

Endereço para correspondência: Soraia Younes. Rua Rui Barbosa, 462 – Centro. CEP: 85.851-170. Foz do Iguaçu. Paraná. Brasil. Fone: (45) 99932-8836. E-mail: soraiayounes@hotmail.com

Data de recebimento: 22/08/2018

Data de aprovação: 19/11/2018