

ARTIGO ORIGINAL

Tratamento cirúrgico da obesidade pelo Sistema Único de Saúde: Um estudo do acesso em nove serviços no Estado de São Paulo

Publicly funded surgical treatment of obesity: A study on the access in nine services in the State of São Paulo

Luiza Fior Pelegrini¹, Beatriz H. Tess², Olímpio J. Nogueira V. Bittar³, Denis Pajecki⁴

1. Médica. Bolsista de iniciação científica na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

2. Médica, doutora em epidemiologia. Professora doutora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

3. Médico, doutor em medicina social. Assessor da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

4. Médico, doutor em ciências. Médico da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, da Divisão de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

O artigo investigou as formas de acesso a nove serviços de cirurgia bariátrica que operaram, em 2013, 50 ou mais pacientes pelo Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. Para isso, utilizou-se metodologia qualitativa com base em informações coletadas por entrevistas presenciais com os responsáveis pelos serviços. Cinco centros estavam no interior do Estado, cinco eram de natureza privada sem fins lucrativos e sete eram hospitais de ensino. As análises apontaram duas categorias conforme a integração com a rede de saúde: pouco ou fortemente integrado; e quatro categorias segundo o tipo de acesso: porta aberta, triagem própria, órgão de regulação ou Unidade Básica de Saúde. Dos quatro serviços pouco integrados à rede de saúde, três eram do tipo porta aberta e um realizava triagem própria; dos cinco centros

fortemente integrados à rede de saúde, quatro receberam os pacientes encaminhados por instâncias de regulação e um por Unidade Básica de Saúde. As conclusões indicam que há grande heterogeneidade nas características organizacionais e nas formas de acesso aos serviços participantes deste estudo. Apesar de previsto na normatização do sistema público de saúde que a porta de entrada preferencial à rede deve ser pela Atenção Primária à Saúde, esse fluxo foi observado em somente um serviço. Há necessidade de padronização do modelo organizacional de acesso aos serviços que oferecem tratamento cirúrgico pelo Sistema Único de Saúde aos indivíduos portadores de obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia bariátrica. Acesso aos serviços de saúde. Organização e administração. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The paper researched the accessibility to bariatric surgery centers in the public health system in the State of Sao Paulo, Brazil. A case series study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted in person with nine chiefs of bariatric surgical units that had performed 50 or more procedures publicly funded in 2013. Five were in the interior of the State, five were of private non-profit nature and seven were teaching hospitals. The analyzes pointed out categories according to integration with the public health network and type of access. Of the four services weakly integrated to the health system, three were open access and one performed self-screening; of the five centers strongly integrated into the health network, four received patients referred by regulatory bodies and one from a Primary Health Care Unit. Although the governmental obesity care policy states that the preferential access of patients are the Primary Health Care Units, in this study it was observed in only one service. There is a need for standardization of the organizational model of access to services that offer publicly funded surgical care to individuals with obesity

Keywords: Obesity. Bariatric surgery. Health services accessibility. Organization and administration. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A crescente demanda por tratamento cirúrgico dos casos graves de obesidade representa um dos grandes desafios que a pandemia deste agravo à saúde tem imposto aos sistemas de saúde mundialmente.¹ Em países com predomínio do sistema público de saúde como o Canadá, Reino Unido, Espanha e Austrália, o descompasso entre a demanda e a capacidade dos serviços em atendê-la leva a filas de espera pelos procedimentos cirúrgicos eletivos.^{2,3} O tratamento cirúrgico é muitas vezes decisivo no sucesso

terapêutico desses indivíduos e a demora no acesso à cirurgia pode levar a resultados clínicos desfavoráveis.⁴

No Brasil, as cirurgias bariátricas passaram a fazer parte do rol de procedimentos pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 1999, com a publicação da Portaria nº 252, de 30 de março de 1999⁵. Desde então, o número de cirurgias vem aumentando ano a ano, porém ainda inferior às necessidades apontadas pelas estatísticas nacionais. Em 2006, aproximadamente 0,3% do total de pessoas portadoras de obesidade grave que teriam indicação para cirurgia bariátrica foram operadas. Em 2013, esse índice subiu para aproximadamente 0,8%, sendo 1848 operações (27,1% do total) realizadas no Estado de São Paulo.^{6,7}

A dificuldade em se atender a demanda leva à formação de longas filas de espera nos serviços cirúrgicos que operam pelo SUS. Nesse contexto, tem se questionado como ocorre o acesso dos pacientes a estes serviços. A escassez de conhecimentos sobre esta questão tem dificultado os debates quanto à necessidade de estratégias organizacionais para aumentar as condições de acesso ao tratamento cirúrgico da obesidade no Brasil.

O trabalho teve por objetivo analisar as formas de acesso aos serviços de cirurgia bariátrica que operam pelo SUS no Estado de São Paulo. Ao se identificar os modelos organizacionais vigentes nestes serviços cirúrgicos, buscou-se contribuir ao debate sobre sua organização de maneira a dar mais racionalidade ao sistema e, portanto, uma melhor resposta à elevada demanda pelas cirurgias.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem metodológica qualitativa com base em uma série de casos de serviços cirúrgicos. Os critérios de inclusão consistiram em serviços localizados até 300 km do município de São Paulo e que realizaram 50 ou mais cirurgias bariátricas pagas pelo SUS no ano de 2013. A identificação dos serviços foi feita com base nos dados do Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH-SUS) do Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Realizou-se levantamento do número de procedimentos definidos como cirurgia da obesidade pelas Portarias Nº 424 e 425 de 19 de março de 2013 do Ministério de Saúde^{8,9}. Foram pesquisados no sistema os seguintes procedimentos: 04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem derivação duodenal; 04.07.01.036-0 – Gastrectomia vertical em manga (Sleeve); 04.07.01.017-3 – Gastroplastia com derivação intestinal; e 04.07.01.018-1 – Gastroplastia vertical com banda.

A coleta de dados compreendeu entrevistas orientadas por questionário semiestruturado previamente utilizado em um estudo na Nova Zelândia¹⁰ e versou sobre a caracterização geral dos serviços, a forma de acesso dos pacientes, o manejo da lista de espera e rotinas pré-operatórias e do

seguimento pós-operatório. Após aprovação pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP (Parecer nº 1.076.716 de 20/05/2015), a primeira autora aplicou pessoalmente as entrevistas aos chefes dos serviços cirúrgicos. As entrevistas duraram em média 50 minutos e foram realizadas entre os meses de junho e dezembro de 2015.

Todos os questionários foram checados para detecção de informações faltantes ou erros de preenchimento e correções foram feitas após esclarecimentos junto aos entrevistados, por contato telefônico ou mensagem eletrônica. A análise das respostas dos questionários se deu de forma detalhada de cada uma das entrevistas e também pelo conjunto de respostas dadas pelo universo de participantes da pesquisa.

A análise de conteúdo foi realizada de forma sistemática comparando-se as respostas em busca de recorrências ou padrões de organização e funcionamento dos serviços participantes.

RESULTADOS

No sistema da AIH-SUS/DATASUS constava que no Estado de São Paulo, em 2013, 18 serviços realizaram cirurgias bariátricas pelo SUS. Considerando os critérios de inclusão, 10 centros foram elegíveis para o estudo, porém um centro havia encerrado suas atividades cirúrgicas e não concordou em participar. As características organizacionais, de porte, de natureza e a classificação desses serviços foram resumidas no Quadro 1.

Quadro 1. Características de nove serviços que realizaram cirurgias bariátricas pagas pelo SUS no Estado de São Paulo, em 2013.

Serviço	Modalidade de gestão	Hospital de ensino	Leitos disponíveis	Número de cirurgias / semana	Paciente recebe alta do serviço cirúrgico	Classificação*
Interior São Paulo						
A	Privado sem fins lucrativo	Não	8	12 a 15	Sim	SPIRS/porta aberta
B	Privado sem fins lucrativo	Não	2	12	Não	SFIRS/órgão de regulação

C	Privado sem fins lucrativo	Sim	2	2	Sim	SFIRS/órgão de regulação
D	Autarquia	Sim	2	2	Sim	SFIRS/órgão de regulação
E	Autarquia	Sim	6	6 a 12	Não	SPIRS/triagem própria
Capital						
F	Autarquia	Sim	10	8	Não	SPIRS/porta aberta
G	Privado sem fins lucrativo	Sim	3	3 a 4	Não	SFIRS/Unidade Básica de Saúde
H	Privado sem fins lucrativo	Sim	3	3 a 4	Sim	SFIRS/órgão de regulação
I	Público administração direta	Sim	4	3	Não	SPIRS/porta aberta

* Serviço Pouco Integrado à Rede de Saúde (SPIRS) e Serviço Fortemente Integrado à Rede de Saúde (SFIRS)

As equipes multiprofissionais dos serviços eram basicamente compostas por médico cirurgião, nutricionista e psicólogo. Além destes profissionais, em seis centros havia um endocrinologista; em cinco um profissional fisioterapeuta; em quatro uma assistente social; e em três um enfermeiro. Algumas equipes contavam ainda esporadicamente com médico psiquiatra, clínico geral, nutrólogo ou educador físico.

Dos nove hospitais participantes, cinco se encontravam no interior do Estado de São Paulo e quatro na capital. Observaram-se três modalidades de gestão nos centros estudados: privados sem fins lucrativos e sem vínculo administrativo com o Estado de São Paulo (serviços A, B, C, G, H), as autarquias (serviços D, E, F) e o serviço da administração direta do Estado (serviço I), sendo estes quatro serviços (D, E, F, I) vinculados administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sete serviços eram certificados como hospitais de ensino. O número de leitos reservados para cirurgia bariátrica era de no mínimo dois e no máximo 10.

O número de pacientes em fila de espera variou de 50 a 4.756, números estes muito imprecisos, haja vista que os pacientes podiam se matricular em mais de um hospital, desistir da realização do procedimento ou falecer. Nos centros estudados, eram chamados de três a 50 pacientes por mês. A convocação era feita para uma avaliação clínica, para que então prosseguissem no preparo pré-operatório. O número de cirurgias variava de duas a 15 por semana. Dos nove centros, quatro tinham como prática dar alta definitiva do serviço após períodos de 1 a 2 anos de acompanhamento pós-operatório.

Sete dos nove serviços foram convocados, em alguma ocasião, pelo Ministério Público para dar explicações a respeito da fila de espera. As justificativas para a demora em atender os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica incluíram problemas de difícil equacionamento, como a falta de recursos financeiros, materiais e humanos, organização interna deficiente do hospital e entraves relacionados aos pacientes no pré-operatório (mudança comportamental, necessidade de acompanhamento por problemas clínicos, nutricionais e/ou psicológicos) e a própria magnitude da fila que contava com grande número de pacientes.

Classificação dos serviços cirúrgicos

A análise das informações sobre o funcionamento dos centros participantes deste trabalho levou à classificação dos serviços segundo a integração com a rede de saúde e o tipo de acesso (Quadro 1 e Figura 1).

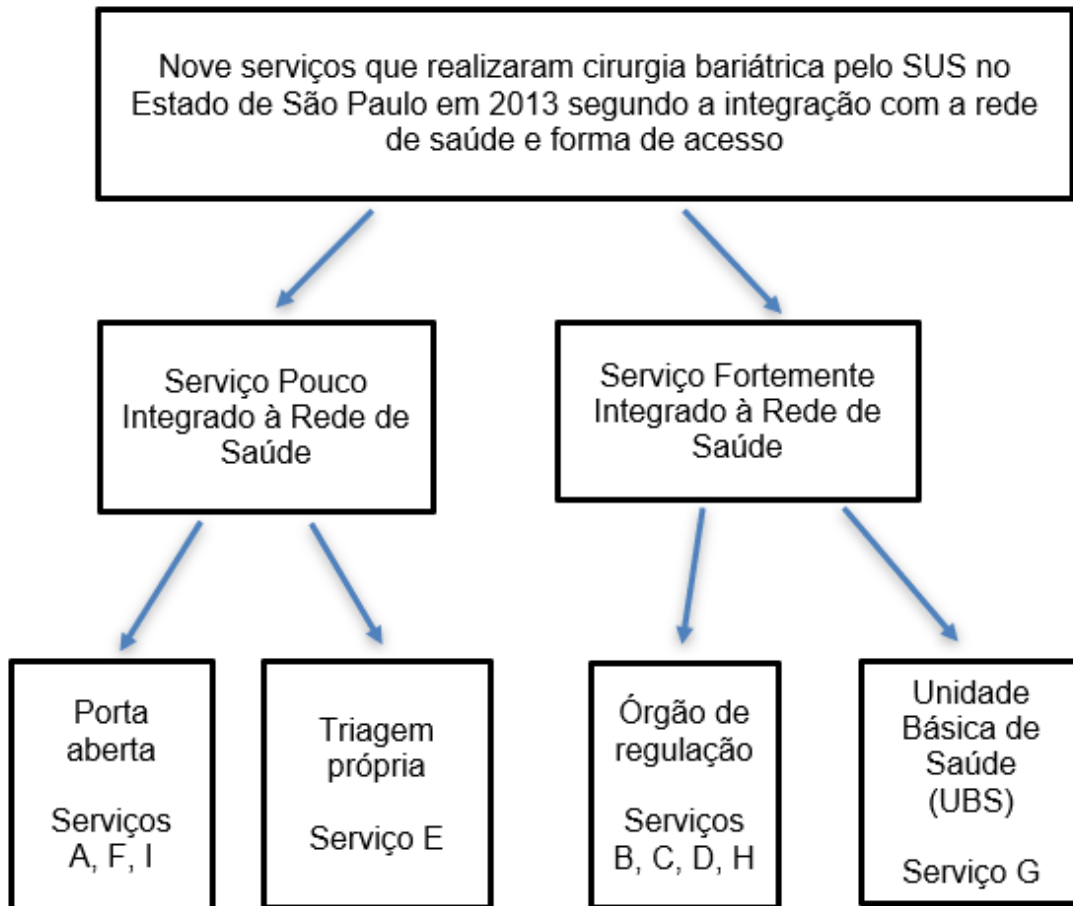


Figura 1. Classificação dos nove serviços que realizaram cirurgias bariátricas pagas pelo SUS conforme a integração com a rede de saúde e o tipo de porta de entrada (acesso).

Procurou-se identificar as articulações dos serviços com as instâncias reguladoras locais ou com outros serviços da rede de assistência aos pacientes portadores de obesidade, que chegaram ao serviço cirúrgico espontaneamente ou por encaminhamento de outro órgão ou unidade.

Apesar da diversidade de configurações organizacionais observadas nos serviços estudados, a existência ou não de fluxos integrados com outros serviços do sistema de saúde permitiu agrupá-los em duas categorias. Foram considerados serviços pouco integrados à rede de saúde aqueles que relataram a inexistência de fluxos de referência e contra referência com órgãos de regulação e/ou serviços de atenção primária ou secundária do sistema de saúde. Os serviços que relataram a existência destes fluxos foram classificados como fortemente integrados à rede de saúde.

Serviços pouco integrados à rede de saúde

O grupo composto por serviços pouco integrados à rede de saúde mostrou como característica principal o acesso ao serviço pelo paciente de forma não articulada à rede de saúde. Nos quatro serviços (A, E, F e I) sem integração com os órgãos de regulação, se observou uma forma própria de gerenciamento da admissão de novos pacientes. Basicamente, esses serviços admitiam a maior parte de seus pacientes a partir da procura espontânea ao serviço (acesso direto) ou por encaminhamento interno de diversos setores da unidade hospitalar.

Nos serviços pouco integrados à rede de saúde foram identificadas duas formas de acesso: “porta aberta”, quando o serviço aceitava todos os pacientes que o procuraram, não havendo uma pré-avaliação clínica, e o serviço que realizava “triagem própria” antes de incluir o paciente em sua lista de espera.

Nos serviços de “porta aberta” (A, F e I), geralmente, não havia conhecimento sobre as características antropométricas e comorbidades dos inscritos até serem chamados para a avaliação clínica. Isso se devia principalmente à liberdade dos pacientes de se auto referenciar via online ou presencial, a depender do serviço. Vale ressaltar duas limitações que foram observadas no modelo de “porta aberta”: o elevado número de pacientes, levando a um longo período de tempo para a primeira convocação (variando de um a seis anos), e a inviabilidade de se precisar a demanda para as cirurgias e as condições de saúde dos candidatos inscritos no serviço. Neste modelo, as filas de espera obedeciam a ordem cronológica, ou seja, a ordem da data de inscrição no serviço. Os pacientes eram convocados para encontros em grupos no período pré-operatório e o número de convocados variava de 10 a 50 por grupo. Atendimentos individuais também eram oferecidos neste período. A duração do intervalo de tempo entre a primeira convocação e a realização da cirurgia variou de seis meses a quatro anos. O envolvimento e o empenho do paciente no processo de preparo pré-operatório, também interferiram no tempo de espera.

No único serviço (E) classificado como “triagem própria”, critérios de triagem eram utilizados para selecionar os pacientes a serem admitidos no serviço. Havia divulgação de data e local para que todos os indivíduos com interesse em realizar a cirurgia bariátrica fossem avaliados quanto aos parâmetros antropométricos e à presença de comorbidades. Após esta avaliação preliminar, os pacientes eram colocados na fila para o procedimento cirúrgico segundo critérios de gravidade clínica.

Serviços fortemente integrados à rede de saúde

Os serviços fortemente integrados à rede de saúde (serviços B, C, D, H e G), ou serviços de “porta fechada”, tinham como característica a regulação da porta de entrada atrelada à rede de saúde, por instâncias administrativas superiores como o órgão de regulação a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), os Departamentos Regionais de Saúde e/ou pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede regional de atenção. Estes serviços seguiam as normas e regulamentações que não se encontravam sob

seu domínio. Nas filas de espera para entrada nestes serviços, os pacientes já passavam por uma avaliação prévia e chegavam com guias formais de encaminhamento.

Os serviços fortemente integrados à rede de saúde que recebiam os pacientes pelos órgãos de regulação oficiais (B, C, D e H), ou seja, a CROSS ou os Departamentos Regionais de Saúde, faziam a convocação por ordem de inscrição no órgão de regulação. Os pacientes chegavam com a descrição dos critérios que levaram à indicação cirúrgica pelo serviço que os acompanhavam.

Um único serviço (G) recebia os pacientes encaminhados pela rede de saúde regional partindo das diversas UBS locais que funcionavam atreladas ao hospital de referência. A UBS, ao atender um paciente portador de obesidade com possível indicação cirúrgica, o encaminhava para o serviço de especialidade de Endocrinologia do hospital, que realizava a avaliação clínica, e que por sua vez, encaminhava o paciente para o serviço de cirurgia bariátrica.

Os entrevistados apontaram como principal limitação da forma de organização dos serviços fortemente integrados à rede de saúde, a falta de uniformidade entre os estabelecimentos quanto aos critérios para indicação da cirurgia e à classificação de gravidade dos pacientes. Relataram também que, por vezes, a falta de clareza sobre os fluxos de encaminhamento levava à inclusão de diversas instâncias, tais como os Ambulatórios Médicos de Especialidades ou unidades vinculadas diretamente aos Departamentos Regionais de Saúde. A falta de informações sobre o tempo de espera entre a inscrição nas instituições encaminhadoras e o agendamento da consulta no serviço cirúrgico deixaram nos entrevistados a impressão de que as filas ficavam represadas nos órgãos de regulação.

DISCUSSÃO

O estudo evidenciou a variabilidade de modelos organizacionais adotados pelos serviços cirúrgicos participantes, tanto pelas diferentes modalidades de gestão dos hospitais como pela frágil articulação da rede de serviços de saúde, levando os centros a desenvolverem modelos próprios. Algumas das informações pesquisadas sobre as diferentes etapas do processo de entrada e encaminhamentos nos nove serviços eram desconhecidas ou conhecidas parcialmente pelos entrevistados. Consequentemente, não foi possível realizar a comparação entre os centros quanto ao número de pacientes na fila e o tempo de espera para a cirurgia. Novak e coautores¹¹, Valente e coautores¹² e Stainkey e coautores¹³ constataram que a problemática de modelos organizacionais complexos e pouco claros pode ser enfrentada com a adoção de sistemas de informação e de triagem central com porta única de entrada. No mínimo, com essas medidas, evitar-se-iam duplicidades e referências e contra referências inapropriadas.

Ao analisarmos os centros participantes classificados em serviços da capital e os do interior do Estado de São Paulo, observamos que estes últimos tendiam

a seguir com maior rigor as regulamentações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo do que os da capital. Isso porque mais centros do interior atrelavam em seu fluxograma órgãos de regulação como portas de entrada para o serviço, a exemplo dos Departamentos Regionais de Saúde e da CROSS. Já na capital, mais serviços estabeleceram sua própria porta de entrada de forma autônoma e desarticulada da rede de atenção à saúde.

A heterogeneidade dos cuidados prestados pela atenção básica associada às dificuldades de acesso fez com que pacientes, por vezes, chegassem direto ao hospital. A regionalização nem sempre foi observada e os pacientes buscavam cuidados em regiões diferentes da sua moradia pela facilidade de atendimento, conhecimento do profissional de determinada região que não a sua, apoio de político local, residência de familiar próximo ao serviço de maior complexidade, encaminhamento para outras unidades hospitalares que não as de referência, entre outras causas.

Regulamentações do Ministério da Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) incentivam o enfoque na Linha de Cuidado da Obesidade. Com ela visa-se o estabelecimento de um fluxograma consensual a ser aplicado para cada região de saúde de forma a promover uma ordenação mais eficiente e justa da oferta do tratamento cirúrgico pelo SUS. Algumas das normativas são as Portarias do Ministério da Saúde Nº 424 e 425, de 19 de março de 2013;^{8,9} a Deliberação CIB Nº 59, de 19 de novembro de 2013; e a Deliberação CIB Nº 7, de 28 de fevereiro de 2014.

Apesar das recomendações dos gestores do SUS, muitos centros do nível terciário de atenção ainda se responsabilizam pela coordenação do cuidado do tratamento cirúrgico da obesidade. Estes centros de referência referiram insatisfação quanto ao nível de capacitação técnica adequada às especificidades do processo da cirurgia bariátrica nos níveis primários e secundários e também a falta de articulação entre todos os níveis de atenção envolvidos. Além disso, os serviços da atenção primária não têm sido capazes de exercer seu papel de coordenar e nortear o cuidado dos indivíduos portadores de obesidade, ordenando os casos prioritários de atendimento aos serviços especializados. Estes fatores têm levado a uma linha de cuidado desarticulada e, portanto, ineficiente frente às suas potencialidades.

Outro achado a ser ressaltado foi a predominância do gerenciamento das filas de espera nos serviços estudados calcado na ordem de chegada ao serviço, independentemente da condição clínica do paciente. Apenas um dos centros participantes (E) se utilizava de critérios de gravidade para a convocação dos candidatos à cirurgia. Ao serem questionados se o critério cronológico seria o mais indicado para os pacientes dos seus centros, todos os responsáveis pelos serviços se mostraram favoráveis ao desenvolvimento de escores de risco para classificação e priorização dos pacientes em fila de espera. Resultado semelhante foi obtido por McLeod e coautores¹⁰ na Nova Zelândia com base em informações coletadas com 332 cirurgias, que reforçaram o posicionamento a favor da adoção de critérios de gravidade para organização das filas. A excessiva demanda pelo procedimento cirúrgico em nosso país, estimada em mais de 1 milhão de candidatos dependentes do SUS,¹⁴ e a insuficiente capacidade instalada para realizar as cirurgias por esse sistema,

torna fundamental a discussão de critérios para priorização dos pacientes em espera, o que já ocorre em muitos países.¹⁵⁻¹⁷

Um outro aspecto a ser considerado como agravante das dificuldades em se atender à demanda pelo tratamento cirúrgico da obesidade refere-se ao acompanhamento do paciente no pós-operatório. Em nosso estudo, houve grande variação nos procedimentos dos serviços pesquisados, onde três dos hospitais contra referenciavam o paciente ao local de origem, geralmente uma Unidade Básica de Saúde, após 18 meses; outro seguia os pacientes por dois anos; e cinco deles não davam alta, fazendo o acompanhando ambulatorial contínuo do paciente. Nestes últimos serviços, foi relatada uma sobrecarga de trabalho para a equipe e unidade hospitalar, pelo acúmulo de pacientes durante os anos, o que se refletia em diminuição da oferta de cirurgias.

A qualificação contínua dos profissionais, dos órgãos de regulação e das Unidades Básicas de Saúde, na triagem e encaminhamento dos pacientes, principalmente quanto aos critérios de indicação cirúrgica, também foi apontada como uma medida importante a ser implementada na rede de serviços que realizam as cirurgias bariátricas pelo SUS. Para tal, torna-se mister a padronização dos critérios em sintonia com o SUS, hospitais, serviços e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

O financiamento da cirurgia bariátrica pelo SUS é classificado no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, ou seja, não há limite (teto) de recursos financeiros para a realização destas cirurgias. Isto, potencialmente, levaria a um aumento do número de cirurgias, podendo servir como oportunidade para o aperfeiçoamento e a ampliação da capacidade dos serviços. Porém, desafios como equipes incompletas, retaguarda insuficiente de terapia intensiva, deficiência de sistemas informatizados e registro de informações, falta de regulação interna e descolamento das centrais de regulação estaduais e municipais são importantes gargalos para o aumento do número de cirurgias pagas pelo SUS.

A principal limitação do presente estudo refere-se ao fato de que os resultados obtidos se basearam unicamente em informações relatadas por cirurgiões responsáveis pelos serviços. Futuras pesquisas no tema devem ampliar as fontes de informações incluindo entrevistas com os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, com os gestores centrais dos centros de referência e com os pacientes que estão na fila de espera.

CONCLUSÃO

Apesar das recomendações do SUS para a linha de cuidado aos indivíduos portadores de obesidade, houve grande heterogeneidade na forma como os serviços participantes deste estudo funcionaram para lidar com a demanda pelo tratamento cirúrgico. Mesmo nos serviços do interior do Estado onde o sistema de regulação se baseia principalmente nos Departamentos Regionais de Saúde e onde foram identificados fluxos mais simples e organizados do que nos serviços da capital, esta heterogeneidade foi observada. Hipóteses para

explicar esse nosso resultado incluem que a rede de serviços ainda não está completamente estruturada e é bastante variável; e que a regulação desse procedimento ainda não está organizada. Esses fatores levam os serviços a atuarem de forma autônoma.

A porta de entrada para a fila da cirurgia bariátrica compõe uma questão ampla e complexa, sendo o ponto que mais diferencia os serviços quando comparados uns aos outros e quanto à integração dos mesmos com a rede de saúde do SUS. Representa o ponto chave do problema dos centros que realizam cirurgia bariátrica pelo SUS e deve ser alvo preferencial para futuras intervenções.

FINANCIAMENTO DA PESQUISA

Pelegri LF recebeu bolsa de iniciação científica do Centro de Bioética do CREMESP- 2015.

REFERÊNCIAS

1. Capehorn MS, Haslam DX, Welbourn R. Obesity treatment in the UK health system. *Curr Obes Rep* 2016; 5(3):320-6.
2. Christou NV, Sampalis JS, Liberman M, Look D, Auger S, McLean APH, et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg* 2004; 240(3):416–24.
3. Pérez JAC, Quesada CF, Marco MVG, González IA, Benavides FC, Ponce J, et al. Obesity Surgery Score (OSS) for prioritization in the bariatric surgery waiting list: a need of public health systems and a literature review. *Obes Surg* 2018; 28(4):1175-84.
4. Cohen RV, Luque A, Junqueira S, Ribeiro RA, Le Roux CW. What is the impact on the healthcare system if access to bariatric surgery is delayed? *Surg Obes Relat Dis* 2017; 13(9):1619-28.
5. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 252, de 30 de março de 1999. Inclui o procedimento de gastroplastia na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS e credencia hospitais para realizá-lo. Brasília (DF); 1999.
6. Santos LMP, Oliveira IV, Peters LR, Conde WL. Trends in morbid obesity and in bariatric surgeries covered by the Brazilian public health system. *Obes Surg* 2010; 20(7):943-8.
7. Xavier DB, Ramalho WM, da Silva EN. Spending on Bariatric Surgery in the Unified Health System from 2010 to 2014: a Study Based on the Specialist Hospitals Authorized by the Ministry of Health. *Obes Surg* 2017 ;27(3):641-8.

8. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas. Brasília (DF), 2013.
 9. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a assistência de alta complexidade ao indivíduo. Brasília (DF), 2013.
 10. McLeod D, Morgan S, McKinlay E, Dew K, Cumming J, Dowell A, et al. Clinicians' reported use of clinical priority assessment criteria and their attitudes to prioritization for elective surgery: a cross-sectional survey. *ANZ J Surgery* 2004; 74:1003-9.
 11. Novak KL, Veldhuyzen Van Zanten S, Pendharkar SR. Improving access in gastroenterology: the single point of entry model for referrals. *Can J Gastroenterol* 2013; 27(11):633-5.
 12. Valente R, Testi A, Tanfani E, Fato M, Porro I, Santo M, et al. A model to prioritize access to elective surgery on the basis of clinical urgency and waiting time. *BMC Health Services Res* 2009 ;9:1. doi:10.1186/1472-6963-9-1
 13. Stainkey LA, Seidl IA, Johnson AJ, Tulloch GE, Pain T. The challenge of long waiting lists: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist' appointments at an Australian public hospital. *BMC Health Services Res* 2010; 10:303.
 14. Kelles SMB, Diniz MFHS, Machado CJ, Machado SM. The profile of patients undergoing bariatric surgery in the Brazilian Unified National Health System: a systematic review. *Cad Saude Publica* 2015; 31(8):1587-601.
 15. Alustrué A, García-Luna PP, Formiguera J, Moreno P, Martínez B, Broggi MA. Priorización de pacientes en cirugía bariátrica: índice de riesgo. *Cirugía Española* 2004; 75(5):225-31.
 16. Gill RS, Majumdar SR, Wang X, Tuepah R, Klarenbach SW, Birch DW, et al. Prioritization and willingness to pay for bariatric surgery: the patient perspective. *Can J Surg* 2014; 57(1):33-9.
 17. Padwal R, Chang H-J, Klarenbach S, Sharma A, Majumdar S. Characteristics of the population eligible for and receiving publicly funded bariatric surgery in Canada. *Inter J Equity Health* 2012; 11:54.
-

Recebido: 12 de novembro de 2019. **Aceito:** 18 de novembro de 2019.

Correspondência: Beatriz Helena Tess. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar
01246-903 São Paulo, SP. **E-mail:** beatriz.tess@usp.br

Conflito de Interesses: os autores declararam não haver conflito de interesses.

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited