

Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS)? (Parte II)

What is the major public health problem: the morbid obesity or the bariatric surgery in the unified health system? (Part II)

FERNANDO DE BARROS, TCBC-RJ¹

Políticas, regulamentações e gestão: o que há e o que não funciona?

No mundo inteiro há mobilizações científicas e políticas que têm como objetivo principal o combate à obesidade mórbida (OM). Em fevereiro de 2011, diversos ministros da saúde das Américas participaram da Consulta Regional de Alto Nível das Américas Contra as Enfermidades Crônicas não Transmissíveis (ECNT), e assinaram uma proposta com metas e diretrizes em saúde pública contra a OM¹. A Europa já considera esta epidemia um dos maiores desafios na área da saúde pública².

Em 2013, foram realizadas, no Brasil, 72.000 operações para tratar a OM e, em 2014, mais de 80.000 operações, secundando os EUA, que realizaram 140.000 operações³. Infelizmente, pouco mais de 10% destas operações, no nosso país, foram realizadas em hospitais públicos. Ficamos mais preocupados ainda quando observamos que grande parte de pacientes obesos (75%) precisando dessa operação só pode ser atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e não na saúde suplementar⁴. Temos então, três quartos da população "alocada" num sistema que totaliza um décimo das operações bariátricas do país.

O custo do problema, em 2011, para o SUS foi R\$.487,98 milhões, representando 1,9% dos gastos com assistência à saúde de média e alta complexidade no país⁵. É interessante notar que os gastos com a cirurgia bariátrica propriamente dita foram de apenas R\$.31,5 milhões, o que pode refletir um número insuficiente de operações para o tamanho do problema. Segundo, ainda, Zilberstein *et al.*, as filas intermináveis pela espera de uma operação no SUS chegavam em 2,9 anos, em 2006, causando uma mortalidade durante o período de espera de 0,6%⁶. Partindo deste trabalho, e considerando um crescimento linear da obesidade de 0,024% ao ano⁷, acrescido da constatação, em 2010, pelo IBGE, da epidemia da OM, temos motivos suficientes para compreender porque atualmente a fila de espera no SUS tem uma taxa de mortalidade igual ou maior do que a da própria operação, em torno de 1%⁸.

A cirurgia bariátrica no SUS foi regulamentada pela portaria nº 196, de 29 de fevereiro de 2000, e estabeleceu inicialmente 22 centros de referência no país⁹. Porém, esta portaria, certamente, não contemplava os acontecimentos dos anos que se seguiriam e acabou

dimensionando um serviço de referência em cirurgia bariátrica para cada quatro milhões de habitantes. Em 2007, uma nova portaria foi publicada¹⁰ instituindo diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Seis anos depois, através da Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, do Ministério da Saúde, fica determinado, entre outras medidas, os recursos humanos e de infraestrutura para a adequação e cadastro do chamado "Centro de Alta Complexidade para o Atendimento a Pacientes com Obesidade"¹¹.

O Brasil conta hoje com 78 unidades habilitadas pelo Ministério da Saúde (MS) em 20 estados diferentes¹². Apesar de diversas diretrizes e regulamentações burocráticas impostas, pouco ou quase nenhum incentivo da ordem financeira e de capacitação de pessoal é posto na prática pelo sistema. O resultado desta incompatibilidade é que 12 estados, em 2011, não fizeram as 96 operações/ano exigidas como um dos pré-requisitos para continuarem habilitados como centros de referência. Temos a impressão, neste momento, de um sistema enviesado para um ciclo vicioso, onde a cobrança de produtividade é feita primeiro e a iniciativa deve ser local para depois haver os recursos de apoio que, por sua vez, não contempla 100% das reais necessidades. Em 2011, foram realizadas 5357 operações no SUS e, em 2012, pouco menos que 6000. Frente às tantas dificuldades do dia a dia de um hospital público brasileiro, acrescidas do ineficiente modelo de gestão em todo o país para assistir o portador de OM, atualmente centros terciários não cadastrados pelo MS veem implementando novos programas de cirurgia bariátrica de forma autônoma, o que pode indicar que, o número de operações realizadas no SUS pode estar subestimado. Mais uma vez, o sistema se vira contra o próprio sistema. Se há um programa de alta complexidade sendo realizado, porém sem o respectivo reconhecimento pelas entidades gestoras, há falha nos dados estatísticos, não há repasse de verba extra local, não há incentivo, não há capacitação da equipe, os programas não são sustentáveis, passando a ser prejuízo para o gestor local. Isto culmina formando mais uma "ilha" isolada no sistema com filas próprias e intermináveis de pacientes aguardando por uma operação.

Há, sem dúvida, urgência na revisão de algumas diretrizes. Vejamos, mesmo após quase 20 anos da

1. Pesquisa Clínica, Fundação Oswaldo Cruz.

consagração do método no Brasil, a cirurgia videolaparoscópica não é contemplada pelo SUS para cirurgia bariátrica. Diversos estudos já comprovaram a maior eficácia e a menor taxa de complicação por este método^{13,14}. Além disso, já foi demonstrado que o maior custo inicial da cirurgia laparoscópica é compensado pela economia dos gastos com o tempo de internação, complicações e reinternações¹⁵. Sussenbach *et al.* interrogaram 32 cirurgiões bariátricos a respeito de como seria o serviço de cada um deles caso houvesse incorporação pelo SUS do método laparoscópico para o tratamento cirúrgico da OM¹² e concluíram que todos os entrevistados preferem a via laparoscópica, acreditando que haveria maior número de operações em relação às laparotomias.

Se existe um método mais seguro, com menos complicação, de preferência da maioria dos cirurgiões e, para a saúde pública, mais barato, por que não aplicá-lo? O ciclo de um modelo de gestão burocratizado e não orientado para a análise atualizada das necessidades da população repete-se confirmando o que para alguns é fato: o SUS não funciona. Mas será mesmo assim? É bem verdade que o SUS passa atualmente por uma grave crise. Desde sua criação, em 1988, a saúde no país passou a ser um direito de todos e dever do Estado, passando, assim, a ser um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Convenhamos, quem criou o sistema, o fez com extrema perfeição, porém um detalhe ficou esquecido: a gestão exemplar. Após 27 anos de sua existência o SUS está longe de sua perfeição. No decorrer deste período assistimos a graves falhas de gestão e, segundo a imprensa, desvios de recursos da saúde e, conseqüentemente, sucateamento dos serviços prestados à população. Se fizermos uma analogia e observarmos as inúmeras portarias publicadas pelo Ministério da Saúde para o cuidado no processo saúde-doença da OM, podemos ver claramente o distanciamento do que está escrito e o que é posto em prática.

A aprovação da Área de Atuação em Cirurgia Bariátrica, pelo Conselho Federal de Medicina, ampliará os horizontes da cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil, principalmente no que tange à formação do residente e à educação continuada dos especialistas da área. Neste momento de euforia temos que pensar mais uma vez no SUS. Como serão os programas de residência médica para os cirurgiões interessados em cirurgia bariátrica? Estarão preparados os centros de referência em cirurgia bariátrica do SUS para recebê-los? Sairão bem formados e prontos para exercer a cirurgia bariátrica neste atual modelo? Qual será o papel das Sociedades Cirúrgicas nesta formação?

Certamente, grandes passos foram dados, mas, para consolidá-los, precisamos saber avançar na discussão das políticas, regulamentações, diretrizes e, sem dúvida, nos modelos de gestão do SUS. Como dissemos, vivemos um momento de grandes mudanças no perfil epidemiológico no mundo e, particularmente, no Brasil. A obesidade mórbida está entre um dos graves problemas de saúde a serem enfrentados. Esperemos que a cirurgia bariátrica no

SUS – uma das importantes soluções para o problema – não se torne por sua burocratização e ineficiência um problema maior que a própria doença em si. Esperemos que a pergunta inicialmente aqui colocada: “qual é o maior problema da saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no SUS?”, seja rapidamente respondida.

REFERÊNCIAS

1. Castro C. Ministros da Saúde das Américas se comprometem a criar políticas públicas para reduzir a obesidade no continente. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade – ABESO; 2011. Acessado 06 mar 2011. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
3. Ramos AC. Brazil looking for completing his space in bariatric surgery. ABCD, arq bras cir dig. 2014;27(Suppl 1):1.
4. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/Brasil. 1998. Análise de Resultados. Acessado em 23 jul 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>
5. Oliveira ML. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil [tese]. Brasília, DF: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2013.
6. Zilberstein B, Halpern A, Monteiro SM, Lunardi A, Campoleone S, Souza AC, et al. Waiting time for bariatric surgery in a public hospital in Brazil: a problem to be solved. *Obes Surg.* 2006;16:1023.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – POF. Rio de Janeiro:IBGE; 2011.
8. Benotti P, Wood GC, Winegar DA, Petrick AT, Still CD, Argyropoulos G, et al. Risk factors associated with mortality after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Ann Surg.* 2014;259(1):123-30.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 196, de 29 de fevereiro de 2000, Institui os critérios clínicos para a indicação de realização de gastroplastia como tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 01 mar 2000.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 1569, de 28 de junho de 2007, institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União 02 jul 2007.
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União 2013. Diário Oficial da União 20 mar 2013.
12. Sussenbach S, Silva EN, Pufal MA, Rossoni C, Casagrande DS, Padoin AV, et al. Implementing laparoscopy in Brazil's National Public Health System: the bariatric surgeons' point of view. ABCD, arq bras cir dig. 2014;27 (Suppl 1):39-42.
13. Tiwari MM, Reynoso JF, High R, Tsang AW, Oleynikov D. Safety, efficacy, and cost-effectiveness of common laparoscopic procedures. *Surg Endosc.* 2011;25(4):1127-35.
14. Reosch J, Mottillo S, Shimony A, Filion KB, Christou NV, Joseph L, et al. Safety of laparoscopic vs open bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Arch Surg.* 2011;146(11):1314-22.
15. Nguyen NT, Goldman C, Rosenquist CJ, Arango A, Cole CJ, Lee SJ, et al. Laparoscopic versus open gastric bypass: a randomized study of outcomes, quality of life, and costs. *Ann Surg.* 2001;234(3):279-89; discussion 289-91.