

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

PATRICIA TERESINHA SCHERER

**O PESO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA VIDA DOS SUJEITOS
BARIÁTRICOS: desafios para o SUS**

Porto Alegre

2015

PATRICIA TERESINHA SCHERER

**O PESO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA VIDA DOS SUJEITOS
BARIÁTRICOS: desafios para o SUS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andreia Mendes dos Santos

Porto Alegre

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S326 Scherer, Patricia Teresinha

O peso dos determinantes sociais da saúde na vida dos sujeitos bariátricos: desafios para o SUS / Patricia Teresinha Scherer – 2015.
198 f.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2015.

Orientadora: Profa. Dra. Andreia Mendes dos Santos

1. Cirurgia bariátrica. 2. Obesidade – assistência social.
3. Vulnerabilidade social. 4. Políticas públicas. 5. Sistema Único de Saúde. I. Santos, Andreia Mendes dos. II. Título.

CDD 362.1

PATRICIA TERESINHA SCHERER

**O PESO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA VIDA DOS SUJEITOS
BARIÁTRICOS: desafios para o SUS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Cláudio Corá Mottin

Prof.^a Dr.^a Eliana Goldfarb Cyrino

Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Barros Bellini

Prof.^a Dr.^a Andreia Mendes dos Santos
(Orientadora)

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

É difícil agradecer porque é difícil encontrar palavras que possam expressar tantos sentimentos e tanta gratidão! Meus agradecimentos não cabem nestas linhas, eles ultrapassam as margens desta página e se concretizam e se traduzem em momentos vividos. Agradeço aqui por tantos momentos vivenciados ao longo da vida e do percurso do doutorado. Agradeço pelos abraços apertados, pelos caminhos cruzados, carinhos trocados, trabalhos compartilhados, tarefas executadas e estudos. Agradeço também pelos olhares de cumplicidade, as falas, os “puxões de orelha”, as risadas, o choro, e pelo silêncio que se fez presente e onde foi dito e ouvido tudo que era necessário. Quisera eu ter a sensibilidade e o dom de um poeta para transformar em prosa e verso, meu sentimento de gratidão e carinho, que aqui, se traduzem em um simples, mas complexo: muito obrigada!

Muito obrigada a minha família! Muito obrigada meu saudoso e maravilhoso pai Rudy e minha mãe Ivone, por todo cuidado, carinho, incentivo, amor e por serem exemplos de fé, de força e de luta. Eu amo vocês meus pais! A minha amada irmã Berenice, cujo carinho e cuidado por mim foram e são imensuráveis! Bere querida te amo e muito obrigada por cada palavra, gesto e dedicação ao longo de toda vida! Com teu encanto, cuidado e carinho, me conduziste ao longo da vida e fez o caminho ficar mais bonito e iluminado. És muito importante para mim e sem você nada disso seria possível. Muito obrigada! E o que dizer do meu maninho, meu irmão amado Giovane? Giovane, meu melhor presente, profissional admirável, professor fantástico, pessoa iluminada, amigo, irmão, confidente e colega de profissão. Admiro-te e agradeço-te, imensamente, por todas as tuas contribuições nesta Tese e nesta vida! Obrigada por todo incentivo, pelos momentos de orientação, de carinho, de ajuda, de força, de luz, de risadas, de criatividade, que com arte e beleza proporcionou tantos momentos que alegraram e transformaram minha vida e muito contribuíram para a conclusão deste processo do doutorado. Te amo muito!

Um grande amigo, um irmão, este é o Marco, pessoa iluminada que veio a somar na minha vida e de minha família, obrigada por todo apoio, torcida e carinho de sempre. Muito obrigada por tudo!

E quando a vida te surpreende e em meio a leituras, escrita, trabalhos, produções, Tese, qualificação... dois caminhos, duas vidas se cruzam e dois olhares se encontram? Olhares, que ao se encontrar despertam sentimentos tão puros e verdadeiros, de vidas que esperavam por este encontro e que trazem a certeza de estarem sendo iluminadas e abençoadas. Beto, amor que me surpreende, me ensina, que tantas vezes me vê melhor do que sou, que me completa, me ajuda, me incentiva! Muito obrigada por tudo isto e pela compreensão dos momentos de ausência. Te amo e tu és parte desta conquista!

O meu muito obrigada a mais amada Amanda, minha filha do coração, que com sua doçura, carinho, compreensão, alegria de criança e olhar meigo, cintilante e cheio de travessura, colore meus dias, meu pensamento, minha vida!

Aos meus queridos tios: Jonas, Detinha e Leoni por me acolherem e sempre vibrarem e torcerem por mim. Obrigada pelos momentos de carinho e de trocas de uma vida e em especial durante estes anos de doutorado. Aos primos queridos, em especial as primas, amigas e irmãs Ana Carina, Fernanda e Aline, todo o meu eterno agradecimento pela parceria e cumplicidade de uma vida!

Michelle minha grande amiga e companheira, poetisa iluminada, que traz luz e energia para a vida. Obrigada pelo carinho, companheirismo, incentivo, torcida e por me ajudar em tantos momentos.

A minha querida orientadora, Andréia Mendes dos Santos, muito obrigada pelas valiosas orientações, pela compreensão, paciência, amizade e por estar ao meu lado na caminhada do doutorado. Gratidão e carinho por tua dedicação ao longo de todo o processo de orientação.

Prof^a Dra Maria Isabel Barros Bellini, a minha querida Belinha, minha grande mestre, que muito me ajudou, contribuiu e agregou durante todo este período do doutorado. Belinha, muito obrigada pelas oportunidades, pela acolhida e por todas as tuas contribuições e apoio para minha formação. És parte importante desta conquista do doutorado!

Um grande e vibrante muito obrigada, também aos meus mestres, a todos os professores da Faculdade de Serviço Social da PUCRS. Obrigada pelos ensinamentos que levarei comigo por toda a vida. Agradeço também as secretárias da Faculdade de Serviço Social e da Pós-graduação pela atenção a mim dispensada.

O meu muito obrigada também, a toda equipe do COM, especial ao Dr Claudio C. Mottin, que abriu as portas do serviço e acolheu a proposta de pesquisa para o doutorado, possibilitando a realização deste estudo. E agradeço imensamente a Rejane, profissional exemplar e que admiro, por sua competência, carisma, seriedade e respeito aos usuários, que contribui de forma contundente para realização da pesquisa e deste doutorado. Muito obrigada por tudo Rê!! Também deixo aqui meu agradecimento e um abraço mais do que especial para todos os usuários do COM e sujeitos da pesquisa. Obrigada pela contribuição fundamental neste estudo, sem vocês não seria possível!

Nestes 04 anos do doutorado, pessoas especiais entraram em minha vida como colegas e se tornaram amigos para a vida. Impossível falar de minha caminhada acadêmica e de minha vida pessoal, sem mencionar as pessoas especiais, grandes amigos que coloriram e formam comigo a linda ciranda da vida. A vocês Tiana, Guilherme, Camilia e Liana todo meu agradecimento e carinho! Vocês iluminaram e coloriram o processo do doutorado, fazendo dele uma mandala de cores e sentimentos desenhada por nós. Um agradecimento especial, a todos queridos colegas do NETSI, com quem tive o prazer e a honra de trabalhar, apreendendo a cada dia com vocês, em especial Luiza e Lívia! Obrigada pelas parcerias, amizade e alegria. Agradeço também, a todos os colegas do doutorado pelos momentos de troca e aprendizagem.

Agradeço também a importante contribuição da querida Jéssica Barreto, na realização das entrevistas. Jéssica, muito obrigada pelo teu empenho! Teu trabalho foi fundamental para realização desta Tese.

Formalmente agradeço à banca examinadora deste trabalho, Prof. Dr. Claudio Corá Mottin; Prof^a. Dra Eliana G. Cyrino e a Prof^a. Dra Maria Isabel Barros Bellini. Muito obrigada por terem aceitado o convite para participar deste momento tão importante e especial de minha formação que são as bancas de qualificação e defesa da Tese. Obrigada pelas importantes contribuições que culminaram no trabalho aqui apresentado. Vocês são parte fundamental na construção deste trabalho.

Respeitosa e formalmente agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES pela oportunidade concedida, mediante o financiamento dos estudos e da pesquisa desta Tese, por meio do Edital 024/2010 Pró-Ensino na Saúde.

Agradeço a todos (que mesmo sem terem seus nomes aqui mencionados) que, de uma forma ou de outra, me ajudaram, incentivaram e torceram por mim, desde o ingresso no Doutorado até o momento de sua conclusão. Para concluir este momento, agradeço a Deus pela graça e pela luz de ter colocado todas essas pessoas em minha vida e por me conduzir por caminhos que me levaram a chegar até aqui.

E fica a pergunta: Como agradecer a essas pessoas especiais que me fizeram ser o que sou e contribuíram para que eu chegasse neste momento de conclusão de um ciclo? Ciclo este que não se fecha, mas se liga a outros, se completa e assim vão dando movimento e construindo a ciranda da vida. Hoje, o que palpita na sonoridade do coração são tantas vozes que me fizeram chegar a este momento. Tentei traduzir aqui, em palavras, um mosaico de sentimentos e continuo dizendo que é difícil agradecer, pois meu sentimento de gratidão, carinho e alegria não cabe nestas linhas e ecoa fortemente no meu coração, fazendo necessário então, novamente dizer: **MUITO OBRIGADA!!**

RESUMO

A obesidade é considerada uma epidemia mundial e acarreta graves consequências à saúde, além de dificuldades psicossociais. A cirurgia bariátrica, alternativa de tratamento para a obesidade, é indicada nos casos de obesidade mórbida ou moderada, com doenças associadas. Nesta Tese apresenta-se a pesquisa desenvolvida para o Doutorado em Serviço Social junto à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e foi desenvolvida no Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas das PUCRS (COM). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que tem o objetivo geral de investigar a forma com que os determinantes sociais da saúde interferem no processo pós-cirurgia bariátrica das pessoas submetidas a esse procedimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A coleta de dados foi realizada mediante um formulário, com roteiro semiestruturado, contemplando questões abertas e fechadas. Foram entrevistados 27 sujeitos, no período de setembro de 2013 a novembro de 2014, e as respostas foram submetidas à técnica de Análise de Conteúdo. O referencial dialético-crítico orientou a construção da pesquisa e a sistematização dos resultados obtidos. A proposta investigativa foi submetida à Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social da PUCRS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da mesma Universidade. Os resultados apontam que os determinantes sociais da saúde podem comprometer os resultados da cirurgia, e os sujeitos em situação de vulnerabilidade terão dificuldades de acesso e manutenção do tratamento pós-operatório, conforme recomendado pela equipe bariátrica. Entre os fatores que dificultam o cumprimento das recomendações pós-operatórias estão: dificuldades para comparecer às consultas de acompanhamento, dificuldades financeiras, falta de preparo da rede básica de saúde para atender os usuários bariátricos, além da necessidade de políticas públicas específicas e abrangentes para o processo bariátrico. Os usuários apontaram mudanças positivas e benefícios com o emagrecimento pós-operatório, especialmente quanto à saúde e relações sociais, demonstrando a importância de investimento público na cirurgia bariátrica.

Palavras-Chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Determinantes Sociais da Saúde. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Obesity is considered a world epidemic and it implies severe consequences to health besides psychosocial difficulties. As an alternative for the treatment of obesity, the bariatric surgery is recommended in cases of morbid or moderate obesity with related diseases. The present thesis introduces a research made for Doctorate Degree in Social Service at the Catholic University of Rio Grande do Sul carried out at the Center of Obesity and Metabolic Syndrome of São Lucas Hospital which belongs to PUCRS (COM). It is a qualitative research with the general objective of investigating the way how health social determinants interfere in the bariatric post-surgery process of people submitted to this procedure in the scope of the Unified Health System (SUS). The data collection was done by means of a form with semi-structured script that comprised open and closed questions. A total of 27 subjects were interviewed in the period from September 2013 to November 2014 and the answers were submitted to the technique of Content Analysis. The dialectical and critical background guided the construction of the research and the sistematization of the obtained results. The investigative proposal was submitted to the Scientific Commission of the School of Social Service of PUCRS and to the Ethics Committee in Research of the same University. Findings indicate that health social determinants may compromise the surgery results and the subjects undergoing vulnerability shall have difficulties of access and maintenance of the post-operative treatment as recommended by the bariatric team. Among the factors that make it difficult to meet the post-operative recommendations are: difficulties to attend the follow-up appointments, financial difficulties, lack of preparation of the healthcare network to serve the bariatric users, besides the need of specific and broad public policies for the bariatric process. Users point out positive changes and benefits like the post-operative slimming, especially regarding health and social relations, what evidences the importance of the public investment in the bariatric surgery.

Key words: Obesity. Bariatric Surgery. Health Social Determinants. Public Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Comparativo de preços de produtos alimentícios pré e pós-bariátrica....	49
Quadro 2 - Evolução dos números de cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil	52
Quadro 3 - Condições de moradia.....	128
Quadro 4 - Custo médio mensal.....	140
Figura 1 - Modelo de determinações no processo saúde/doença	79
Figura 2 - Aspectos psicológicos, físicos e sociais envolvidos na cirurgia bariátrica.	83
Figura 3 - Mapa representativo das categorias de análise/1.....	117
Figura 4 – Mapa representativo das categorias de análise/2	155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos usuários submetidos à CB que contribuíram com a pesquisa, de acordo com ano em que cirurgia foi realizada, gênero, idade, estado civil, IMC na CB e IMC atual	120
Tabela 2 - Caracterização quanto à escolaridade, trabalho e renda	123

LISTA DE SIGLAS

AMA - American Medical Association

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CB - Cirurgia Bariátrica

COM/HSL - Centro da Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

CONSUMIRES - Grupo de Pesquisa sobre Consumo, Mídia, Relações Sociais e Saúde

ECT - Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos

FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

IMC - Índice de Massa Corporal

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

POF - Pesquisa de Orçamento Familiar

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SES/RS - Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 CONVERSANDO SOBRE OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA	28
2.1 OBESIDADE, ALIMENTAÇÃO E SAÚDE	28
2.2 OBESIDADE: TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS, TRABALHO E MODO DE VIDA	36
2.3 CONHECENDO A CIRURGIA BARIÁTRICA (CB)	50
2.4 O PRÉ E O PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA	59
3 FATORES DE VULNERABILIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: QUAL A RELAÇÃO COM A CIRURGIA BARIÁTRICA?	66
3.1 DEFININDO A RELAÇÃO DA POBREZA COM O ATENDIMENTO BARIÁTRICO	66
3.2 O PESO DOS FATORES DE VULNERABILIDADE NA VIDA DOS SUJEITOS	71
3.3 OS IMPACTOS DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA VIDA DOS USUÁRIOS BARIÁTRICOS DO SUS	75
4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE PARA O ATENDIMENTO AO USUÁRIO BARIÁTRICO	84
4.1 CONTEXTUALIZANDO POLÍTICAS SOCIAIS PÚBLICAS NO BRASIL	84
4.2 POLÍTICA DE SAÚDE E SUS: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA GARANTIA DE UM DIREITO UNIVERSAL	91
4.3 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E OS USUÁRIOS BARIÁTRICOS: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO	98
4.4 INTERSETORIALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS: DEBATE ACERCA DA CIRURGIA BARIÁTRICA	101
5 A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA: OUVINDO AS VOZES DOS SUJEITOS BARIÁTRICOS DO SUS	108
5.1 OBJETIVOS E O MÉTODO DA PESQUISA	108
5.2 LOCAL DO ESTUDO	108
5.3 SUJEITOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	111
5.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS, INFORMAÇÕES E ANÁLISE	112
6 CONVERSANDO SOBRE OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA COM OS USUÁRIOS BARIÁTRICOS DO SUS: DANDO VOZ AOS SUJEITOS	118
6.1 ENTRE CONVERSAS E REFLEXÕES: O QUE REVELOU A VOZ DOS USUÁRIOS BARIÁTRICOS?	119
6.2 O RESSOAR DAS VOZES DOS USUÁRIOS BARIÁTRICOS DO SUS: DISCUSSÕES ACERCA DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE	153
7 CONCLUSÕES	161
REFERÊNCIAS	173
APÊNDICE A – Carta de Autorização do Chefe do Serviço	187

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista	188
APÊNDICE C – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	194
ANEXO A – Parecer Consubstanciado Comitê de Ética da PUCRS	195
ANEXO B – Aprovação Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social....	198

1 INTRODUÇÃO

Esta Tese corresponde à pesquisa desenvolvida para o Doutorado em Serviço Social junto à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A pesquisa é de cunho qualitativo, e teve-se o objetivo de investigar de que forma os determinantes sociais da saúde interferem no processo pós-cirurgia bariátrica¹ (CB) das pessoas submetidas a esse procedimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)². A finalidade de tal estudo é o de subsidiar o SUS com informações na perspectiva do sucesso desse tratamento e qualificação do acesso ao atendimento de sujeitos com obesidade mórbida, cujo tratamento convencional³ não foi suficiente para promover e manter o peso reduzido e, conseqüentemente, sua saúde. Partindo-se dessa demanda, nesta tese pretende-se discutir e problematizar a maneira com que os fatores de vulnerabilidade social e econômica, que também são considerados determinantes sociais da saúde, podem influenciar o pós-operatório de usuários submetidos à cirurgia bariátrica pelo SUS. Considera-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para a construção de conhecimento na área das políticas públicas, subsidiando o planejamento e a implantação dessas políticas, visando construir intervenções mais efetivas. Além disso, poderá contribuir com o SUS com as informações provenientes da pesquisa, visando atender de forma integral os usuários, para assim, efetivar o direito à saúde, garantido constitucionalmente.

A partir do exposto, afirma-se a seguinte Tese: **Os processos da sociedade capitalista⁴ atual contribuem para a epidemia da obesidade e parte do**

¹Cirurgia Bariátrica - Método cirúrgico, para redução de estômago, que é uma alternativa de tratamento da obesidade. Existem variadas técnicas para a cirurgia voltadas ao controle de peso. Nesta tese utiliza-se a expressão cirurgia bariátrica para esse tipo de procedimento cirúrgico, independente da técnica empregada.

²Sistema Único de Saúde (SUS) - "é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração direta ou indireta e das Fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada". Lei Federal 8.080/90 (BRASIL, 1990).

³Tratamento Convencional - Basicamente dietas alimentares e atividades físicas, podendo também utilizar terapias psicológicas ou ainda medicamentosas.

⁴Sociedade Capitalista - Em relação à sociedade capitalista Iamamoto (2008) faz um debate rico e coerente com o conceito que se pretende abordar a respeito da sociedade capitalista nesta Tese. "Toda a sociedade torna-se o "lugar" da reprodução das relações sociais. Todo o espaço ocupado pelo capital transforma-se em "espaços de poder" — a empresa, o mercado, a vida cotidiana, a família, a cidade, a arte, a cultura, a ciência, entre outros, tanto aqueles onde a mais-valia é produzida, quanto aqueles em que ela se reparte e é realizada, abrangendo o conjunto do funcionamento da sociedade. Por não ser esse um processo linear, provoca a manutenção, no essencial, das relações de produção e de propriedade e, ao mesmo tempo, impulsiona o

insucesso dos objetivos da cirurgia bariátrica (redução e manutenção de peso e saúde) decorrem também, das condições de vulnerabilidade, dos determinantes sociais da saúde e da fragilidade de políticas públicas que atendam ao pós-operatório bariátrico pelo SUS. Portanto, considera-se, aqui, como fragilidade das políticas públicas, a difícil condição de oferta de suporte adequado para acompanhar e atender as necessidades do usuário no pós-operatório bariátrico, em nível de saúde pública.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2015), a obesidade acarreta múltiplas e graves consequências para a saúde⁵ e entre os problemas de saúde que podem ocorrer estão: hipertensão arterial⁶, arteriosclerose⁷,

desenvolvimento das forças produtivas, em que a natureza dá lugar ao espaço produzido. [...] Nessa sociedade, a mercadoria é o caráter predominante e determinante do produto: o caráter do produto como mercadoria e a mercadoria como produto do capital. O próprio trabalhador aparece como um mero vendedor de mercadorias: trabalhador “livre” que vende a sua força de trabalho — ou uma medida determinada de seu tempo de vida — e seu trabalho assume a determinação social de trabalho assalariado, com caráter geral. Assim, os agentes principais dessa sociedade — o capitalista e o trabalhador assalariado — aparecem como “personificações do capital e do trabalho”, isto é, portadores de determinados caracteres sociais que o processo social de produção imprime aos indivíduos sociais, produtos dessas relações, no âmbito das quais afirmam seu protagonismo. A forma específica do valor — a forma mercadoria e seu fetiche — entranha tanto as relações de circulação quanto àquelas que têm lugar entre os agentes de produção. Ela inverte e subverte o sentido das relações sociais em um amplo processo de reificação, submetendo as relações entre os homens às relações entre coisas. Em segundo lugar, a mais-valia é a finalidade direta e o móvel determinante da produção. O capital produz essencialmente capital e só o faz na medida em que produz mais-valia. A tendência a reduzir ao mínimo o preço de custo converte-se na alavanca mais poderosa para a intensificação da força produtiva do trabalho social, que aparece mistificada como força produtiva do capital” (IAMAMOTO, 2008, p. 50 e 58).

⁵Saúde - A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Cabe ressaltar que, o conceito ampliado de saúde elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde define que “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Sendo assim, essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida (BRASIL, 1986, p. 23). Nesta tese, a saúde sempre será considerada em seu conceito ampliado, tal qual definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, aqui referida.

⁶Hipertensão, usualmente denominada pressão alta, é ter a pressão arterial, sistematicamente, igual ou maior que 14 por 9. A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem. O coração e os vasos podem ser comparados a uma torneira aberta ligada a vários esguichos. Se fecharmos a ponta dos esguichos a pressão lá dentro aumenta. O mesmo ocorre quando o coração bombeia o sangue. Se os vasos são estreitados a pressão sobe. A pressão alta ataca os vasos, coração, rins e cérebro (Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBC), 2015).

⁷A arteriosclerose é a principal causa de morte no mundo ocidental. É caracterizada pelo depósito de gordura, cálcio e outros elementos na parede das artérias, reduzindo seu calibre e trazendo um déficit sanguíneo aos tecidos irrigados por elas. Seu desenvolvimento é lento e progressivo, e é necessário haver uma obstrução arterial significativa, de cerca de 75% do calibre de uma artéria, para que surjam os primeiros sintomas isquêmicos (sintomas derivados da falta de sangue). A arteriosclerose é uma doença sistêmica, acometendo simultaneamente diversas artérias do ser humano. O quadro clínico apresentado pelo paciente vai depender de qual artéria está mais significativamente obstruída (SBACV- Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, 2015).

insuficiência cardíaca⁸; diabetes tipo 2⁹, apneia do sono¹⁰, embolia pulmonar¹¹; infertilidade¹², carcinomas¹³, entre outros. Além de contribuir para essas doenças, o obeso ainda tem dificuldades psicossociais originadas no: preconceito, estigma, exclusão, entre outras, o que desencadeia uma série de impactos sociais. Estima-se que doenças decorrentes da obesidade provoquem cerca de 80 mil mortes por ano no Brasil (SBCBM, 2015). A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a obesidade é, atualmente, uma epidemia em muitos países, inclusive no Brasil, configurando-se como um grave problema de saúde pública. Vários estudos, entre os quais: pesquisas periódicas de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), do Ministério da Saúde (MS); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), e da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) revelam que elevada parcela da população brasileira está acima do peso e que os índices de obesidade no país cresceram exponencialmente. Atualmente, cerca de 50,8% da população brasileira está acima do peso e, destes, 17,5% são obesos segundo o último VIGITEL (2013).

Como alternativa para o enfrentamento ao excesso de peso, a cirurgia bariátrica se apresenta como um método efetivo de emagrecimento, indicado nos casos de obesidade mórbida¹⁴ ou de obesidade moderada, mas com doenças

⁸A insuficiência cardíaca é o comprometimento da capacidade do coração de suprir as necessidades do organismo. O bombeamento de sangue para os outros órgãos é prejudicado, e uma série de sintomas, como o cansaço frequente, começa a aparecer (BACAL, 2012).

⁹O diabetes Tipo 2 aparece quando o organismo não consegue usar adequadamente a insulina que produz; ou não produz insulina suficiente para controlar a taxa de glicemia.[...] Dependendo da gravidade, ele pode ser controlado com atividade física e planejamento alimentar. Em outros casos, exige o uso de insulina e/ou outros medicamentos para controlar a glicose (Zajdenverg, 2015).

¹⁰Essa síndrome é caracterizada pela obstrução parcial ou total das vias aéreas durante o sono, causando apneia ou hipopneia (entende-se por apneia a interrupção completa do fluxo de ar através do nariz ou da boca por um período de pelo menos dez segundos e, por hipopneia, uma redução de 30% a 50% desse fluxo) (VARELLA, 2011a).

¹¹A embolia pulmonar é causada pela obstrução das artérias dos pulmões por coágulos (trombos ou êmbolos) que, na maior parte das vezes, se formam nas veias profundas das pernas ou da pélvis e são liberados na circulação sanguínea. Apesar de mais raros, também existem casos de embolias gordurosas provocadas por traumas ou fraturas, de embolias aéreas (bolhas de ar) e de líquido amniótico. A gravidade do quadro está diretamente correlacionada com o tamanho do êmbolo. Os maiores podem interromper completamente a circulação pulmonar. Essa condição pode ser mortal (VARELLA, 2011b).

¹²Dificuldade ou mesmo impossibilidade, aqui no caso, de a mulher engravidar.

¹³Se refere a tumores malignos que desenvolvem o câncer.

¹⁴Graus de Obesidade - Existe um padrão de Índice de Massa Corporal (IMC) que determina, ou classifica os graus ou categorias dos índices de obesidade, sendo assim definidos: Baixo peso - IMC menor que 18,5; Sobrepeso - IMC entre 25,0 e 29,9; Obesidade grau I - IMC entre 30,0 e 34,9; Obesidade Grau II ou severa - IMC entre 35,0 e 39,9; Obesidade grau II ou mórbida - 40,0 e acima. Sabe-se, conforme mencionado no texto desta tese, que o cálculo do IMC hoje pode ser considerado

associadas que elevam, potencialmente, os riscos para a saúde do usuário. Quando o médico e o usuário¹⁵ forem convencidos de que se esgotaram todas as tentativas de tratar a obesidade, através da mudança do estilo de vida e da aquisição de novos hábitos alimentares, mas ainda assim a pessoa precisa perder peso, pode ser indicada a cirurgia bariátrica e metabólica, pois, o obeso está com elevado risco para sua saúde, inclusive risco de morte, causado pelas doenças associadas à obesidade.

A cirurgia bariátrica é um procedimento que tem sido bem-sucedido em muitos casos. Entre os fatores necessários para o emagrecimento, além do procedimento cirúrgico, os usuários bariátricos devem aderir a reposição vitamínica pós-operatória, adotar as fases prescritas da dieta pós-cirúrgica, mudar seus hábitos alimentares, praticar exercícios físicos regularmente, e comparecer às consultas da agenda pós-bariátrica, entre outros (SBCBM, 2015). Para os usuários, cumprir essas recomendações nem sempre é simples. Muitas vezes, a situação socioeconômica do sujeito obeso é desfavorável e ele não tem condições para acessar os recursos necessários para o sucesso do tratamento. Esses condicionantes têm sido elencados pelas equipes bariátricas como fatores dificultadores para os usuários que realizam a cirurgia bariátrica pelo SUS.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), em 2010 foram realizadas 195 cirurgias bariátricas no Estado, em 2011 foram 229, em 2012, foram 240 procedimentos e no ano de 2013 foram realizadas 257 cirurgias bariátricas, totalizando 921 procedimentos cirúrgicos realizados em Serviços Habilitados na Atenção ao Paciente Obeso aos usuários do SUS. Os números mostram o crescente aumento do uso dessa técnica, o que justifica a importância de se elaborar um estudo voltado a produzir mais conhecimento sobre os impactos dessa cirurgia no cotidiano das pessoas que a ela se submetem, especialmente no âmbito do SUS.

Este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, e tem a Coordenação de

um tanto ultrapassado, pois os exames de bioimpedância já conseguem definir com maior excelência os reais índices de massas corpóreas. Mas o cálculo do IMC e as definições aqui apresentadas são considerados padrões mundiais para definição dos graus de obesidade dos sujeitos e ainda são muito utilizados e difundidos (ABESO, 2015; SBCBM, 2015).

¹⁵Usuário - Decidiu-se usar a terminologia “usuário” em todo o estudo, mesmo quando mencionados os procedimentos médicos, por ser um termo utilizado pelo Serviço Social para se referir às pessoas que são atendidas pelos serviços.

Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Ministério da Saúde (MS), por meio do Edital 024/2010 – Pró-Ensino na Saúde, como financiadora, por intermédio da bolsa integral de doutorado. Além do financiamento do doutorado (através desse edital), foi possível vislumbrar muitas possibilidades de intervenção, pesquisa e transformação da realidade, propostas e pensadas ao longo do doutorado e sobre as quais se discorre neste estudo.

As motivações que levaram a pesquisadora a buscar conhecer e aprofundar o tema obesidade e, posteriormente, a cirurgia bariátrica, surgiram, especialmente, por se tratar de uma temática com a qual já vem trabalhando desde a graduação. Durante os estágios obrigatórios da graduação trabalhou com o Grupo de Prevenção e Tratamento da Obesidade da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT). Ao escutar, nos atendimentos e trabalhos em grupo de obesos, as falas carregadas de sofrimento, humilhação, preconceitos, baixa autoestima e outras tantas dificuldades, percebeu como a obesidade afetava a vida dessas pessoas e desencadeava uma série de processos sociais que precisavam ser entendidos para que o trabalho do Serviço Social fosse mais efetivo nesse campo.

A fim de buscar conhecer mais os processos desencadeados pela obesidade na vida cotidiana dessas pessoas, é que se buscou o Mestrado¹⁶. Com a pesquisa para a Dissertação de Mestrado foi possível aprofundar a temática, descobrindo que o peso da obesidade não pode ser medido pela balança, pois é um peso muito maior do que o mensurável por equipamentos e números (SCHERER, 2012). Observa-se que os resultados dos estudos sobre obesidade constituem objeto de trabalho do Assistente Social, pois se apresentam como expressões da questão social¹⁷, merecendo destaque o preconceito, a discriminação e a exclusão social.

¹⁶ Dissertação de Mestrado em Serviço Social, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, intitulada: “O peso que não é medido pela balança: as repercussões da obesidade no cotidiano dos sujeitos”, defendida em janeiro de 2012. A pesquisa, realizada na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) – Diretoria do Rio Grande do Sul, localizada em Porto Alegre RS, teve por objetivo investigar as repercussões da obesidade no cotidiano dos sujeitos obesos entrevistados (11 adultos obesos), por meio de entrevistas semiestruturadas. Com base no referencial dialético-crítico que norteou a pesquisa e a análise de conteúdo (BARDIN, 1977), os resultados mostraram que: a obesidade impacta, de diversas formas, o cotidiano dos sujeitos e muitas dificuldades e preconceitos precisam ser vencidos todos os dias; há grande desconhecimento dos sujeitos em relação às políticas públicas voltadas à questão da prevenção e tratamento da obesidade: há necessidade de, cada vez mais, propor ações voltadas a essa temática, além da eficiente intervenção do Estado nessa epidemia mundial.

¹⁷ Questão Social - Compreende-se Questão Social como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos permanece privada, o que condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e

Durante a pesquisa para a Dissertação do Mestrado, nas entrevistas que foram realizadas com usuários obesos, a cirurgia bariátrica apareceu muitas vezes como último recurso e alternativa para a perda de peso. Das entrevistas daqueles que já haviam sido operados e estavam em processo de emagrecimento surgiram muitas categorias: agravos na saúde física e mental, isolamento social, dor, acessibilidade, cirurgia bariátrica, vestuário, estética e preconceito, o que instigava a pesquisadora a saber mais sobre o tema. Aqueles que eram candidatos à cirurgia mostravam muitas expectativas quanto ao procedimento, principalmente com os resultados da perda de peso no pós-cirúrgico.

Em sua trajetória, a pesquisadora trabalhou em uma pesquisa sobre cirurgia bariátrica no Brasil, vinculada à equipe do Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas da PUCRS¹⁸; também integra o Grupo de Pesquisa sobre Consumo, Mídia, Relações Sociais e Saúde – (CONSUMIRES), o qual realiza, entre outras, uma pesquisa¹⁹ sobre obesidade e cirurgia bariátrica, cujo objetivo principal é o de analisar as principais dificuldades do usuário bariátrico no processo pós-cirúrgico para redução/manutenção do peso e consolidação de direitos dos usuários referentes aos princípios do SUS: acesso, humanização e integralidade. Além disso, faz parte do Grupo de Estudos e Pesquisa em Ensino na Saúde e Intersectorialidade (GEPESI). Sendo assim, a temática obesidade, cirurgia bariátrica e políticas públicas, especialmente a de saúde, sempre estiveram presentes na trajetória profissional da pesquisadora.

Diante dessa trajetória e dos índices anteriormente mencionados, justifica-se a necessidade de investigar de que modo os determinantes sociais da saúde e os processos de vulnerabilidades impactam a vida e a saúde das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica pelo SUS. Considera-se importante analisar a questão da obesidade e do tratamento dessa doença em sua multicausalidade, em que outras questões contribuem como desencadeadores (ou facilitadores) dos processos de ganho ou de perda de peso, especialmente no pós-bariátrico. A discussão sobre os fatores que contribuem como dificultadores da vinculação ao tratamento, configura-

reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes, em tempos de capital fetiche (IAMAMOTO, 2008).

¹⁸Subsidiada pela Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), a pesquisa tinha como objetivo avaliar os usuários submetidos à cirurgia bariátrica no Brasil nos últimos 10 anos para verificar os efeitos da cirurgia na saúde dessas pessoas.

¹⁹Pesquisa intitulada “Fatores de vulnerabilidade após a cirurgia de obesidade pelo SUS: uma análise sobre o impacto das condições sociais dos obesos operados” foi contemplada pelo Edital Universal do CNPq/2013, processo nº 473185/2013-0, e está em andamento.

se essencial para subsidiar o SUS, no que tange às reais necessidades dos obesos para além do procedimento cirúrgico.

O presente estudo fundamenta-se no método dialético-histórico-crítico que se fundamenta no materialismo histórico dialético. Tal método possibilita maior aproximação com a realidade, contribuindo para o alcance dos objetivos propostos nesta tese. Por meio do método dialético-crítico se busca incidir profundamente na análise dos fenômenos sociais, a partir da apreensão do real, que se apresenta de forma móvel, múltipla, diversa e contraditória (LEVEBvre, 1991). Triviños (1995) afirma que o materialismo dialético realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. Utilizando-se do método dialético crítico se torna possível compreender o fenômeno observado além do aparente, capturando a essência do real, aquilo que está implicado com a totalidade (LEVEBvre, 1991). Contudo, para desvendar a realidade para além do fenômeno aparente e se fazer uma análise profunda da realidade, buscando-se a construção do conhecimento, neste estudo, foram adotadas as *Categorias Teóricas do Método*, sendo as principais categorias: a *Contradição*, a *Totalidade* e a *Historicidade*. Além das categorias do método dialético-crítico, as categorias explicativas da realidade que estão presentes nesse estudo, são: Cirurgia Bariátrica; Obesidade, Determinantes Sociais da Saúde; Políticas Públicas e Fatores de Vulnerabilidade, sendo elas problematizadas ao longo do texto e servindo como norte em todas as etapas do estudo.

Categorias são formas de conscientização nos conceitos dos modos universais da relação do homem com o mundo, que refletem as propriedades e leis mais gerais e essenciais da natureza, a sociedade e o pensamento. Para o marxismo, as categorias se formaram no desenvolvimento histórico do conhecimento e na prática social. Esta última afirmação é fundamental. Ela significa que o sistema de categorias surgiu como resultado da unidade do histórico e do lógico, e 'o movimento do abstrato ao concreto, do exterior ao interior, do fenômeno à essência (TRIVIÑOS, 1995, p. 36).

Ao se tratar da realidade, no cotidiano das pessoas, deve-se considerar o desenvolvimento das questões históricas. "A vida cotidiana não está "fora" da história, mas no "centro" do acontecer histórico: é a verdadeira "essência" da substância social" (HELLER, 2000, p.20). A dialética representa esse processo de

movimento nas relações sociais capazes de construir a vida real dos sujeitos nos seus espaços de convivência.

Neste estudo, a partir da identificação dos fatores de vulnerabilidade e determinantes sociais da saúde que dificultam o emagrecimento saudável e o cumprimento do tratamento indicado, a contribuição é a de tornar possível subsidiar e qualificar estratégias de enfrentamento da obesidade através da revisão das principais demandas dos usuários. O Serviço Social tem aí um importante papel, o de buscar várias aproximações com a realidade, em um movimento dialético, objetivando a compreensão da totalidade dos fenômenos, os quais se apresentam neste estudo como: obesidade, cirurgia bariátrica, políticas públicas e suas configurações atuais, entre outros, pois, segundo Kosik (1986, p.09), “a dialética trata da “coisa em si.” Mas a “coisa em si” não se manifesta imediatamente ao homem. Para se chegar a sua compreensão é necessário fazer não somente certo esforço, mas também um *détour*²⁰.” E este *détour* é justamente realizado através das múltiplas e diferentes aproximações da realidade e é por via da pesquisa que se pode desvendar essa realidade, interpretando as falas dos sujeitos. Somente assim poder-se-á propor intervenções, tendo como norte o Código de Ética, o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a garantia dos direitos dos usuários, acessados através das Políticas Públicas.

Resgatando a história do Serviço Social, é possível perceber que esta história está ligada fortemente à história da saúde no país, transformando-se, ao longo do tempo e aliando-se a muitas lutas comuns, todas em prol da garantia e da efetivação dos direitos dos usuários. Cabe fazer um sucinto relato da trajetória desta profissão junto à saúde no Brasil, quando, inicialmente, conforme Mattos (2009), o Assistente Social era identificado – junto com outras profissões – como um profissional que poderia contribuir para o trabalho do médico, em uma relação bastante vertical,

²⁰*Détour*: Kosik (1986) destaca que, para compreensão da essência de um fenômeno que se apresenta, faz-se necessário pensar na decomposição do todo na ação e no conhecimento filosófico. Com isto, ocorre uma separação do que seja essencial e secundário em tal fenômeno, seja ele qual for. Mesmo que o fenômeno se mostre (em sua aparência) como um todo, isto não ocorre de forma imediata, antes acontece como uma visão de mundo das aparências. Entretanto, este mundo de aparências não revela a verdadeira essência do fenômeno, revela apenas o aparente, o que se pode chamar de pseudoconcreticidade. Tal pseudoconcreticidade oculta a totalidade concreta do mundo real, que precisa ser desvendada para que assim se consiga chegar mais próximo da verdade. Isto, segundo Kosik (1986), ocorre por inúmeras e permanentes aproximações do fenômeno, em constantes idas e vindas do conhecimento em relação ao fenômeno estudado, o que Kosik denomina de *détour*, realizando mediações entre o abstrato e o concreto.

pautada em uma perspectiva em que o gestor era o médico; não havia um objetivo bem definido para o trabalho do Assistente Social, ficando incumbido, muitas vezes, da tarefa de fazer uma ponte entre a instituição e a família do usuário, não raro baseada em uma perspectiva positivista²¹, utilizando a ideia de que o responsável por suas questões ou problemas era o próprio usuário. Em uma visão funcionalista, ao mudar hábitos e comportamentos mudaria também sua realidade (MATOS, 2013).

Posterior a isso, já nos anos 1960, começou a se expandir, no Serviço Social da América Latina e do Brasil, um movimento que, ligado às reformas políticas dos países e das ditaduras, visava reformular os conceitos ético-políticos, técnico-operativos e teórico-metodológicos da profissão, aliando-se aos interesses da classe trabalhadora. Esse evento ficou conhecido como Movimento de Reconceituação do Serviço Social, e, a partir dos anos 1970, culminou em uma reformulação completa da profissão e de sua intervenção.

A partir dos anos 1990 os Assistentes Sociais passam a considerar os princípios da Reforma Sanitária²² e do SUS, e, mesmo com alguns desafios e entraves, esses princípios foram incorporados ao trabalho prático dos profissionais. Ainda assim, a incorporação dos princípios da Reforma Sanitária e do SUS foi considerada um grande avanço para a profissão. Hoje, o profissional tem como

²¹Positivismo é uma corrente filosófica que surgiu na França no começo do século XIX, que defende que o conhecimento científico é a única forma de conhecimento verdadeiro, não considerando o conhecimento popular, as crenças e nada que não pudesse ser comprovado cientificamente. Além disso, considerava que progresso da humanidade dependia exclusivamente dos avanços científicos. Auguste Comte (1798-1857) é geralmente reconhecido como fundador do Positivismo ou “Filosofia Positivista” (BOTTOMORE, 2001). No que diz respeito à perspectiva positivista, mencionada no texto, refere-se à visão moralizante das expressões da questão social que os sujeitos vivenciam no seu cotidiano e que não raras vezes está ligado a uma visão que se assemelha a uma visão funcionalista. Tal visão compreende que os problemas vivenciados pelos usuários são decorrentes de seus comportamentos e que mudando seus hábitos mudaria também a situação em que se encontravam, não considerando as influências de outras questões do meio em que vivem, ou seja, totalidade dos fenômenos.

²²Reforma Sanitária - Em meados de 1970, o Movimento de Reforma Sanitária se organiza, propondo uma nova concepção de saúde pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a saúde do trabalhador. O Movimento organizado da Reforma Sanitária contribuiu significativamente para a construção e a configuração da atual Política de Saúde brasileira e representou uma ruptura do que se conhecia e se fazia a respeito da saúde no Brasil. A partir do Movimento da Reforma Sanitária ocorreram mudanças no sistema de saúde, vindo a culminar no Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios básicos a universalidade – todo o brasileiro tem direito de acesso às ações e aos serviços de saúde; equidade –, direito à assistência em saúde para todos os brasileiros sem preconceito, discriminação e privilégios; integralidade – visa garantir todas as ações e serviços necessários para promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde e gratuidade – visa garantir que todos os serviços de saúde sejam prestados pelo poder público ou entidade contratada pelo governo de forma gratuita (BRASIL, 2015).

objeto de sua intervenção as diferentes expressões da questão social, geradas pelo modo de acumulação capitalista e que se apresentam, no cotidiano de trabalho, por meio de diversas demandas que se mostram, de forma particularizada, nos diferentes campos de trabalho do Assistente Social e demandam um estudo criterioso por parte do profissional.

Na área da saúde, como em qualquer outra, o Assistente Social precisa entender que as demandas apresentadas em seu campo de trabalho são geradas pelas contradições do próprio sistema capitalista, e que são problemas estruturais que geram essas demandas. Somente assim poderá construir novas e efetivas estratégias de trabalho (MATOS, 2013). É justamente nessa zona conflituosa que se encontra o objeto de trabalho do Serviço Social.

Definir o objeto da profissão, na consequência da relação entre capital e trabalho, significa tomar como objeto de atenção, de preocupação e de intervenção profissional o movimento e o resultado do mesmo na vida em sociedade. Significa, de outra forma, buscar uma intervenção que supere uma visão simplificada que fragmenta o entendimento da vida social (FERNANDES, 2005, p. 03).

Para superar essa visão simplificada e fragmentada da vida social à qual Fernandes (2005) se refere, e também para ter clareza de onde vai incidir a intervenção profissional do Assistente Social, é que se faz necessário o claro entendimento de como vem se organizando a sociedade contemporânea e o que leva à produção de vulnerabilidades hoje, no que se refere às condições de trabalho, dada a centralidade desta categoria na vida e na sociabilidade humana.

Valente (2002) salienta que a obesidade já é um problema prioritário em saúde pública e segurança alimentar, pois a obesidade deve ser entendida como uma questão complexa e que, para ser enfrentada, precisa ser superada a visão simplificada e fragmentada dessa realidade. Cabe ressaltar que a obesidade é orgânica, possuindo uma diversidade de variáveis que levam o sujeito a se tornar obeso, incluindo questões clínicas e emocionais, por exemplo, que nem sempre são objetos de intervenção do Serviço Social, podendo-se citar: dores, disfunções metabólicas, questões emocionais ou psíquicas, as quais seriam questões atribuídas à Medicina ou à Psicologia. Mesmo assim o trabalho do Assistente Social perpassa essas questões, situando-se naquilo que é seu objeto de trabalho: as expressões da questão social desencadeadas pela obesidade na sociedade capitalista atual.

Salienta-se que a obesidade é uma doença multicausal e isso justifica a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, quer na prevenção, quer no controle dessa epidemia social (SANTOS, 2009).

Sendo assim, esta tese está organizada para apresentar, logo após a introdução, o segundo capítulo, o qual se discorre sobre obesidade e o modo com que se apresenta hoje: doença e epidemia a ser controlada e tratada; e problemática social. Também no segundo capítulo apresenta-se a cirurgia bariátrica e os fatores importantes a serem discutidos, a técnica cirúrgica e seus rebatimentos na saúde e no cotidiano de vida dos usuários operados, além do pré e do pós-cirúrgico. Faz-se, também, uma abordagem ampla sobre as transformações societárias que vêm ocorrendo, especialmente no último século até os dias atuais. Considerou-se necessária essa abordagem para se entender de que maneira essas transformações afetaram e afetam a vida da população; as repercussões no trabalho e no seu cotidiano, as quais podem levar as pessoas a engordar e a agravar seus problemas de saúde relacionados ao modo de vida e condições de trabalho da sociedade atual (modo de vida Just in Time abordado neste capítulo).

No terceiro capítulo faz-se uma discussão sobre os determinantes sociais da saúde, os fatores de vulnerabilidade e a relação com a cirurgia bariátrica. Neste capítulo inserem-se algumas definições conceituais e discussões acerca dos determinantes sociais da saúde, fatores de vulnerabilidade, pobreza e como o atendimento ao usuário bariátrico pode ser comprometido, influenciado ou potencializado por esses fatores, especialmente no que diz respeito aos determinantes sociais da saúde.

No quarto capítulo faz-se um debate acerca das políticas públicas, inserindo-se um breve histórico brasileiro acerca da concepção e realização das políticas públicas neste país. Além disso, ainda se faz um resgate histórico sucinto das políticas de Saúde e Assistência Social, no Brasil (Política Nacional de Saúde e SUS; Política Nacional de Assistência Social), discutindo-se sobre a importância de essas políticas estarem interligadas, culminando na discussão sobre intersetorialidade. Assim, problematiza-se o conceito de intersetorialidade, mostrando sua importância para o atendimento integral ao usuário bariátrico, de modo a respeitar seus direitos. Mostra-se, também, a importância da efetivação da Linha de Cuidado do sobrepeso e obesidade, nos níveis de atendimento de baixa,

média e alta complexidade do SUS, com destaque ao que está preconizado na legislação.

No quinto capítulo destaca-se a pesquisa que deu origem à Tese aqui apresentada, apresentam-se os objetivos da pesquisa, o método do estudo, a metodologia, os sujeitos da pesquisa, os aspectos éticos, entre outras questões importantes para o desenvolvimento do estudo. E no sexto capítulo volta-se a atenção para a análise dos dados e informações provenientes da pesquisa. Este capítulo merece destaque por se tratar de um dos mais importantes desta tese, no qual os sujeitos ganham voz e é possível identificar como os determinantes sociais da saúde e os fatores de vulnerabilidade impactam o processo pós-cirurgia bariátrica dos usuários do SUS através mediação das categorias de análise. Para finalizar são apresentadas as conclusões e algumas proposições em relação ao atendimento bariátrico e como poderia ser potencializado o sistema de saúde para melhor atender esses usuários, respeitando-se, assim, os direitos estabelecidos na Constituição de 1988, quanto à saúde dos Brasileiros. E, por fim, incluem-se as referências que nortearam este estudo.

2 CONVERSANDO SOBRE OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA

Neste capítulo aborda-se a questão da obesidade como doença incurável, epidemia mundial e destaca-se seus impactos no cotidiano de vida das pessoas, afetando a relação com o trabalho, as relações sociais, gerando consequências para a saúde dos sujeitos obesos, impactando vários setores de suas vidas. Partindo-se deste pressuposto, se discute a obesidade não só como doença, mas também como fenômeno social, fruto da organização da sociedade capitalista vigente, justificando-se essa afirmativa com o que será explicitado ao longo deste capítulo. Posteriormente, apresenta-se a cirurgia bariátrica como alternativa de tratamento para a obesidade; as principais técnicas utilizadas, o preparo pré-operatório e o acompanhamento pós-operatório: alimentação, medicações e outros aspectos importantes que se referem à cirurgia e são relevantes para o estudo.

2.1 OBESIDADE, ALIMENTAÇÃO E SAÚDE

A obesidade é uma doença multicausal que tem acometido milhares de pessoas em todo o mundo. Segundo a OMS (2011), obesidade é o elevado grau de armazenamento de gordura no organismo, associado a riscos para a saúde devido a sua relação com complicações metabólicas. É considerada uma epidemia mundial e, no caso do Brasil, a prevalência da obesidade está se tornando maior do que os registros de índices de baixo peso na infância (BRASIL, 2010).

Uma pesquisa nacional, realizada pela SBCBM, mostrou que o número de obesos mórbidos praticamente dobrou em sete anos no Brasil, saindo de 3,5 milhões de habitantes em 2007 para 6,8 milhões em 2014. Já, em relação ao número de obesos, em 2014 o Brasil tinha quase 25 milhões de pessoas com diagnóstico de obesidade, o que representa 18,5% da população. A pesquisa também mostrou que o número de pessoas com sobrepeso diminuiu: regrediu de 51% para 40% nos últimos anos, porém essas pessoas migraram para as faixas de obesidade e não diminuíram seu peso (SBCBM, 2015a), agravando o quadro de epidemia e a gravidade da questão.

O mais simples e utilizado critério para verificar a condição de peso é o Índice de Massa Corporal (IMC), cujo cálculo considera o peso em relação à altura elevada ao quadrado ($\text{peso}/\text{altura}^2$). O resultado diagnostica baixo peso, padrão de

normalidade, sobrepeso e a obesidade em suas variadas intensidades. Atualmente, são considerados também o que se pode denominar, de maneira simplificada, de aferição eletrônica, realizada por meio de uma balança – o chamado exame de bioimpedância²³. Com o referido exame é possível verificar de maneira mais apurada a composição corporal e fazer o correto diagnóstico das condições do peso do IMC real do indivíduo, além de projetar índices considerados ideais de peso e massas corporais. Portanto, o critério de IMC para diagnosticar índices de obesidade e sobrepeso tem sido questionado, pois algumas pessoas com IMC <25 podem ter excesso de tecido adiposo, sinais pró-inflamatórios, e distúrbios metabólicos associados à obesidade, entre os quais resistência à insulina, hiperinsulinemia, dislipidemia, hipertensão, e doenças cardiovasculares (DCV). Por outro lado, alguns indivíduos com IMC maior que 30 podem não ter excesso de gordura corporal; no entanto, mesmo se apresentarem excesso de gordura, eles podem ser diagnosticados com alta sensibilidade à insulina e pressão arterial normal (AMA, 2013). Na atualidade argumenta-se que o IMC deve ser excluído da definição de obesidade, devendo ser considerados, para esta definição, exames de sangue para verificar sinais pró-inflamatórios ou outras formas de exames — ressonância magnética²⁴, tomografia computadorizada²⁵ — para definir os compartimentos corporais, gordura abdominal, etc., e também a aferição por meio do exame de bioimpedância (AMA, 2013).

Na concepção de Segal (1998) obesidade é uma doença crônica que teve seus conceitos fortemente alterados nos últimos anos. A obesidade há pouco tempo vem tendo suas bases fisiopatológicas melhor entendidas e pode-se dizer que é uma doença que possui componentes genéticos com forte influência ambiental, em que diversos mecanismos metabólicos estariam alterados, favorecendo um balanço

²³Exame de bioimpedância - Trata-se de um método de análise da composição corporal, não invasivo, realizado em consultório, em uma balança especializada, com eletrodos nos pés e mãos que emitem correntes elétricas imperceptíveis durante 30 segundos em média. Avalia o percentual de gordura, percentual de massa magra e hidratação, permitindo calcular a faixa ideal de peso para o indivíduo de acordo com o sexo e a idade. É indicado para ambos os sexos, exceto gestantes e portadores de marca-passo.

²⁴A ressonância magnética é um dos mais modernos exames de diagnóstico por imagem, fornecendo imagens em alta definição dos órgãos internos do corpo. O aparelho que captura as imagens é “chamado de magneto, e dentro dele existe um campo magnético muito potente, como se fosse um grande ímã, onde as moléculas de hidrogênio que compõem nosso corpo ficam alinhadas com o campo magnético. O aparelho emite ondas de rádio semelhantes às ondas de rádio FM, porém, no caso da Ressonância Magnética, o paciente ouve essas ondas como um ruído durante o exame” (CURA, 2015).

²⁵Tomografia computadorizada é um exame por imagem, não invasivo, que combina equipamentos especiais de Raio X com computadores programados para reproduzir imagens dos órgãos internos.

energético positivo e o ganho de peso (SANTOS, 2009). Sendo assim, a obesidade pode ser entendida como

uma doença não transmissível, que tem como características: longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação e de múltiplas determinações, com forte componente ambiental. Destaca-se que há, em muitos casos, ausência de dor física, porém, há sofrimento, há dor psicossocial (BRASIL, 2006, p.26).

Além disso, e de ser uma doença não transmissível, a obesidade também pode ser consequência de fatores genéticos. No cenário atual, a obesidade ganha destaque nos quadros epidemiológicos do Brasil, pois é, simultaneamente, uma doença e também um fator de risco para inúmeras outras doenças: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca; diabetes tipo 2, câncer, propensão a quedas, entre muitas outras. As doenças associadas à obesidade trazem consigo muitos riscos para o sujeito obeso e, além disso, é fator desencadeante de problemas psicológicos e sociais.

Ao se discutir a obesidade é inevitável falar em alimentação e o que define uma alimentação saudável recomendada por nutricionistas e médicos especializados no assunto, a qual evitaria que as pessoas chegassem à situação de obesidade ou que possibilitaria reverter esse quadro. Sendo assim, pode-se afirmar que uma alimentação considerada saudável ou adequada significa comer de forma equilibrada — no caso dos adultos, para que mantenham seus índices metabólicos em níveis considerados saudáveis do ponto de vista clínico; no caso das crianças, para que tenham um bom desenvolvimento físico e intelectual (BRASIL, 2014). Além disso, é necessário esclarecer que o ato de comer de forma equilibrada está relacionado ao peso e à nutrição, ou seja, em relação ao peso considera-se o valor calórico dos alimentos; e em relação à nutrição considera-se o valor nutritivo dos alimentos. Sendo assim, o ideal seria uma alimentação com valor nutritivo, mas com limite calórico definido pela taxa metabólica basal²⁶ do indivíduo. Então, uma alimentação adequada diz respeito à escolha de alimentos

²⁶A taxa metabólica basal (TBM) é o mínimo de energia necessária para manter as funções do organismo em repouso, como os batimentos cardíacos, a pressão arterial, a respiração e a manutenção da temperatura corporal. Ela pode variar de acordo com o sexo, peso, altura, genética e idade, além de outros componentes (ABRAN, 2015).

considerados saudáveis e produzidos de forma segura para o consumo humano, considerando-se o valor calórico de cada alimento, o qual tem implicação direta no peso corporal.

Uma alimentação considerada adequada se refere a uma dieta composta por carboidratos, fibras, gorduras, proteínas, vitaminas e minerais. A dieta deve ser variada, com alimentos diversos (frutas, verduras, carnes, cereais, entre outros), em quantidades que variem de acordo com cada tipo de metabolismo humano, considerando-se também o valor calórico de cada alimento (BRASIL, 2014).

Já, uma alimentação inadequada é aquela que não garante uma boa nutrição, contempla tanto a desnutrição decorrente de carências nutricionais quanto uma ingestão excessiva de alimentos pouco nutritivos e muito calóricos, por isso não é difícil diagnosticar casos de obesos desnutridos. Sendo assim, se faz necessário evidenciar que, na escolha de um alimento, se considere o valor calórico adequado a cada indivíduo, além dos componentes nutritivos dos alimentos. O excesso ou a falta de peso merecem atenção, pois ambos são problemas graves e ocasionam sequelas para o desenvolvimento e a vida futura. A obesidade também é considerada uma forma de desnutrição²⁷, pois o sujeito acima do peso come de forma inadequada, ficando carente de nutrientes necessários para a saúde (OMS, 2006; SANTOS, SCHERER, 2012; REPETTO; CASAGRANDE, 2005).

No intuito de combater quadros de desnutrição e obesidade, além de promover a saúde da população, uma ação que ganha destaque é o Guia Alimentar para a População Brasileira, lançado, em sua versão atualizada, em 2014, pelo Ministério da Saúde (MS). Esse Guia Alimentar elenca os cuidados e caminhos para se alcançar uma alimentação saudável, saborosa e balanceada. A nova edição, ao invés de trabalhar com grupos alimentares e porções recomendadas, indica que a alimentação tenha como base alimentos frescos (frutas, carnes, legumes) e minimamente processados (arroz, feijão e frutas secas), além de evitar os ultraprocessados: macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote e refrigerantes (BRASIL, 2014).

²⁷Desnutrição - Segundo o Ministério da Saúde, a desnutrição pode ser definida como uma condição clínica decorrente de uma deficiência ou excesso, relativo ou absoluto, de um ou mais nutrientes essenciais. Pode apresentar caráter primário, quando a pessoa come pouco ou mal, ou secundário, quando a ingestão de alimentos não é suficiente porque as necessidades energéticas aumentaram ou por qualquer outro fator não relacionado diretamente ao alimento (BRASIL, 2014).

O MS, nesse Guia Alimentar, reitera várias informações sobre alimentação, produção de alimentos, acomodação, conservação e venda dos mesmos e faz recomendações importantes sobre o que deve ser preferencialmente consumido pela população brasileira a fim de que consiga prevenir tanto a obesidade quanto o baixo peso e a desnutrição. Destaca como recomendação para a base da alimentação, o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados (que incluem muitas variedades de grãos, tubérculos e raízes, legumes e verduras, frutas, castanhas, leite, ovos, peixes, carnes e também a água).

Em relação ao consumo de óleos, gorduras, sal e açúcar, o Guia Alimentar do MS (2014) recomenda o uso em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias, se “utilizados com moderação, em preparações culinárias com base em alimentos *in natura* ou minimamente processados, os óleos, as gorduras, o sal e o açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem que fique nutricionalmente desbalanceada”.

No que diz respeito aos alimentos processados, o MS recomenda que o uso seja limitado, reduzido a pequenas quantidades, apenas como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados. “Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compotas de frutas, queijos e pães – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam” (BRASIL, 2014, p. 37), aumentando a adição de sódio, gordura, açúcar e outros que ajudam na conservação dos produtos e alteram o sabor.

O Guia é enfático no que se refere ao consumo de alimentos ultraprocessados, recomendando evitar o consumo de tais alimentos devido aos seus ingredientes. Alimentos ultraprocessados são: biscoitos recheados, salgadinhos “de pacote”, refrigerantes e macarrão instantâneo. “Eles são nutricionalmente desbalanceados e por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos *in natura* ou minimamente processados” (BRASIL, 2014, p. 40). As formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente, pois a fabricação de muitos produtos é realizada por grandes indústrias, incluindo, no processamento dos alimentos, componentes, ingredientes industriais e substâncias sintetizadas em laboratório. “Muitas dessas substâncias sintetizadas atuam como aditivos alimentares cuja função é estender a

duração dos alimentos ultraprocessados ou, mais frequentemente, dotá-los de cor, sabor, aroma e textura que os tornem extremamente atraentes” (BRASIL, 2014, p. 40).

Outro problema citado pelo MS, no Guia, e por Martins (2013), é que o consumo dos alimentos ultraprocessados é feito ao longo do dia, sem que as pessoas se deem conta do que estão comendo e de quanto estão comendo, podendo substituir o consumo de frutas, leite, água, entre outros, saciando a fome e limitando o consumo de alimentos *in natura*. Sendo assim, o consumo desse tipo de alimento deve ser evitado, pois além do que foi abordado até o momento, os alimentos ultraprocessados tendem a ter alto teor de gorduras saturadas, hidrogenadas, calorias, conservantes químicos, e são pobres em fibras e nutrientes importantes para a saúde.

No que se refere aos impactos na saúde das pessoas, destaca-se a questão dos alimentos ultraprocessados e o uso de gorduras resistentes à oxidação, que contribuem para a obstrução de artérias que transportam o sangue no corpo humano, acarretando problemas cardiovasculares e outros problemas de saúde. As fibras são importantes para a prevenção de doenças cardíacas, diabetes e vários tipos de câncer, e a ausência de fibras, vitaminas, minerais dos alimentos ultraprocessados contribuem para o aparecimento dessas doenças (BRASIL, 2014). Soma-se a isso o alto índice de calorias desses produtos que, aliados a um estilo de vida sedentário, resultam em acúmulo de gordura no organismo e o resultado dessa equação é a obesidade.

Assim, em resumo, a composição nutricional desbalanceada inerente à natureza dos ingredientes dos alimentos ultraprocessados favorece doenças do coração, diabetes e vários tipos de câncer, além de contribuir para aumentar o risco de deficiências nutricionais. Ademais, embora cada aditivo utilizado nesses produtos tenha que passar por testes e ser aprovado por autoridades sanitárias, os efeitos de longo prazo sobre a saúde e o efeito cumulativo da exposição a vários aditivos nem sempre são bem conhecidos (BRASIL, 2014, p.43).

Dessa forma, muitas são as razões para evitar o consumo de alimentos ultraprocessados, entre as quais se destacam: a composição nutricional, o alto percentual de calorias e também o impacto que suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo têm sobre a cultura, a vida social e sobre o meio ambiente (MARTINS, 2013). Tais impactos serão problematizados no item 2.2

desta tese, mostrando que a cultura, o modo de organização da vida social, na sociedade de hoje, tende a aumentar o consumo desses produtos tão nocivos à saúde e ao meio ambiente.

O Ministério da Saúde, além dessa iniciativa do Guia Alimentar 2014, visando orientar a população e facilitar o entendimento sobre uma alimentação adequada e escolhas mais saudáveis, lançou, em 2009, uma cartilha com orientações de alimentação e estilo de vida, intitulada “**Os 10 passos para promover uma alimentação saudável**”. São orientações que devem ser incorporadas pelas famílias brasileiras:

- 1- Fazer uso de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação;
- 2- Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias;
- 3- Limitar o consumo de alimentos processados;
- 4- Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados;
- 5- Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia;
- 6- Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados;
- 7- Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias;
- 8- Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece;
- 9- Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora;
- 10- Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais (BRASIL, 2014, p. 125-128).

Para combater quadros de desnutrição e obesidade no Brasil, e visando contemplar o direito humano à alimentação adequada, o governo brasileiro adotou políticas que visam contemplar o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional. Tal conceito, ainda está em construção, pois a “questão alimentar está relacionada com os mais diferentes tipos de interesses e essa concepção, na realidade, ainda é palco de grandes disputas. Além disso, o conceito evolui na medida em que avança a história da humanidade e alteram-se a organização social e as relações de poder em uma sociedade” (BURITY et al., 2010, p.07).

A questão da segurança alimentar ganhou destaque nos quadros legais do Brasil, com destaque para a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, sancionada em 2006.

Esta lei institui o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada. O SISAN tem por objetivo formular e implementar políticas e planos de Segurança Alimentar e Nutricional, estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, bem como promover o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional no país (BURITY et al., 2010, p.07).

A segurança alimentar, sendo contemplada em normativas legais, corresponde a um avanço no campo da nutrição no país, além do reconhecimento da alimentação adequada como um direito humano. O direito humano à alimentação adequada diz respeito à dignidade inerente ao ser humano e à condição para efetivação de outros direitos, inclusive o direito à saúde. A má nutrição, a fome, a alimentação adequada ou não, precisam ser analisadas em suas múltiplas dimensões. Analisar somente a questão econômica, a disponibilidade de alimentos ou a questão biológica do estado nutricional não dará conta de entender que o ato de se alimentar reflete a história de um processo rico de diversidade, e que está ligado à identidade cultural de cada povo ou grupo social (VALENTE, 2003).

Hoje, a adoção de uma alimentação saudável envolve fatores de natureza física, econômica, política, cultural e social que influenciam positiva ou negativamente essa adoção, os quais também fazem parte dos determinantes sociais da saúde. Por exemplo: quem mora perto de feiras livres, que comercializam frutas, verduras e legumes, tem mais acesso a alimentos *in natura*, porém o custo elevado desses produtos pouco processados, se comparado ao dos ultraprocessados, incentiva o consumo daqueles de baixo custo.

A exposição à intensa publicidade veiculada sobre os alimentos ultraprocessados também contribui para o aumento do consumo desses produtos, incluindo-se, ainda, a necessidade de se alimentar em locais que não oferecem opções saudáveis, fatores estes ligados ao modo de vida contemporâneo da população em geral. No próximo item abordam-se questões relacionadas à problemática — modo de vida da população —, às transformações societárias ocorridas nas últimas décadas e sua relação com a obesidade.

2.2 OBESIDADE: TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS, TRABALHO E MODO DE VIDA

A obesidade e o agravamento de seus índices se devem também ao fato de que o padrão alimentar, adotado pela sociedade contemporânea e o modo de viver dessa sociedade, tem determinado, além de uma qualidade alimentar inadequada, o sedentarismo, uma combinação que não favorece a promoção da saúde. E esse modo de vida seguido pela sociedade atual tem sua gênese constituída de fatos históricos e da maneira como a sociedade capitalista vem se organizando nos últimos anos, marcada pela reestruturação produtiva²⁸ que impacta diretamente o cotidiano e modo de vida²⁹ da população.

O cotidiano é uma importante categoria a ser definida, não só por estar presente ao longo de toda esta tese, mas por ser o cotidiano insuprimível da vida dos homens (HELLER, 2000), pois em qualquer momento histórico, em qualquer sociedade, em qualquer espaço, o homem experimenta, vive o cotidiano.

Para Heller (2000) a vida cotidiana é a vida do homem inteiro, com todos os seus aspectos de individualidade e subjetividade, em que se colocam em funcionamento todos os sentidos, sentimentos e habilidades manipulativas e manipuláveis. E fazem parte do cotidiano: trabalho, lazeres e descanso, atividades

²⁸Reestruturação Produtiva - “Com a crise estrutural do capital, em meados da década de 1970, ocorre no centro dinâmico do sistema mundial do capital, com destaque para EUA, Europa Ocidental e Japão, um processo de reestruturação capitalista que atinge as mais diversas instâncias do ser social. É no bojo deste processo sócio-histórico que surge o novo complexo de reestruturação produtiva que atinge o mundo do trabalho organizado. [...] o novo complexo de reestruturação produtiva surge no interior da III Revolução Industrial, que impulsionou a revolução tecnológica da microeletrônica e das redes telemáticas e informacionais; e sob a mundialização do capital e do sociometabolismo da barbárie com a constituição do precário mundo do trabalho. (Ao **dizermos sócio-metabolismo da barbárie**, queremos indicar uma matriz analítico-crítica capaz de identificar o complexo societário ampliado de irracionalidades psicossociais as mais diversas, cuja principal saliência disruptiva são as múltiplas formas de precarização objetiva (e subjetiva) da força de trabalho e do trabalho vivo. A base material do sócio-metabolismo da barbárie é o novo regime de acumulação e de reprodução societária do capitalismo global, caracterizado pela predominância do capital financeiro e da financeirização da riqueza capitalista). O desenvolvimento do modo de produção capitalista-industrial ocorre através de intensos processos de reestruturação produtiva. Há pouco mais de duzentos anos, o capitalismo moderno é atingido por processos de reestruturação produtiva que alteram objetividade (e subjetividade) do mundo do trabalho. No século XX, a reestruturação produtiva do capital foi marcada pelas inovações fordistas-tayloristas. [...] O que surge hoje, com o novo complexo de reestruturação produtiva, o toyotismo, é tão-somente mais um elemento compositivo do longo processo de racionalização da produção capitalista e de manipulação do trabalho vivo que teve origem com o fordismo/taylorismo” (ALVES, 2007, p.155).

²⁹Modo de vida- Este modo de vida atual, vivenciado no cotidiano, é denominado por Alves (2014) como modo de vida *just in time*, e este modo de vida será abordado posteriormente, neste mesmo item.

sociais, intelectuais e organização da vida privada em todos as suas nuances (MATOS, 2013).

Segundo Kosik (1986), a vida cotidiana é antes de tudo uma organização do dia a dia, da vida individual dos homens, na distribuição do tempo. Sendo assim, é no cotidiano, na vida por inteiro, vivenciada em seu dia a dia, que são sentidos os rebatimentos do mundo do trabalho e das transformações societárias ocorridas nas últimas décadas.

É importante salientar que “a vida de todos os dias não pode ser recusada ou negada como fonte de conhecimento e prática social” (NETTO; CARVALHO, 2010, p. 15), portanto precisa ser considerada sempre que se estude qualquer fenômeno social, qualquer expressão da questão social. A vida cotidiana, portanto, se insere na história, se modifica e modifica as relações sociais. Mas a direção dessas modificações depende estritamente da consciência que os homens portam de sua “essência” e dos valores presentes ou não em seu desenvolvimento (NETTO; CARVALHO, 2010, p. 29).

Nesse sentido, é a consciência que torna possível a crítica em relação aos acontecimentos vivenciados no cotidiano e possibilita entender a dinâmica social dos fatos e acontecimentos. No que diz respeito aos fatos e acontecimentos históricos, que se relacionam com a questão da alimentação e, conseqüentemente, da obesidade, se faz necessário retomar e refletir acerca dos impactos e rebatimentos destes fatos na vida cotidiana da população.

Para compreender o crescimento dos índices de obesidade no Brasil e no mundo é necessário compreender os fatos e acontecimentos históricos que se relacionam com a questão da alimentação contemporânea. Sendo assim, inicia-se este processo reflexivo a partir da Revolução Industrial³⁰, que trouxe consigo o êxodo rural, o crescimento das cidades, a expansão do comércio mundial, da economia de mercado e, em concomitância, a adoção de novos modos de vida e alimentação da população; agora, moradores de cidades industriais e comerciais, tinham tempo limitado para qualquer tipo de atividade que não fosse o trabalho e o

³⁰Revolução Industrial- “Entre meados do século XVII e fins do século XVIII, o comércio e a navegação estavam mais desenvolvidos que a manufatura, tendo como referência a Inglaterra. É nesse mesmo país que, como forma de responder à grande demanda e ao desenvolvimento da mecânica teórica, se dá o surgimento da grande Indústria (MARX; ENGELS, 1987). Esse processo também ficou conhecido como Revolução Industrial devido à entrada em cena da maquinaria como uma estratégia de redução da força de trabalho e aumento da produção” (MATOS, 2013, p. 28).

deslocamento para desempenhá-lo. A Revolução Industrial, como fenômeno mundial, afetou o cotidiano de vida das pessoas, pois,

em geral, a grande indústria engendrou em todas as partes as mesmas relações entre as classes da sociedade, destruindo com isso a peculiaridade das diferentes nacionalidades. Finalmente, enquanto a burguesia de cada nação conserva ainda interesses nacionais e particulares, a grande indústria criou uma classe cujos interesses são os mesmos em todas as nações e em que toda nacionalidade está já destruída; uma classe que, realmente, se desembaraçou do mundo antigo e que, ao mesmo tempo, com ele se defronta. Não é apenas a relação com o grande capitalista, mas é o próprio trabalho, que a grande indústria torna insuportável para o trabalhador (MARX; ENGELS, 1987, p. 95).

Foi nesse contexto, que a indústria de alimentos entrou em cena, porque depois da Revolução Industrial as mulheres deixaram a vida doméstica e passaram a acumular afazeres de casa com o trabalho assalariado nas indústrias/comércio (GARCIA, 2003). Com isso, quem antes era a responsável por preparar a alimentação da família, passa a recorrer aos produtos industrializados, semiprontos ou restaurantes, pois já não havia mais tempo para cozinhar em casa.

Na cena contemporânea, percebe-se a população cada vez mais engendrada com a falta de tempo para o lazer, o preparo de alimentos em casa e para atividades culturais. Essa falta de tempo da vida moderna e contemporânea, no que se refere à alimentação, coage as pessoas, as famílias a recorrerem aos alimentos de rápido preparo, aos conservantes, aos restaurantes, aos *fast foods*. Além disso, hoje os cidadãos são vistos e tratados como consumidores (GARCIA, 2003). A indústria de alimentos descobriu o potencial milionário de se produzir alimentos em grande escala e induzir o consumo por meio do *marketing* presente nas embalagens e nos comerciais³¹.

Além de seu perfil nutricional desfavorável, os produtos prontos para consumo possuem características que facilitam o hábito de comer entre as refeições e que estimulam o consumo excessivo de calorias. Características sensoriais desses produtos, aliadas a estratégias agressivas de marketing, contribuem para a explicação do acelerado crescimento do consumo desses produtos no Brasil. Sua praticidade e o fato de não necessitarem de nenhuma ou quase nenhuma preparação culinária são atrativos para a população cujo estilo de vida predomina a falta de tempo (MARTINS, 2013, p. 663).

³¹ Destaca-se que não se tem a pretensão de responsabilizar ou transformar em vilões a mídia e o marketing. A ideia, aqui, é incentivar um consumo consciente e saudável. O papel da mídia deve ser de anunciar responsabilmente, cumprindo a tarefa da divulgação de produtos, com o compromisso de respeito aos direitos cidadãos.

Capatti (1998) destaca que a Revolução Industrial interferiu não apenas no tipo de produção dos alimentos, mas também na maneira de embalá-los e apresentá-los aos consumidores. Antes, as embalagens serviam apenas para armazenar os produtos, conservá-los e facilitar seu transporte e manuseio. Hoje em dia a embalagem é “a parte visível do alimento que traduz a identidade do produto e do fabricante, e isso, muitas vezes, é o que define as reações de vinculação, de aceitação ou de rechaço daquele produto” (SANTOS; SCHERER, 2014, p.210).

Sendo assim, a alimentação passou a representar um mercado de consumo, e passou-se a investir em formas de alimentação rápida (SANTOS, 2009). Segundo Fischler (1998), é a revolução da alimentação que ocorreu especialmente após 1960. Cabe salientar que o consumo, de forma geral, é típico da sociedade capitalista e que, muitas vezes, ele representa “[...] a expansão do fetichismo da mercadoria, exerce um fator ideológico perverso na consciência das massas populares [...]” (ALVES, 2014), levando-as a crer ser o consumo o único meio de sentir-se pertencente em uma sociedade burguesa. Seguindo esse raciocínio, o consumo de produtos alimentícios industrializados passou a significar mais do que comida, suprimindo mais do que a necessidade física de comer; esses produtos são comprados e consumidos, também, porque vêm carregados de apelo afetivo, de sonhos projetados, de compensações. E, aí, seu consumo se torna indispensável, não só para saciar a fome física, mas também a fome mental no cotidiano de qualquer adulto ou mesmo criança, envolvendo, nesse processo, valores culturais, sociais, afetivos, emocionais e comportamentais (SANTOS; SCHERER, 2014). Por isso, para compreender a obesidade é necessário considerar que ela não é [...] fruto somente de maus hábitos alimentares e de descontrole, mas surge de interesses sociais contraditórios, das relações de poder presentes na sociedade (FELIPPE, 2001, p. 237).

Às mudanças que ocorreram na produção alimentar e na relação com a comida insere-se outro debate que se considera necessário discutir aqui: o trabalho e seu impacto no cotidiano de vida das pessoas, o qual pode desencadear processos de adoecimentos e contribuir para o desencadeamento da obesidade como fenômeno social. Sendo assim, pretende-se também abordar a centralidade do trabalho na vida humana e como os reflexos da organização do trabalho

impactam o modo de organização da vida das pessoas, mostrando sua relação com a obesidade.

O trabalho, importante categoria marxista e fundamental na vida dos usuários, precisa ser abordado, dada a sua centralidade na reprodução da vida social. Conforme Marx, o trabalho pode ser entendido como

[...] a atividade vital, a vida produtiva, aparece agora para o homem como o único meio que satisfaz uma necessidade, a de manter a existência física. A vida produtiva, entretanto, é a vida genérica. É a vida criando vida. No tipo de atividade vital está todo o caráter de uma espécie, o seu caráter genérico; e a atividade livre, consciente, constitui o caráter genérico do homem. A vida revela-se simplesmente como meio de vida (MARX, 2003, p.116).

Para Marx e Engels a categoria trabalho é central na vida do homem e é através do trabalho – na relação que se estabelece com a natureza – que o homem satisfaz suas necessidades, que a sociedade cria e recria, se reproduz. O homem consegue transformar a natureza para satisfazer suas necessidades, projetando um resultado a ser alcançado, criando instrumentos para alcançar esse resultado projetado racionalmente. E ao transformar a natureza, o homem também se transforma e todo esse processo faz dele um ser único, pois a cada nova atividade de trabalho, o homem vai descobrindo novas capacidades, vai se moldando e se transformando (MARX, 2003).

Entretanto, Marx (2003) também mostra outro caráter do trabalho, que se apresenta como meio de subordinação ao capital, como o que ele denomina “trabalho estranhado”. Esse trabalho estranhado se caracteriza por ser de sacrifício, apropriação alheia, alienação, e desponta na perda dos objetos e frutos do ato de produção, em que o homem não se reconhece mais nesse processo, não consegue acessar o fruto de seu trabalho e se sente fora de si. Dessa forma, o processo de divisão do trabalho, no Sistema de Produção capitalista, foi afastando o homem do produto de seu trabalho. “O trabalhador em si passa a ser tratado como mercadoria, que sofre oscilação no seu valor a depender da demanda disponível para o trabalho” (MATOS, 2013, p. 28). O salário é a paga por essa mercadoria e o trabalhador não se vê no resultado final de sua ação, ficando estranho ao resultado do seu trabalho. E esse estranhamento é a essência da alienação³² no capitalismo (MARX, 2003).

³²Enquanto categoria marxiana, pode-se dizer que: “Assim como o trabalho alienado aliena o homem a natureza e aliena o homem de si mesmo, de sua própria função ativa, de sua atividade vital, ele o

Nesse modo de vida, “o tempo de vida torna-se perversamente tempo de consumo manipulado como consumismo. Entretanto, a nova precariedade salarial, que reduz a capacidade aquisitiva das massas assalariadas, inverte sujeitos que colaboram em sujeitos que se frustram” (ALVES, 2013, p. 242).

Contudo, é o trabalho, em sua forma não alienada, ou seja, o trabalho realizado com consciência, projetando o resultado final e utilizando-se desse resultado, é que é a essência da constituição do homem.

[...] na produção social da própria vida, os homens contraem relações sociais determinadas, necessárias e independente de suas vontades, relações de produções estas que correspondem a uma etapa determinada de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. [...] O modo de produção da vida material condiciona o processo em geral de vida social, político e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência (MARX, 1996, p. 52).

Sendo assim, a consciência é determinada pelo modo de vida que o homem leva, tendo o trabalho como meio de transformar a natureza, de estabelecer relações, de transformar a si próprio, de prover seu sustento e também de alienar-se. E cabe aqui debater e refletir sobre a relação do trabalho com a produção de vulnerabilidades³³ e, concomitantemente, com o fenômeno da obesidade tal qual sua configuração atual. O mundo do trabalho, hoje, as expressões da questão social³⁴ e suas manifestações, levam os sujeitos a expressarem diversas formas de vulnerabilidade que, em verdade, são as expressões da própria questão social, geradas pelo conflito capital x trabalho. Tais vulnerabilidades são sentidas e expressas no cotidiano dos sujeitos de diversas formas, e culminam na violação de direitos e nas mais variadas formas de exploração.

As respostas que o capital tem criado para a crise que vem sofrendo nas últimas décadas passam pelo neoliberalismo³⁵ e pela reestruturação produtiva da

aliena da própria espécie [...]. Ele (o trabalho) aliena do homem o seu próprio corpo, sua natureza externa sua vida espiritual e sua vida humana [...]. Uma consequência direta desta alienação do homem com relação ao produto de seu trabalho, a sua atividade vital e à vida de sua espécie é o fato de que o homem se aliena dos outros homens” (MARX, 2003).

³³O conceito “vulnerabilidade” será amplamente abordado no capítulo 3 desta tese.

³⁴Já conceituada anteriormente.

³⁵O modelo neoliberal preza pelo individualismo, afeta diretamente as condições de trabalho, pois preza por contratos precários, terceirizações, informalidade, desregulamentação de leis trabalhistas, além de privatizações, livre comércio mundial, focalização na pobreza extrema das políticas públicas, beneficiando países e empresas com melhores condições de competição, aumento da concentração de renda e poder nas mãos de poucos. Este sistema econômico também influencia nas decisões dos governos na condução das políticas públicas e impacta diretamente na vida cotidiana da população,

era da acumulação flexível³⁶ e têm ocasionado profundas transformações no interior do mundo do trabalho e sérias consequências para a população (ANTUNES, 2009). Dessas transformações destacam-se: o grande número de trabalhadores em condições de trabalho precarizadas; o desemprego estrutural; a devastação do meio ambiente em prol da acumulação capitalista; a concorrência desenfreada e a busca incessante de produtividade nas empresas, entre outros aspectos. “O capital, em seu movimento de valorização, produz a sua invisibilidade do trabalho e a banalização do humano, condizente com a indiferença ante a esfera das necessidades sociais e dos valores de uso” (IAMAMOTO, 2008, p. 53).

O sistema, que produz mercadorias e produtos, se volta cada vez mais para o crescimento dos números na produção, da inovação, da venda e do lucro, e da busca incessante por abafar a concorrência. Isso é refletido no trabalhador, que acaba por ser um sobranse dentro de uma empresa, a qual, em sua busca frenética por vencer a concorrência e acumular mais, precariza as condições de trabalho ou elimina postos de trabalho, aumentando o exército industrial de reserva.

Como resposta à sua própria crise, iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, da qual a era Thatcher-Reagan foi expressão mais forte; a isso se seguiu também um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho, com vistas a dotar o capital instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores (ANTUNES, 2009, p. 33).

Nesse período que Antunes (2009) denomina era Thatcher-Reagan, também foi marcado pela expansão do capital financeiro, que cada vez mais conquistava seu espaço nas relações produtivas e comerciais, tendo como pano de fundo “a desregulamentação e expansão dos capitais, do comércio, da tecnologia, das condições de trabalho e emprego. A própria recessão e crise do processo produtivo

especialmente dos trabalhadores e camadas mais vulneráveis. Como resultado tem-se: desproteção social, acirramento da miséria, aumento da concentração de renda e das desigualdades sociais, entre outras consequências devastadoras para a população em geral (SOARES, 2000).

³⁶Também chamada de Toyotista [...] Prega uma produção flexibilizada, heterogênea, visando a não produção de estoque e fundamenta-se no trabalho em equipe, organizado em pequenas células de produção, onde o trabalhador é um multioperador e terceiriza grande parte daquilo que antes era produzido pela própria empresa. Entre outros aspectos, também flexibiliza os direitos trabalhistas ao mesmo tempo em que o trabalhador é levado a aderir ao processo produtivo flexibilizado (MATOS, 2013).

possibilitava e incentivava a expansão dos capitais financeiros especulativos” (ANTUNES, 2009, p. 34).

Dessa forma, quanto mais se intensificam os processos de competição intercapitalista (ANTUNES, 2009) mais se desenvolvem os capitais financeiros e o imperialismo dos países que detêm tecnologia e inovação, em relação aos países que estão à margem desse processo e acabam por se subordinar, das mais diversas formas, aos ditames dos grandes conglomerados e do capital estrangeiro, gerenciado pelos países desenvolvidos, que impõem novos padrões de dominação ideológica e de consumo. Isso representa a resposta do capital a sua própria crise, gerando o arrasamento dos trabalhadores com o desemprego estrutural, com o aumento do número de doenças ocasionadas pelas condições de trabalho e a destruição, sem precedentes, da natureza.

No caso do Brasil, durante a década de 1990, o país viu aumentar a flexibilização das relações de trabalho. O objetivo disso seria o combate ao desemprego, mas o que se viu foi um resultado contrário: aumentou o desemprego, a precarização, a informalidade no mercado de trabalho, o ritmo e exploração da mão de obra. O que aumentou também foi o lucro e a concentração de renda por parte do empresariado (CALVETE, 2010).

Assim, as mudanças ocorridas ao longo do tempo e as transformações societárias levaram a população a adoecer e muitas das situações de adoecimento, na contemporaneidade, são frutos dessas mudanças também do mundo do trabalho. O ritmo acelerado e frenético exigido dos trabalhadores leva-os a sofrer com “novas doenças”, que tempos atrás não se manifestavam em números tão expressivos quanto hoje. Pode-se destacar como exemplo dessas doenças, LER (Lesão por Esforço Repetitivo), depressão, obesidade, intoxicações, stress, entre outras. O trabalhador deve ser autoflexível: adaptar-se às mudanças e sobrepor-se às intempéries do meio externo, suportando com heroísmo a competitividade e demonstrando autodeterminação (ALVES, 2011).

Iamamoto (2008) discorre sobre a inserção dos países, ditos periféricos, na divisão internacional do trabalho e salienta que essa inserção vem impregnada de marcas históricas que cunharam sua formação e desenvolvimento. No presente, essas marcas se redimensionam e se mostram como expressões da questão social, intrínsecas ao processo de acumulação capitalista e que se apresentam como um desafio para serem reconhecidas e elucidadas como tal, pois tendem a afetar a

economia, a cultura, a política, entre outras. No “fim das contas”, tudo isso afeta as relações de trabalho e faz apontar para mudanças no setor produtivo, radicalizando a questão social.

A questão social expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso a bens da civilização (IAMAMOTO, 2008, p. 160).

Apreender as várias expressões que assumem, nos dias de hoje, as desigualdades sociais, entender como essas desigualdades são aguçadas pela precarização do trabalho e como se mostram em diferentes dimensões da vida humana, é essencial para entender a produção de vulnerabilidades na sociedade atual. Essas vulnerabilidades, por conta da precarização do mundo do trabalho, estão cada vez mais agudizadas, e suas consequências nefastas se refletem mesmo nos espaços que, *a priori*, não são lembrados, mostrando a centralidade do trabalho para apreender a gênese das vulnerabilidades sociais expressas no cotidiano de vida dos sujeitos. Tais vulnerabilidades tornam-se desafios para o pensar e agir do Serviço Social. Desafios esses traduzidos na relação entre as vulnerabilidades sociais e o processo da obesidade e cirurgia bariátrica, do qual falar-se-á posteriormente, na análise das entrevistas.

Pensar sobre a condição de vida e trabalho atuais e sobre essas vulnerabilidades agudizadas pela precarização do trabalho traz à tona a reflexão sobre o que Giovanni Alves (2014) denomina “modo de vida *just in time*”. Esse autor debate sobre a organização do trabalho e como ela se relaciona com a situação de vida da população na era toyotista, também denominada de acumulação flexível. Dessa forma, torna-se interessante suscitar o debate da relação desse modo de viver da sociedade atual com o fenômeno da obesidade. Para tanto, é necessário rever alguns conceitos e mostrar o pensamento de Alves (2014) sobre o modo de vida *just in time/kanban* e o significado desses termos utilizados nas empresas que empregam o sistema de produção e gerenciamento toyotista.

No sistema toyotista, a expressão *just in time* significa que,

[...] em um processo de fluxo da produção industrial, as partes corretas necessárias à montagem alcançam a linha de montagem no momento em que são necessárias e somente na quantidade necessária. Eis a lógica do

just in time: a produção a tempo certo. Para Ohno, uma empresa que estabeleça esse fluxo integralmente pode chegar ao estoque zero. Além disso, por trás do princípio do estoque zero existe a vigência da empresa enxuta (*lean production*). Estoque zero exige necessariamente, na ótica do capital, a redução da força de trabalho na planta industrial (ALVES, 2013, p. 239).

Já, o termo *Kanban* compreende o método de automação e comunicação do trabalho vivo:

O método do sistema *just in time* reside na comunicação reduzida ao esquema de sinalização das necessidades da produção; e como pressuposto indispensável do sistema *just in time* e do próprio método *kanban*, teríamos a automação como disposição anímica do trabalho vivo em colaborar (ALVES, 2013, p. 240).

Nesse sistema, o homem (o trabalhador, colaborador, assim denominado nesse modelo de produção) é chamado a colaborar, a se envolver de forma física e intelectual na produção.

O que Alves (2014) faz é debater sobre como a organização, nas empresas toyotistas (o sistema *just in time*), tem relação com o modo de vida dos trabalhadores e se reflete, quase que como uma metáfora dos dias de hoje, sobre o modo de vida *just in time*. Nesse modo de vida, diz o autor, especialmente nas regiões metropolitanas, as instâncias da reprodução social (organização do tempo e espaço, modalidades de consumo, lazer, produção propriamente dita) foram drasticamente influenciadas pelo modo de organização que ocorre nas fábricas (toyotismo e com ele o *just in time*).

O novo modo de vida Just in time é a organização do modo de vida nas condições da sociedade da acumulação flexível. Temos utilizado o conceito de “vida reduzida” para descrever o modo de vida Just in time que caracteriza o metabolismo social do capitalismo flexível. [...] o modo de vida Just in time é caracterizado pela vida veloz, vida sinalizada, vida enxuta, vida “capturada” e vida invertida (ALVES, 2014, p.94).

Sendo assim, é possível estabelecer um paralelo entre a discussão sobre o modo de vida *just in time* e a forma com que esse modo de vida pode influenciar o desencadeamento da obesidade. Para tanto, se faz necessário entender por que e como esse modo de vida e o capital reduzem a possibilidade de desenvolvimento humano-pessoal, no momento em que conduzem o tempo das pessoas para o

consumismo desenfreado, para a lógica da mercadoria e do trabalho estranhado, intensificando o movimento de rotação do capital (ALVES, 2013).

Entender tudo isso, dar-se conta desses movimentos da sociedade, é pensar de forma dialética. É perceber que no movimento que a dialética faz — do indutivo ao dedutivo, do singular para o universal e vice-versa, em que todos os movimentos são igualmente importantes —, é que se considera a produção de desigualdades, advindas do processo de precarização e flexibilização do trabalho. Tal produção de desigualdades gera as vulnerabilidades que vão interferir no processo de recuperação/restabelecimento de saúde dos usuários bariátricos. Identificar esses fenômenos sociais separadamente, determiná-los e fazer um movimento de mediação para conectá-los, em um mesmo universo, compreendendo a interação que há entre eles, formando uma totalidade, é o movimento dialético que se busca fazer nesta tese. Esse movimento aparece nas palavras de Lefebvre (1991): “tanto a indução quanto a dedução separam certos fenômenos, conseguem por esse meio determiná-los e, depois, esforçam-se por reintegrá-los no universo – na totalidade e na interação dos fenômenos” (LEFEBVRE, 1991, p. 129).

Pode-se, então, afirmar, embasados em Santos (2009), que a obesidade é uma consequência do processo de acumulação capitalista, via aumento do consumo, em que alimentos e quaisquer outros artigos são transformados em necessidades essenciais, por meio do incentivo midiático. A sociedade capitalista pode ser caracterizada, segundo Yamamoto (2001), por algumas características, destacando-se: a mercadoria é o caráter predominante e determinante dos produtos; o lucro, via extração da mais-valia, é o que move e dá finalidade à produção. Ainda, segundo a autora, nos tempos atuais, o avanço das tecnologias e, com isso, a contribuição para expansão dos recursos midiáticos – que ajudam a vender os produtos, bens e serviços – impulsionou o sistema capitalista. Essas características são típicas do modo de vida *just in time*, na qual a mídia exerce papel fundamental.

Na sociedade midiática formada por redes, a comunicação contém um elemento de sinalização de procedimentos e requerimentos instrumentais que envolvem irremediavelmente o sujeito. Essa é a nova tessitura da ideologia da comunicação e, ao mesmo tempo, a comunicação da ideologia como sinais/marcas capazes de manipular a subjetividade do trabalho vivo, não apenas no plano da produção, mas principalmente no plano da vida cotidiana (ALVES, 2013, p. 241).

E essa manipulação da subjetividade do trabalho vivo, no plano da vida cotidiana, é visto de modo prático, na maneira como a propaganda e o marketing mostram imagens que se tornam desejos projetados na vida cotidiana pelos meios de comunicação de massa, e “as interpelações linguísticas que plantam novos conceitos no universo locucional (por exemplo, trabalhador é colaborador), visam “capturar” a subjetividade do homem-que-trabalha” (ALVES, 2013, p. 241).

Nesse sistema, a mesma obesidade que é produzida pelo consumo excessivo de alimentos, pelo modo de vida e trabalho (*Just in time*) que captura o tempo das pessoas e as impede de praticarem exercícios físicos e desfrutarem de momentos de lazer, porque “o tempo de vida é reduzido às atividades necessárias à carreira profissional e aos requerimentos alienados de consumo e status social” (Ibidem, p.241), é condenada, pois a imagem do obeso não é aquela “vendida” pela mídia. Contudo, uma estratégia que pode ser utilizada, nessa sociedade, em que predomina o modo de vida *Just in time*, é a prática de atividade física utilizando as pequenas oportunidades do dia-a-dia, como subir e descer escadas ao invés de utilizar o elevador (quando possível, e a saúde o permitir), não utilizar controles remotos para ligar, desligar, alterar equipamentos eletrônicos, procurar caminhar, ou usar bicicleta ao invés de automóveis ou transporte coletivo, quando possível, entre outros. Segundo o Dr Victor Matsudo (2014) essa já é considerada uma estratégia para a prática de atividade física e movimento, buscando aumentar o gasto calórico diário.

Ainda assim, a obesidade é considerada mais uma consequência deste sistema (modo de vida *Just in time* e Sistema de Produção Capitalista) no momento em que acumular, vender, comprar são processos que passam a atingir o corpo. “O corpo tornou-se, assim, um nó de múltiplos investimentos e inquietações” (SANTAELLA, 2004, p. 10). Desse modo, as expressões da questão social relacionadas à obesidade envolvem uma imbricada relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade (SCHERER, 2012). E ainda, “a globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da obesidade como uma questão social” (BRASIL, 2006).

A questão social aparece aqui interligada aos hábitos de vida da sociedade contemporânea, ao modo de vida *Just in time*, onde existe grande oferta de gêneros alimentícios com alta concentração calórica, saborosos, de rápido preparo, com

porções de tamanhos *big*, muitas vezes baratos (se comparados com alimentos mais saudáveis), que geram grandes lucros para a indústria desse tipo de alimento.

É sabido que parte significativa dos problemas pelos quais passa a grande parcela da população mundial está relacionada diretamente com questões alimentares e nutricionais, sejam elas pela ausência ou excesso do alimento, sejam pela má qualidade da alimentação ou por condições de vida e de saúde que impedem o aproveitamento adequado do alimento disponível (JACQUES, 2010, p.30).

Dessa forma, “a alimentação inadequada está vinculada ao estímulo para o consumo de alimentos em quantidade excessiva e qualidade inadequada, com excesso de açúcares, sódio, gorduras e deficiência de fibras e micronutrientes” (SANTOS; SCHERER, 2014, p.210). Esse tipo de alimentação industrializada, carregado de gorduras nocivas à saúde – açúcares, sódio, conservantes e outros componentes químicos que realçam e melhoram sabor, aroma e aparência – é considerado altamente prejudicial à saúde pelos especialistas e contribui, juntamente com o estilo de vida sedentário e aspectos genéticos e culturais, para os altos índices de obesidade verificados no mundo de hoje.

Uma pesquisa da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica mostrou que a obesidade está mais presente na classe C, e quanto menor a escolaridade, maior a incidência (SBCBM, 2015). Isso demonstra o quanto a educação, a informação e a ajuda especializada de profissionais se tornam essenciais e fazem toda diferença no processo que envolve a obesidade. O fato de a obesidade estar presente nas camadas mais populares evidencia a questão mencionada sobre o preço dos alimentos saudáveis, o pouco tempo e recurso financeiro para atividades físicas e de lazer, entre outros.

Para melhor ilustrar o impacto da transformação em uma rotina alimentar considerada mais saudável, realizou-se um levantamento³⁷ em um supermercado de uma grande rede multinacional, situado em Porto Alegre/RS. No Quadro 1 demonstra-se um resumo com os principais alimentos considerados mais saudáveis,

³⁷Tal levantamento foi para realização de um artigo, produzido para a disciplina “Economia, Estado e Mercados”, ministrada pelo Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis, cursada no primeiro semestre de 2012, no PPGSS/Doutorado em Serviço Social. Considerando-se o impacto da produção, optou-se em atualizar os valores dos produtos (março de 2015) para a produção da tese. Não foi levada em consideração a marca do produto, foi eleito sempre o produto de marca com preço menor. Alimentos como: feijão, ovos, peixe, frutas, verduras e legumes, por exemplo, não foram listados no Quadro 1, pois não existem versões *light/diet* de tais produtos, portanto, o preço desses produtos não se modifica.

inclusive recomendados no pós-operatório bariátrico para o usuário que já tenha passado as fases das dietas líquidas e pastosas (tais fases serão explicadas posteriormente), e está em uma fase mais estabilizada no pós-operatório que deverá seguir.

Quadro 1 - Comparativo de preços de produtos alimentícios pré e pós-bariátrica

Consumo Alimentar			
Antes da cirurgia		Pós-cirurgia	
Produtos	Preço	Produtos	Preço
Leite Integral- 1l.	R\$ 2, 03	Leite desnatado- 1 l.	R\$ 2, 03
Carne bovina (gorda) - 1 kg	R\$ 13, 48	Carne bovina (magra)- 1 kg	R\$ 32, 90
Arroz branco- 1kg	R\$ 2, 79	Arroz Integral- 1kg	R\$ 2, 97
Pão Francês- Kg	R\$ 7, 98	Pão Integral- Kg	R\$ 11, 96
Queijo Mussarela- Kg	R\$ 26, 90	Queijo Branco- kg	R\$ 45, 90
Mortadela- Kg	R\$ 11, 50	Peito de peru <i>Ligth</i> - Kg	R\$ 41, 90
Biscoitos <i>cream cracker</i> - 400g	R\$ 3, 99	Biscoito integral- 400g	R\$ 8, 30
Refrigerante de Cola- 2,5 litros	R\$ 3,69	Suco de Fruta Integral- 2 litros	R\$ 8, 98
logurte Normal- 750g	R\$ 3,98	logurte <i>light/diet</i> - 850g	R\$ 7, 58
Açúcar branco- 1kg	R\$ 1, 78	Adoçante líquido- 100 ml	R\$ 3, 62
Geleia de uva normal- 260g	R\$ 6, 69	Geleia de uva <i>diet</i> - 260g.	R\$ 8, 39
Óleo de soja- 900 ml	R\$ 2, 78	Óleo de oliva- 500 ml	R\$ 12, 90
Leite em pó*	R\$ 00	Leite em pó- 1 lata	R\$ 8, 98
Total	R\$ 87.59	Total	R\$ 196.41

Fonte: Scherer (2015). Preços atualizados em março de 2015.

Nota: *O leite em pó é incorporado para enriquecer a dieta no pós-bariátrica.

No Quadro 1 constata-se uma diferença considerável de preços entre os produtos comumente consumidos e os que são recomendados para o consumo a partir do pós-cirúrgico, e os que são mais indicados para o consumo da população em geral (considerados mais saudáveis). Também se constata o quão mais oneroso é para o usuário aderir a novos hábitos alimentares, incorporando os alimentos recomendados no pós-bariátrica.

Com índices de obesidade cada vez maiores, a cirurgia bariátrica surge como alternativa de tratamento e tem se mostrando grande aliada do emagrecimento e restabelecimento da saúde. Porém, para que isso ocorra se faz necessário um preparo pré-operatório criterioso, e um acompanhamento pós-operatório tão criterioso e responsável que demanda uma série de cuidados de responsabilidade

tanto da equipe bariátrica quanto do usuário, e, cabe lembrar, a do Estado, a fim de que este garanta os direitos dos usuários. Assim, em relação a esse procedimento cirúrgico, em sequência, aborda-se o tema cirurgia bariátrica e como ela pode impactar a vida dos usuários.

2.3 CONHECENDO A CIRURGIA BARIÁTRICA (CB)

O número de casos de obesidade aumenta e, conseqüentemente, também aumenta o número de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil. Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) mostram que foram realizadas 60.000 operações no país no de 2011 – alta de 275% em relação a 2003, ano em que foram coletados os primeiros registros, e de 33% em relação a 2009. Pelo SUS, mesmo com filas de espera (segundo a SES/RS 2,4 mil pessoas estão na espera pela cirurgia bariátrica no Estado), o número de cirurgias cresceu 23,7% entre 2007 e 2009, chegando a 3.681 ocorrências. Segundo informação prestada pela SES/RS, os procedimentos cirúrgicos em Serviços Habilitados na Atenção ao Paciente Obeso aos usuários do SUS, no ano de 2011 foram realizados 229 procedimentos bariátricos; em 2012, 240 procedimentos; e em 2013 foram realizados 257 procedimentos, totalizando 726 procedimentos cirúrgicos realizados.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2011), a indicação dessa cirurgia deve obedecer a alguns critérios: IMC, idade e tempo da doença. Em relação ao IMC: IMC acima de 40 kg/m², independentemente da presença de comorbidades. IMC entre 35 e 40 kg/m² na presença de comorbidades. IMC entre 30 e 35 kg/m² na presença de comorbidades que tenham obrigatoriamente a classificação “grave” diagnosticada por um médico especialista na respectiva área da doença. É também obrigatória a constatação de “intratabilidade clínica da obesidade” por um endocrinologista. Cabe lembrar que a opção cirúrgica nesta condição de IMC (30-35) é, atualmente, uma proposição médica, técnica, científica e societária, porém não foi incorporada pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina, mesmo que haja referência da SBCBM. Oficialmente, no Brasil, o que vigora em relação aos critérios para realização da CB são as definições da Portaria Nº 425 e 424/2013MS e modificações posteriores.

Ainda, segundo a SBCBM, em relação à idade, abaixo de 16 anos a cirurgia não é recomendada, exceto em caso de síndrome genética³⁸, quando a indicação é unânime. O consenso bariátrico recomenda que, nessa faixa etária, os riscos sejam avaliados por cirurgião e equipe multidisciplinar. A operação deve ser consentida pela família ou responsável legal e estes devem acompanhar o usuário no período de recuperação. Entre 16 e 18 anos, sempre que houver indicação e consenso entre a família ou o responsável pelo usuário e a equipe multidisciplinar. Entre 18 e 65 anos, sem restrições quanto à idade. Acima de 65 anos, avaliação individual pela equipe multidisciplinar, considerando risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

Em relação ao tempo da doença: apresentar IMC e comorbidades, em faixa de risco, há pelo menos dois anos e ter realizado tratamentos convencionais prévios (acompanhamento nutricional e endócrino, atividade física, tratamentos medicamentosos, entre outros). Além disso, ter tido insucesso ou recidiva do peso, verificados por meio de dados colhidos do histórico clínico do usuário. Ainda, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2011), as situações que configuram condições adversas à realização da cirurgia bariátrica são: limitação intelectual significativa em usuários sem suporte familiar adequado; algumas doenças genéticas; quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves, sob controle, precisam ser avaliados, pois nem sempre são contraindicações para a cirurgia.

A cirurgia bariátrica é um procedimento ao qual o Ministério da Saúde garante cobertura, tanto por planos de saúde privados quanto pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS). A Portaria MS 425 de março de 2013 “estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade” (MS, 2013) e garante ao usuário do SUS a realização do procedimento de gastroplastia³⁹ (também denominada cirurgia bariátrica ou redução de estômago). Os hospitais habilitados atualmente para a realização da cirurgia, pelo SUS, no Rio Grande do Sul, são: Hospital Santo Ângelo, Hospital Universitário

³⁸Uma transformação genética, ou uma combinação de pequenas variações que, juntas, podem produzir um efeito sério no organismo humano. Geralmente se tratam de alterações cromossômicas. Alguns exemplos de síndromes genéticas são: Síndrome De Down, Síndrome Cri Du Chat.

³⁹Gastroplastia, basicamente, consiste no grampeamento do estômago, diminuindo o seu tamanho e dividindo-o em duas partes. Isola-se a parte maior, que passa a não ser utilizada mais no processo de digestão. Disponível em: <<http://www.gastroplastia.net/>>. Acesso em: 08 jun. 2012.

de Canoas, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre e Grupo Hospitalar Conceição (SES/RS, 2014).

Inicialmente, a cirurgia bariátrica não era realizada pelo SUS. Essa cobertura passou a ser feita no ano de 1999, sendo custeadas as despesas do procedimento cirúrgico e as consultas pré e pós-operatórias, pois são requisitos para realização da cirurgia bariátrica, hoje, no Brasil. Nesse mesmo ano foi instituída a Rede de Atendimento ao Portador de Obesidade Mórbida, com a criação dos Centros Nacionais de Referência para Cirurgia Bariátrica/Gastroplastia (DATASUS/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004 apud OLIVEIRA, 2007). Esses Centros são importantes, pois é através deles que o Estado tem prestado atendimento ao usuário com obesidade mórbida, especialmente para a realização de cirurgias bariátricas. Tais Centros estão cadastrados no SUS, para atender o usuário obeso no que diz respeito ao preparo pré-operatório e aos cuidados de pós-operatório que se referem às consultas, exames, orientação nutricional, clínica, social e psicológica/psiquiátrica. Ainda que tais Centros não consigam atender toda a demanda apresentada, são de extrema importância para o tratamento da epidemia de obesidade.

Com a criação desses Centros, o número de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil aumentou. No Quadro 2 mostra-se a evolução do número de cirurgias bariátricas realizadas nos últimos anos no Brasil, somados SUS, convênios e particulares.

Quadro 2 - Evolução dos números de cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil

Ano	Rede Particular e Suplementar	Rede Pública
2003	16.000	1.778
2004	18.000	1.872
2005	22.000	2.266
2006	29.500	2.528
2007	33.000	2.974
2008	38.000	3.139
2009	45.000*	3.731
2010	60.000**	4.489
2011	72.000	5.332

Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2012).

Nota: *25% por videolaparoscopia; **35% por videolaparoscopia.

Conforme a SBCBM, o número de cirurgias bariátricas aumentou no Brasil nos últimos anos, passando de 16 mil, em 2003, para cerca de 60 mil, em 2010, e em 2013 foram realizadas 80 mil cirurgias, sendo 10% na rede pública. Em 2014 foram realizados cerca de 88 mil procedimentos, entre convênios, particulares e SUS (SBCBM, 2015).

O número de procedimentos cresceu 90% nos últimos cinco anos, 300% em dez anos e continua crescendo. O SUS, atualmente, não consegue dar conta da demanda e, devido à grande procura, se forma uma espécie de “fila” de espera variando de Estado para Estado. No Rio Grande do Sul existem relatos de usuários⁴⁰ que levaram em torno de cinco anos para serem referenciados a um dos hospitais credenciados pelo SUS para a realização desse procedimento.

Essa espera, no caso da obesidade, pode ser fatal. Se considerar um usuário obeso, com comorbidades graves como: hipertensão arterial sistêmica⁴¹, risco cardiovascular⁴² e diabetes, por exemplo, o risco de morte é muito alto e a cirurgia, em alguns casos, passa a ser a única alternativa para que esses usuários continuem vivos. Por outro lado, as doenças associadas à obesidade podem ser fatais, ou seja, corre-se o risco de que o usuário, enquanto aguarda na “fila”, possa ter sua condição de saúde agravada e chegar ao hospital em condições de maiores riscos para a cirurgia. Essa espera pode ser traduzida como falta de acesso ao tratamento, pois quando o usuário não consegue acessar um equipamento de saúde para realizar os tratamentos, que seriam indicados para cada caso, esse usuário terá seu acesso à saúde negado, ou adiado, o que poderá comprometer seriamente suas condições de vida. Outra questão a ser levada em consideração é a redução de faixa etária para realização do procedimento. Observa-se que a obesidade infantil é também um grave problema social e que crianças obesas, se não forem tratadas, se tornarão adultos obesos (SANTOS, 2009).

A cirurgia bariátrica utilizada para tratamento da obesidade é um procedimento relativamente novo no Brasil e, resgatando-se sua história, pode-se afirmar que a CB partiu da observação de usuários submetidos a cirurgias de úlcera gástrica, com retirada de parte do estômago (o qual ficava menor). Com a restrição

⁴⁰ Relatos de usuários que foram entrevistados e passaram esta informação durante a entrevista para a pesquisa desta Tese.

⁴¹ Já explicitada anteriormente.

⁴² Risco cardiovascular significa dizer o aumento de doenças e complicações clínicas relacionadas ao coração e circulação sanguínea. Alguns eventos relacionados ao risco cardiovascular incluem: morte por causa vascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

gástrica os usuários perdiam peso, pois passavam a ingerir menor quantidade de alimento. O mesmo ocorria com aqueles que perdiam parte do segmento do intestino que evoluíam com disabsorção e também consequente perda de peso, isto tudo ainda na década de 1950 (SBCBM, 2015).

Na década de 1970, o cirurgião Salomão Chaib, da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), iniciou alguns trabalhos utilizando algumas técnicas que poderiam levar o usuário à perda de peso. Os primeiros resultados apresentaram problemas de segurança para o usuário e resultados limitados, porém, os médicos da FMUSP continuaram pesquisando e acompanhando as principais tendências internacionais da referida cirurgia. Assim, na década de 1980, Edward Mason, cirurgião americano, considerado um dos pioneiros da cirurgia bariátrica e um dos fundadores da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, foi o primeiro a introduzir o conceito de restrição gástrica, que levou ao desenvolvimento de técnicas como o bypass gástrico (técnica que será explicada posteriormente, ainda neste item da Tese) e outras (SBCBM, 2015).

Ainda segundo a SBCBM (2015), foi na década de 1990 que outras importantes técnicas cirúrgicas bariátricas foram estudadas e desenvolvidas, inclusive o aprimoramento das derivações gástricas em Y de Roux (técnica explicada posteriormente, ainda neste item da Tese, criada pelo Dr César Roux, em 1892, para tratamento de câncer gástrico, e adequada para a técnica hoje utilizada), amplamente utilizada nos dias de hoje. Em 1999, foi fundada a Sociedade Brasileira da Cirurgia Bariátrica (SBCB), com sede em São Paulo, pelos primeiros cirurgiões pioneiros dessa técnica cirúrgica e no mesmo ano outros poucos profissionais de outras especialidades tornaram-se sócios dessa entidade. No início dos anos 2000 as técnicas bariátricas estudadas tornaram-se possíveis de serem realizadas por meio de vídeolaparoscopia⁴³, cada vez mais utilizada por especialistas.

Atualmente, novas técnicas estão sendo estudadas e a visão multidisciplinar tem grande relevância, pois “o entendimento que o tratamento cirúrgico é muito mais do que operar permite a maior participação de nutricionistas, nutrólogos, psicólogos, psiquiatras, educadores físicos e outros profissionais da saúde” (SBCBM, 2015). As equipes bariátricas, trabalhando de forma multidisciplinar, evitam complicações pós-

⁴³Videolaparoscopia (Laparoscopia) se refere ao procedimento cirúrgico realizado por meio de equipamentos de vídeo, em que são feitos pequenos orifícios no abdômen do usuário, sem a necessidade de cortes.

operatórias e proporcionam resultados satisfatórios para os usuários, entre outros benefícios.

O que se precisa levar em consideração, em se tratando de um procedimento relativamente novo, é que os resultados, complicações e benefícios da CB ainda estão sendo observados por meio de inúmeras pesquisas e estudos em nível mundial. Conforme se mencionou, ainda se trata de um procedimento relativamente recente no Brasil, e seus resultados precisam ser amplamente estudados, como já vem sendo feito, para que se saiba as consequências dessa cirurgia no longo prazo. Alguns estudos mostram algumas consequências importantes para a vida dos sujeitos operados e merecem destaque.

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, na Pensilvânia, e publicada no *Jornal Americano de Medicina* (2010), examinou casos de suicídio pós-cirurgia bariátrica, considerando tempo desde a operação, sexo, idade e taxas de mortalidade de suicídio, em comparação com as taxas de suicídio dos EUA.

Nós examinamos todos os suicídios que ocorrem entre 1996 e 2006 entre os pacientes pós-cirurgia bariátrica que residem na Pensilvânia. Houve 31 suicídios no total nessa população, para uma taxa global de 13,7 por 10 mil entre os homens e 5,2 por 10.000 entre as mulheres. É muito provável que as mortes por suicídio também foram subestimadas porque algumas das mortes foram listadas como overdose de drogas, em vez de suicídio, na certidão de óbito. Neste caso, a taxa de suicídio pós-cirurgia bariátrica seria ainda maior do que o que temos relatado. Além disso, as mortes por overdose de drogas seja intencional ou não, são também motivo de preocupação (TINDLE et al., 2010, p.1036).

O estudo citado apontou um aumento da taxa de suicídios entre os operados. Entretanto, mesmo com esses resultados os autores do estudo informam que “um mecanismo de longo prazo precisa ser estruturado de forma a refletir adequadamente as informações importantes relacionadas com esses resultados infelizes e possivelmente evitáveis” (TINDLE et al., 2010, p.1040). Ou seja, são necessários muitos outros estudos para verificar a relação entre a cirurgia bariátrica e as taxas de suicídio. Isto porque não se pode ainda estabelecer que ocorra aumento de suicídios em usuários bariátricos, pois os fatores que levam os usuários a cometer tal ato são variados e podem estar associados a outras situações de suas vidas e ainda estarem relacionados a quadros psiquiátricos prévios à CB.

O mesmo ocorre com estudos que relacionam aumento das taxas de dependência química, compulsões variadas, depressão e outras tantas patologias

psiquiátricas que se apresentam pós-cirurgia bariátrica. “Em muitos casos, o emagrecimento súbito incorre em quadros psiquiátricos, tais como: depressão, ansiedade, alcoolismo e gastos excessivos, dentre outras situações” (LEAL e BALDIN, 2007, p.01). Contudo, há que se ressaltar que, na maioria das vezes, a obesidade está associada a “alterações psiquiátricas, podendo atingir prevalência de até 50% dos pacientes obesos mórbidos, assim como estar ligada a maior dificuldade nos relacionamentos interpessoais” (LEAL e BALDIN, 2007, p.01), isto já no pré-operatório. Os autores ainda destacam que transtornos de personalidade podem ocasionar menor perda de peso no pós-operatório. Por outro lado, estudos de longo prazo evidenciaram abrandamento em traços do caráter oral, tais como dependência, submissão e insegurança, ao passo que detectaram aumento em traços e comportamentos obsessivos (LEAL e BALDIN, 2007, p.01). Quanto as condições clínicas dos usuários, já existem estudos prospectivos (MARCEAU et al, 2007; CHRISTOU et al, 2004; ADAMS et al, 2007) que evidenciam vantagens clínicas do tratamento cirúrgico da obesidade e síndrome metabólica.

Entretanto, todos esses resultados ainda necessitam de estudos mais aprofundados e de longo prazo, avaliando os usuários bariátricos em suas condições pré e pós-operatórias. Só assim será possível estabelecer comparações entre o estado pré e pós-cirúrgico dos sujeitos submetidos à cirurgia bariátrica e, portanto, os impactos da CB, especialmente no que se refere às condições clínicas e mentais.

Uma das técnicas de cirurgia bariátrica, mais utilizadas na atualidade é a denominada *Bypass* gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”). Esta foi a técnica cirúrgica que os sujeitos desta pesquisa se submeteram. Os tipos de cirurgias mais frequentemente realizadas diferenciam-se pelo método e mecanismo de funcionamento. Em relação ao procedimento podem ser realizadas cirurgias por abordagem aberta⁴⁴ ou por videolaparoscopia (por vídeo a cirurgia torna-se menos invasiva, com menor risco de algumas complicações, mais confortável ao usuário e com recuperação mais rápida).

Esta avaliação indica que a laparoscopia é uma técnica segura e bem tolerada, apesar de os custos da cirurgia serem maiores quando comparados com a laparotomia. No entanto, os custos adicionais são

⁴⁴Abordagem aberta (Laparotomia) se refere ao procedimento cirúrgico realizado por meio de incisão (corte) no abdômen do usuário bariátrico.

compensados pela menor probabilidade de complicações após a cirurgia e, conseqüentemente, evitando esses custos com possíveis complicações. [...] Nós acreditamos que este estudo pode ajudar na tomada de decisão, nos países em que a laparoscopia não está disponível, tal como no caso do Brasil, onde só é estabelecida no setor privado (SUSSENBACH et al., 2014, p. 01).

Aqui cabe ressaltar que o procedimento de videolaparoscopia não é coberto pelo SUS. Isto significa dizer que os usuários do SUS, até então, só podem realizar a CB por abordagem aberta. As cirurgias realizadas por videolaparoscopia são menos invasivas e com recuperação mais rápida, apesar de serem mais onerosas (teriam um custo maior para o Sistema de Saúde, isto falando do procedimento cirurgico em si).

[...] vale ressaltar que todos os procedimentos via SUS são realizados somente pela via de acesso laparotômica, apesar de todas as evidências científicas apontarem o acesso laparoscópico como superior ao laparotômico, em termos de redução de mortalidade, morbidade, recuperação mais rápida, melhor cicatrização, redução de complicações imediatas e tardias como ferida operatória e hérnias incisionais, fístulas e aderências (SUSSENBACH, 2014, p.25).

Sendo assim, se for considerada a recuperação pós-operatória que é muita mais rápida, menos dolorida e com menor risco de infecção, tal procedimento acabaria por ser menos oneroso para o Estado, além de proteger o usuário de algumas situações e tornar o procedimento ainda mais seguro.

Quanto aos mecanismos de funcionamento, podem ser de três tipos:

- Restritivos – que diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar.
- Técnicas mistas – com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino, com discreta má absorção de alimentos, ou com menor restrição e maior má absorção.

Entre as técnicas utilizadas, há, também, o balão intragástrico⁴⁵, que não é considerado um procedimento cirúrgico, mas que fomenta o quadro das modalidades autorizadas pelo Ministério da Saúde no Brasil. O balão intragástrico é reconhecido como terapia auxiliar para preparo pré-operatório, realizado por

⁴⁵O balão é preenchido com 500 ml do líquido azul de metileno, que, em caso de vazamento ou rompimento, será expelido na cor azul pela urina. O usuário fica com o balão por um período médio de seis meses. É indicado para usuários com sobrepeso ou no pré-operatório de usuários com superobesidade, que seria o IMC acima de 50 kg/m² (SBCBM, 2011).

endoscopia para o implante de prótese de silicone, visando diminuir a capacidade gástrica e provocar plenitude, porém esse procedimento não tem cobertura pelo SUS. Em relação às modalidades, optou-se em apresentar aquelas que podem ser realizadas no Centro da Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas da PUCRS, com destaque para o *Byass*, técnica mais utilizada:

- *Bypass* gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”) – é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. Estudado desde a década de 1960, o *bypass* gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido à sua segurança e principalmente a sua eficácia. Nesse procedimento misto é feito o grampeamento de parte do estômago, reduzindo o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, o que promove o aumento de hormônios da saciedade, diminuindo a fome, reduzindo a absorção de calorias e gorduras. Esta somatória entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento, além de controlar o diabetes e outras doenças, como a hipertensão arterial. No entanto, essa técnica também compromete a absorção de algumas vitaminas, minerais e proteínas pelo organismo (o que não é considerada uma complicação, mas um efeito colateral da CB). O usuário, submetido à cirurgia, pode perder de 40% a 45% do peso inicial, nos primeiros 18 e 24 meses. A origem do nome deve-se ao fato de que a costura do intestino que foi desviado fica com formato parecido com a letra Y e Roux é o sobrenome do cirurgião que criou a técnica, César Roux, em 1892, para tratamento de câncer gástrico.

- Banda gástrica ajustável – criada em 1984 e trazida ao Brasil em 1996, é cada vez menos utilizada, no Brasil, pela alta recidiva da obesidade e por não ter efeito metabólico significativo. Instala-se um anel de silicone inflável ajustável ao redor do estômago, que aperta mais ou menos o órgão, tornando possível controlar o esvaziamento do estômago.

- Gastrectomia vertical (em manga) ou *Sleeve* Gástrico – nesse procedimento o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (ml) ou mais, e parte do estômago é retirado. Essa intervenção provoca menos perda de peso, comparável à do *bypass* gástrico e maior que a proporcionada pela banda gástrica ajustável. É um procedimento relativamente novo, praticado desde o início

dos anos 2000; tem boa eficácia sobre o controle da hipertensão e de doenças dos lípidos (colesterol e triglicérides).

- *Duodenal Switch* – é a associação entre gastrectomia vertical e desvio intestinal. Nessa cirurgia, 85% do estômago é retirado, porém a anatomia básica do órgão e sua fisiologia de esvaziamento são mantidas. O desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, levando ao emagrecimento. Criada em 1978, a técnica corresponde a 5% dos procedimentos e leva à perda de 40% a 50% do peso inicial.

Salienta-se que, atualmente, as técnicas cirúrgicas totalmente reversíveis são a Banda Gástrica e o Bypass Gástrico, além do que a Gastrectomia Vertical está sob júdice, no momento, pelas suas complicações, em especial a geração de refluxo gastroesofágico⁴⁶ alcalino.

O usuário deve ser informado, já no pré-operatório, sobre as mudanças significativas que ele enfrentará ao ser submetido à cirurgia bariátrica. Um protocolo indica a necessidade de avaliação e de acompanhamento multiprofissional, preparando a pessoa que irá se submeter à cirurgia, pois como qualquer procedimento cirúrgico de grande porte apresenta riscos e poderão ocorrer complicações. É sobre o preparo de pré-operatório e o acompanhamento pós-cirurgia bariátrica que versa o próximo item.

2.4 O PRÉ E O PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Do mesmo modo que no pós-operatório da cirurgia bariátrica, em que o usuário necessita de um rigoroso acompanhamento para que o tratamento seja bem-sucedido, no pré-operatório também é necessário esse acompanhamento. Trata-se de uma etapa essencial para garantir a saúde do usuário bariátrico e é o momento de avaliar todas as condições clínicas, psiquiátricas, psicológicas do usuário e considerar seus aspectos sociais.

⁴⁶Sintomas e condições associadas à doença do refluxo podem ser classificados em dois grupos: **Síndromes esofágicas** que apresentam sintomas como: azia, regurgitação, dor à deglutição e dores no tórax. Salivação excessiva e náuseas são menos frequentes. **Síndromes extraesofágicas:** Tosse crônica e laringite acompanhada de rouquidão e pigarro persistente, geralmente associada ao uso excessivo da voz, a irritantes ambientais e ao cigarro; Asma (como um cofator nos casos de difícil controle das crises); Erosão do esmalte dos dentes causada pelo conteúdo gástrico ao refluir até a boca. O tratamento envolve: dieta alimentar, mudanças no estilo de vida, medicamentos e cirurgia (VARELLA, 2011).

O preparo do usuário no pré-operatório contribui para a segurança e resultados positivos da cirurgia bariátrica. Nesta etapa, o usuário e seus familiares recebem todas as informações referentes à cirurgia, aos benefícios e riscos do procedimento, como serão as fases da dieta no pós-cirúrgico, orientação nutricional pré-operatória (pois se o usuário emagrecer antes da cirurgia, oferecerá melhores condições à anestesia geral e à operação (SBCM, 2015)). Também no pré-operatório o usuário deve realizar uma série de exames — endoscopia digestiva, ultrassom abdominal, exames laboratoriais e alguns exames definidores da condição cardiovascular, além de passar em consulta com os profissionais obrigatórios: cirurgião, cardiologista, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, entre outros (SBCM, 2015). O objetivo de cada profissional é detectar e tratar, no pré-operatório, dos problemas clínicos, psicológicos, psiquiátricos e das questões relacionadas ao social, além de orientar sobre hábitos alimentares corretos para prepará-lo para as modificações necessárias em seu pós-cirúrgico. Sem a avaliação e aprovação desses profissionais o usuário não deve ser submetido à referida cirurgia.

A etapa de preparação para a cirurgia inclui participação em reuniões e palestras que prestam esclarecimentos e informações sobre obesidade, cirurgia bariátrica e vida saudável, abordando todos os aspectos relacionados à cirurgia bariátrica. Esses espaços também podem e devem ser utilizados pelos usuários como momentos para compartilhar experiências, esclarecer dúvidas e mitos sobre o procedimento cirúrgico, e para que o usuário e os familiares fiquem seguros quanto à decisão de se submeter à cirurgia.

Em relação aos exames e avaliações pré-operatórios, se forem detectados quaisquer problemas nessas investigações, é necessário que sejam tratados ainda na fase pré-operatória para evitar futuros problemas e impedir que a cirurgia prejudique o bem-estar físico, mental e social do usuário. Um bom pré-operatório irá contribuir para que, no pós-operatório, o usuário consiga atingir seus objetivos.

Já, na etapa pós-operatória, os usuários precisam de um rigoroso acompanhamento clínico, nutricional, psicológico e social para mudar hábitos alimentares, de estilo de vida e assim restabelecer sua saúde. No que diz respeito ao acompanhamento social, cabe ressaltar que a área social trabalha também no aspecto do acesso às medicações recomendadas, informações sobre os recursos para o usuário bariátrico dar conta da alimentação recomendada, e acessar o hospital para consultas e exames imprescindíveis, entre outros aspectos. Mito

(2009) salienta que ações socioeducativas que orientam, encaminham, informam indivíduos, grupos e famílias, que caracterizam a orientação e o acompanhamento do Serviço Social, na esfera dos processos socioassistenciais, baseiam-se na socialização das informações e no processo reflexivo. Ambos se forem bem trabalhados, contribuirão para a construção da consciência crítica e para que os usuários se façam sujeitos do processo de construção da sua história, o que é importante nesse processo da cirurgia bariátrica.

No pós-operatório imediato — até dois a três meses depois da cirurgia —, a pessoa que se submeteu à cirurgia bariátrica tem sérias restrições alimentares. Aills (2008) ressalta que, no médio e longo prazo pós-cirúrgico, o usuário submetido à cirurgia bariátrica pode passar a apresentar risco potencial dos mais variados graus de desnutrição⁴⁷, anemias⁴⁸ e hipovitaminoses⁴⁹ diversas. As exceções a estes problemas existem e devem ser consideradas de acordo com cada variação de resultados de exames (AILLS et al., 2008). Salienta-se que os usuários operados apresentam tais hipovitaminoses, desnutrição, entre outras, à medida que não fazem acompanhamento e reposição vitamínica, pois as alterações citadas (alteração na nutrição) são conhecidas e consistem em efeito colateral das cirurgias bariátricas.

Isso se deve ao fato de que o estômago reduzido passa a receber quantidades pequenas de alimentos, e o intestino que foi desviado vai absorver muito menos gorduras e calorias, mas também absorve menos cálcio, ferro e outras vitaminas e proteínas importantes para a nutrição. O fato de não aderir ao tratamento pós-operatório, não repor vitaminas, não fazer exames regulares, não consumir a alimentação indicada pela equipe bariátrica pode levar a quadros tão severos de desnutrição que podem evoluir para o óbito. Porém, na maioria das vezes, isso pode ser completamente evitado se o usuário for acompanhado, de

⁴⁷A desnutrição é considerada como um estado patológico que tem como causa principal a falta de ingestão ou má absorção de nutrientes. Pode apresentar diferentes graus e tem consequências graves para a saúde, podendo levar ao aparecimento de algumas doenças.

⁴⁸Anemia é o nome genérico de uma série de condições caracterizadas pela deficiência na concentração da hemoglobina (elemento do sangue com a função de transportar oxigênio dos pulmões para nutrir todas as células do organismo) ou na produção das hemácias (o mesmo que eritrócitos ou glóbulos vermelhos). As anemias devem ser consideradas como sinal de doenças de base responsável pela alteração sanguínea, ou seja, pela redução do número de eritrócitos circulantes. Elas podem ser agudas ou crônicas, adquiridas ou hereditárias. São agudas quando há perda expressiva e acelerada de sangue, o que pode acontecer nos acidentes, cirurgias, sangramentos gastrintestinais, etc. As crônicas são provocadas por doenças de base, algumas hereditárias (talassemia e anemia falciforme, por exemplo) e outras adquiridas, como as que ocorrem por deficiência nutricional, na gestação, por deficiência de ferro (anemia ferropriva, a mais comum), por carência da vitamina B12 ou de ácido fólico (anemia megaloblástica) (VARELLA, 2011c).

⁴⁹Falta ou deficiência de vitaminas no organismo que pode provocar diferentes tipos de doenças.

forma efetiva, por equipe multidisciplinar antes, durante e principalmente após a cirurgia bariátrica. Aquele usuário que não adere ao tratamento e às consultas pós-operatórias eleva o seu risco de complicações no médio e longo prazo (REPETTO; RIZZOLLI; CASAGRANDE, 2002).

Mesmo considerando-se todos esses fatores, não é garantida a redução de peso em definitivo após a cirurgia. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2011) alerta para o fato de que o usuário, caso não adote hábitos mais saudáveis, corre o risco de engordar novamente. Salienta-se que a CB é somente uma ferramenta para o tratamento da obesidade, contudo para a manutenção do quadro mais saudável do sujeito é necessário muito mais que a cirurgia, pois os resultados esperados somente serão alcançados se houver um cenário de mudanças de hábitos.

Após a alta hospitalar, o usuário deverá obedecer rigorosamente às recomendações médicas e nutricionais, incluindo a necessidade de acompanhamento no longo prazo. As alterações nutricionais e clínicas que podem surgir após a cirurgia poderão levar o usuário a algum nível de desnutrição, entre outros problemas, e o acompanhamento multiprofissional adequado poderá evitar que o usuário fique doente e até tenha risco no pós-operatório. A pessoa operada necessita de reposição de vitaminas, pois sua ingestão alimentar será muito menor com o estômago reduzido, se comparada com o estômago antes da cirurgia, e porque partes do estômago e do intestino, responsáveis pela absorção de algumas vitaminas e nutrientes, foram desviadas do trânsito alimentar em alguns procedimentos (AILLS et al., 2008). Alguns desses suplementos ou medicações não são fornecidos pelo SUS e configuram uma séria dificuldade ao operado, pois os custos desses produtos são elevados. O obeso desenvolve uma relação peculiar com a comida, em que a ingestão e o prazer na alimentação assumem significado para além de satisfazer a necessidade básica de alimentar-se (SANTOS, 2009). A manutenção do tratamento é essencial, pois a obesidade é uma doença crônica e incurável e o usuário precisa ser orientado quanto à alimentação e aos hábitos saudáveis.

Considerando-se que tudo esteja dentro dos padrões considerados normais, depois da cirurgia o usuário fica internado, em média três dias, e a alimentação é feita, inicialmente, conforme o COM (2015), através de dieta líquida (na forma de água já no primeiro dia), com cerca de 30 a 50 ml a cada meia hora, que inicia e

segue com líquidos mais nutritivos ainda durante a internação. Essa fase da dieta tem por objetivo principal manter o repouso do estômago e do intestino após a cirurgia, promovendo a cicatrização da área e a hidratação adequada, tendo duração de 10 dias. Após o terceiro dia de pós-operatório são incluídos os líquidos proteicos. A partir desse dia, o usuário precisa tomar, no mínimo, 1000 ml/dia de “líquidos de hidratação” e 500 ml/dia de “líquidos proteicos”. Assim, apenas líquidos (água mineral sem gás, chás (exceto preto, verde), suco de gelatina *light/diet*, água de coco, suco de frutas natural coado, suco de legumes coado, etc.) são os alimentos prescritos para o usuário até o quarto dia de pós-operatório. Mesmo que tudo esteja dentro dos padrões normais com o usuário, ainda é necessário “repouso gástrico” e todos os alimentos devem ser líquidos ou pastosos até que se completem, pelo menos, 25 dias de pós-operatório.

Nessa fase, o usuário deverá alimentar-se de uma dieta pastosa, com um mínimo de 500ml por dia dos seguintes alimentos: leite desnatado ou semidesnatado, vitamina de fruta ralada e coada, bebida láctea *light* ou *diet*, *milk-shake diet* (1 copo leite desnatado + 1 colher sopa de sorvete *light*), leite em pó diluído no leite ou derivados (= 4 colheres de sopa por dia), entre outros alimentos. Quinze dias depois, o usuário bariátrico começa a introduzir alimentos sólidos em sua dieta (denominada, nesse período, de dieta branda) e é recomendado que mantenha seis refeições por dia, com volume de 90 a 120g por refeição, evitando espaço maior de três horas entre elas. Aqui, normalmente é inserido suplemento proteico na dieta e é indicado ao usuário que priorize as proteínas (carnes magras, ovos, leites e derivados), seguido de verduras, legumes e frutas, da forma mais variada possível. O pós-operatório também impõe a realização periódica de exames e suplementação de vitaminas, minerais, fibras e proteínas.

Assim, o que se observa é que o usuário bariátrico necessita de acompanhamento clínico, psiquiátrico e/ou psicológico e social no pré e pós-operatórios, pois as transformações irão abarcar variadas facetas do seu cotidiano. O impacto econômico deve ser considerado, pois, além de custos com suplementação vitamínica e com a alimentação, outros irão surgir como de transporte (deslocamento), pois o usuário precisará ir constantemente ao hospital para fazer suas consultas e exames (procedimentos estes com cobertura do SUS). Entretanto, em relação aos custos pós-bariátricos destaca-se o estudo realizado por Sussenbach (2011) que teve como objetivo geral “avaliar o custo orçamentário da

cirurgia bariátrica, no intuito de comparar os recursos utilizados no pré e pós-cirúrgico de pacientes obesos mórbidos no Sul do Brasil”. Os resultados deste estudo mostram que “os custos da cirurgia são elevados, mas em longo prazo, os efeitos clínicos positivos da cirurgia e a redução dos custos com o tratamento, comprova que a cirurgia é custo efetiva” (SUSSENBACH, 2011, p.52). Ainda segundo o estudo referido,

podemos afirmar que a cirurgia bariátrica gera mais economia para os serviços de saúde, pois estudos mostram que os custos da cirurgia são amortizados em menos de 3 anos. E enquanto isto, as pessoas obesas, geram um custo que aumenta a longo prazo. [...] Nosso estudo permite observar que a realização da cirurgia bariátrica gera muitos benefícios à sociedade. Além da perda de peso sustentada, os pacientes apresentam melhora ou resolução das comorbidades, redução do uso de medicamentos, diminuição do número de consultas aos profissionais de saúde e da quantidade de exames realizados. Com isto, podemos dizer que a cirurgia gera economia para os serviços de saúde, enquanto que a pessoa obesa pode apresentar diversas complicações, e conseqüentemente, gerar aumento nos custos. Vale salientar que o custo da realização da cirurgia é elevado, mas em longo prazo, os efeitos clínicos positivos da cirurgia e a redução dos custos com o tratamento comprova que a cirurgia é custo efetiva (SUSSENBACH, 2011, p.51 e 52).

Sendo assim, apesar das dificuldades apresentadas, a CB se mostra um importante recurso de tratamento para a obesidade, impactando diretamente o cotidiano de vida dos operados, e também apresenta impactos orçamentários importantes para o SUS. Esses impactos se revelam uma economia naquilo que seria investido pelo governo para tratar doenças decorrentes da obesidade.

Em relação aos efeitos da CB que dizem respeito ao estado psíquico dos usuários bariátricos pode-se afirmar a ocorrência de depressão e outras expressões de sofrimento psíquico, incluindo casos de suicídio no pós-operatório da cirurgia bariátrica, conforme apontam alguns estudos já mencionados anteriormente no item 2.3 desta Tese, como é o caso do estudo realizado nos Estados Unidos, na Pensilvânia, e publicado no *Jornal Americano de Medicina* (2010). Os dados desse estudo não podem determinar se os participantes tinham probabilidade de cometer suicídio antes da cirurgia bariátrica (por exemplo, relacionadas à doença mental, angústia ou depressão). Também não foi possível determinar se o risco de suicídio era maior entre indivíduos que não obtiveram sucesso, ou seja, que recuperaram o peso após a cirurgia. Porém, concluíram que houve um excesso substancial de

suicídios entre todos os usuários que fizeram cirurgia bariátrica na Pensilvânia, durante um período de 10 anos, demonstrando a necessidade de maiores investigações sobre fatores associados ao suicídio pós-cirurgia bariátrica (TINDLE et al., 2010). Esse é mais um dado que revela a importância do acompanhamento pós-operatório e a necessidade da composição multidisciplinar da equipe.

Percebe-se, portanto, que muitos dos usuários que acessam a cirurgia bariátrica pelo SUS enfrentam múltiplos desafios e dificuldades que precisam de visibilidade, a fim de efetivar o acesso a um direito que lhes é básico: o direito à saúde⁵⁰. Efetivar esse direito, muitas vezes, se torna um desafio diante do cotidiano repleto de adversidades vivenciadas pelos usuários.

Contudo, o caminho não é feito somente de adversidades. Há nele também fartas potencialidades que possibilitam almejar e trabalhar em prol de políticas intersetoriais. E para melhor entender o foco das políticas sociais no Brasil, antes se faz necessário discutir alguns conceitos que elucidam o alvo dessas políticas no país. Para tanto, no próximo capítulo abordam-se os temas: pobreza, fatores de vulnerabilidade e determinantes sociais da saúde, discutindo-se de que forma esses aspectos podem impactar o pós-operatório da cirurgia bariátrica.

⁵⁰A partir da Constituição de 1988 a saúde tornou-se “um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”. A Constituição Federal, em seus artigos 196 ao 200, título VIII – da ordem social; capítulo II – Seção II, da saúde - dispõe sobre a saúde e fala sobre o SUS. Segundo a Constituição Brasileira de 1988, sobre o Sistema Único de Saúde, diz que: “[...] A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde – SUS, em caráter complementar” (BRASIL, 1990).

3 FATORES DE VULNERABILIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: QUAL A RELAÇÃO COM A CIRURGIA BARIÁTRICA?

Os “determinantes sociais da saúde” expressam um conceito amplo que diz, de maneira resumida, que as condições de vida e trabalho da população estão relacionadas à sua situação de saúde. Já, o termo vulnerabilidade tem aparecido com frequência em diversos estudos e análises sobre os mais variados fenômenos sociais, trazendo à tona diferentes conceitos, enfoques e problematizações sobre o tema. A questão da pobreza também é destacada neste capítulo, pois está diretamente ligada aos fatores de vulnerabilidade e aos determinantes sociais da saúde. E conceituar pobreza também não é tarefa fácil, pois existe uma gama de compreensões sobre o conceito que variam de acordo com diversos paradigmas.

Assim, para que discutir pobreza em uma tese que aborda aspectos relacionados à cirurgia bariátrica? Ora, se para uma boa recuperação e um emagrecimento saudável, respeitando o direito à saúde, o usuário precisa ter acesso à renda, alimentação, medicação, entre outros fatores, então um usuário considerado “pobre” terá inúmeras dificuldades para efetivar seu direito à saúde, sempre considerada em seu conceito ampliado. Sendo assim, neste capítulo pretende-se demonstrar onde cada um destes temas — pobreza, fatores de vulnerabilidade e determinantes sociais da saúde — se relacionam entre si e como estão imbricados com os resultados da cirurgia bariátrica.

3.1 DEFININDO A RELAÇÃO DA POBREZA COM O ATENDIMENTO BARIÁTRICO

Não se tem, aqui, a pretensão de mostrar toda a dimensão do tema “pobreza”, que já foi e ainda é amplamente discutido por muitos estudiosos. Busca-se definir e mostrar as relações desse tema com a vida prática dos usuários, em termos de perdas e fragilidades ocorridas no cotidiano. Definir ou conceituar pobreza é tarefa difícil e pode desencadear uma discussão bastante ampla sobre o tema.

Do ponto de vista conceitual, as abordagens sobre a pobreza podem ser construídas de diversas formas: 1) a partir de diferentes fundamentos teórico-metodológicos: positivistas (funcionalistas, estruturalistas) marxistas; 2) do ponto de vista do desenvolvimento histórico-social e político da sociedade capitalista: do Estado liberal (prevalência do mercado) ao Estado social (diretos sociais); 3) do ponto de vista da definição de indicadores, as

medidas da pobreza podem ser monetárias, quando utilizam a renda como principal determinante da linha de pobreza e podem recorrer a indicadores multidimensionais, que incluem atributos não monetários para definir a pobreza, como o IDH, e o índice Gini. Estes indicadores multidimensionais incluem aspectos que afetam o bem-estar dos indivíduos e a não satisfação de suas necessidades básicas. Consideram como essencial para definir a condição de pobreza o acesso a alguns bens, de modo que sem esses os “cidadãos” não são capazes de usufruir uma vida minimamente digna. Incluem: água potável, rede de esgoto, coleta de lixo, acesso ao transporte coletivo, educação, saúde e moradia. O caráter multidimensional da pobreza leva à necessidade de indicadores que tenham uma correspondente abordagem multidimensional e que levem em consideração como o indivíduo percebe sua situação social (YAZBEK, 2012, p.290).

Várias são as definições das diferentes áreas do conhecimento que pesquisam sobre pobreza. Verifica-se, porém, um consenso no campo acadêmico, e entre políticos de todos os matizes ideológicos e partidários, de que a pobreza no Brasil deriva, em grande parte, de um quadro de extrema desigualdade, com grande concentração de renda que coloca o Brasil no topo do *ranking* mundial de má distribuição de renda (SILVA, 2010). Ressalta-se que uma explicação para a pobreza bastante difundida hoje é a das abordagens liberais, que explicam a pobreza como problema do próprio indivíduo, atribuindo-lhe a culpa por não ter condições de acessar determinados bens e serviços. Essa teoria aponta ainda o mercado como espaço natural de satisfação das necessidades econômicas e sociais (SILVA, 2010). Essas abordagens, no entanto, não explicam a pobreza em termos estruturais, como de fato ela se desenvolve. Sendo assim, nesta tese parte-se de uma leitura da realidade na perspectiva marxista, e, portanto, concorda-se com Yazbek (2012), que define pobreza

como uma das manifestações da questão social, e dessa forma como expressão direta das relações vigentes na sociedade, localizando a questão no âmbito de relações constitutivas de um padrão de desenvolvimento capitalista, extremamente desigual, em que convivem acumulação e miséria (YAZBEK, 2012, p. 289).

Pode-se afirmar que as pessoas consideradas pobres “resultam” da atual conjuntura política, econômica e social, a qual gera desigualdades e contribui para a realidade social de carências e exclusão, expressas em privações nos mais variados âmbitos da vida cotidiana. Entende-se que o Sistema de Produção Capitalista, hoje vigente, está

[...] centrado na expropriação e na exploração para garantir a mais-valia, e a repartição injusta e desigual da renda nacional entre as classes sociais são responsáveis pela instituição de um processo excludente, gerador e reprodutor da pobreza, entendida enquanto fenômeno estrutural, complexo, de natureza multidimensional, relativo, não podendo ser considerado como mera insuficiência de renda é também desigualdade na distribuição da riqueza socialmente produzida; é não acesso a serviços básicos; à informação; ao trabalho e a uma renda digna; é não a participação social e política (SILVA, 2010, p. 157)

Dessa forma, percebe-se que o sistema de produção capitalista baseia-se na exploração e é estruturalmente excludente (MARX, 2003), mostrando que a exclusão⁵¹ não é um fenômeno recente, mas há anos acompanha o capitalismo, pois é inerente a ele. Assim, a pobreza no Brasil tomou grandes dimensões como reflexo de um modelo de desenvolvimento que concentra a riqueza socialmente produzida e os espaços territoriais e tem raízes na formação sócio-histórica e econômica da sociedade brasileira (SILVA, 2010).

Em síntese, com a expansão do capitalismo monopolista ocorrem mudanças que vão se efetivar durante as décadas de 1960 e 1970, no sentido de expansão e modernização do sistema de proteção social do país. Trata-se de um processo de modernização conservadora, que vai combinar assistência à pobreza com repressão, pois essas mudanças não significaram uma ruptura com os padrões meritocráticos prevaletentes até então [...] (YAZBEK, 2012, p. 299).

Em consequência dessa formação sócio-histórica e econômica da sociedade brasileira, diz Yazbek (2012, p. 290), “a pobreza é parte de nossa experiência diária”, que revela os impactos do neoliberalismo nas condições de vida da população mais empobrecida. Esses impactos se materializam nas condições de empregos precarizados, no desemprego, nos precários atendimentos públicos de saúde, moradia, assistência social, alimentação, renda, educação, segurança e outros. Concomitante a isso, há também a questão moral, que se apresenta no cotidiano em forma de apelo afetivo, ou dever moral de atender aos mais pobres com caridade, benesse, deixando de lado o reconhecimento dos seus direitos sociais. Essa questão vai ao encontro da perspectiva neoliberal de atender somente

⁵¹“O ponto central do debate refere-se à amplitude do conceito de exclusão social, utilizado para designar pessoas e grupos vivenciando as mais diversas situações, desfilados para Castel e desqualificados para Paugan. Assim, exclusão refere-se a minorias (negros, homossexuais, pessoas com deficiência), favelados, meninos de rua, catadores de lixo, etc. (VÉRAS, 1999, p. 14), escamoteando o caráter processual e dinâmico das situações e sua natureza estrutural e multidimensional” (SILVA, 2010, p. 156).

a pobreza extrema, focalizando ações que deveriam ser de cunho macrossocial para acabar com a pobreza estrutural.

Sposati (2009) destaca que é inviável o enfrentamento das condições de pobreza sem que haja mudanças estruturais no modelo econômico que concentra renda, ainda que se tenha verificado um avanço na agenda pública brasileira, com os programas de transferência de renda, em meados da década de 1990. Essa ação do governo, apesar de todas as críticas, vem tendo um valor significativo na vida de muitas famílias brasileiras, embora não seja suficiente para dar conta de problemas estruturais.

A precariedade da condição de pobreza, na vida prática dos sujeitos que se encontram nessa condição afasta deles a possibilidade de criarem condições que passam pelo campo subjetivo, de efetivar direitos ou de lutar por eles. Considerando-se, aqui, também a falta de uma rede de proteção social que lhes possibilite superar as carências que os colocam em situações de vulnerabilidade. O que existe hoje como rede de proteção não dá conta de atender as demandas advindas da população e, portanto, o governo não consegue efetivar a proteção social como ela foi pensada na Constituição de 1988. Castel (1998) corrobora essa posição e reitera a questão da centralidade do trabalho, no desenvolvimento de condições de pobreza e vulnerabilidades. Sendo assim, verifica-se que a dimensão da pobreza na vida dos sujeitos deve ser considerada em todos os âmbitos das relações sociais, e não apenas como escassez de recursos financeiros ou meios de sobrevivência. A respeito disso, diz Yazbek (2012),

Abordar aqueles que socialmente são constituídos como pobres é penetrar num universo de dimensões insuspeitadas. Universo marcado pela subalternidade, pela revolta silenciosa, pela humilhação e fadiga, pela crença na felicidade das gerações futuras, pela alienação e resistência e, sobretudo, pelas estratégias para melhor sobreviver, apesar de tudo. Embora a renda se configure como elemento essencial para a identificação da pobreza, o acesso a bens, recursos e serviços sociais, ao lado de outros meios complementares de sobrevivência, precisa ser considerado para definir situações de pobreza (YAZBEK, 2012, p. 292).

Para isso, se faz necessário compreender a realidade em suas múltiplas determinações, reconhecendo as contradições presentes nela e que são verificadas nas condições de vida da população. Quando se fala a respeito dos usuários, aqui em destaque os bariátricos, em sua liberdade, no direito de se expressarem, de buscar sua saúde, de se organizarem em prol de objetivos que tornem sua vida mais

digna, fica difícil pensar em tudo isso quando se encontram em condições de pobreza. Esses sujeitos necessitam da proteção do Estado, de respaldo para ter o “direito a ter direitos” (DAGNINO, 1994). Caso contrário, a condição de pobreza leva os usuários a terem perdas que reiteram uma sucessiva negação de direitos.

Isso toma forma quando, no caso da cirurgia bariátrica, os usuários têm o direito de efetivar sua saúde por meio dessa cirurgia, porém, sem condições materiais e financeiras, poderão ter esse direito negado, culminando em um círculo de direitos não efetivados. É como se os sujeitos em situação de pobreza fossem penalizados por se encontrarem nessa condição, quando, por exemplo, o direito de fazer a cirurgia lhes é negado por não conseguirem dar conta dos custos com alimentação, medicação ou mesmo de ter condições de moradia e trabalho adequados para os cuidados pós-operatórios. Essa é uma penalização que pode ser ainda mais cara, mais pesada e cruel, quando se percebe que o usuário pode pagar com a própria vida, pois, se não apresenta condições financeiras e não tem a proteção do Estado, tem seu direito à saúde negado.

Para evitar que situações extremas ocorram é essencial que haja uma rede de atendimentos, no âmbito das políticas sociais, que aponte para o campo dos direitos. Mesmo tendo consciência “de que escapa às políticas sociais, às suas capacidades, desenhos e objetivos reverter níveis tão elevados de desigualdade, como os encontrados no Brasil, não podemos duvidar das virtualidades possíveis dessas políticas” (YAZBEK, 2012, p. 319). E é esse o caminho para se começar a mudar a realidade hoje apresentada.

Dessa forma, refletindo-se sobre as políticas sociais e os programas de enfrentamento à pobreza, no Brasil, pode-se dizer que esses programas centram-se na pobreza extrema, e são incapazes de produzir mudanças estruturais, não se centrando nos verdadeiros desencadeadores de pobreza. O que se tem, hoje, no Brasil, são políticas e programas que incluem pessoas nos processos econômicos de produção e de consumo, mas é uma inclusão marginal, precária, que apenas serve para manter os pobres em uma situação de reprodução de pobreza que não atrapalhe o sistema (SILVA, 2010).

Considerar a pobreza somente pela perspectiva material faz manter a forte concentração de renda, que marca a sociedade brasileira historicamente, não levando em conta mudanças que realmente significariam impactos na pobreza, como mudanças no modelo econômico, considerando a redistribuição de renda e a

riqueza socialmente produzidas. Contudo, da forma como estão estruturados os atuais programas de transferência de renda, apenas servem para “regulação dos níveis de indigência e pobreza e como critério de acesso das famílias a tais programas” (SILVA, 2010, p. 22). São programas importantes, que significam possibilidades de inclusão em serviços como saúde e educação, que, no longo prazo, podem dar resultados notórios nas condições de vida da população. Para tanto, é imprescindível a melhoria nas redes de educação, saúde, assistência e outras.

Os programas de transferência de renda, maneira com que os últimos governos veem regulando o processo contínuo de empobrecimento de muitas famílias brasileiras, podem ser considerados, para muitos, como o único acesso a uma renda, mesmo que irrisória. Mas para aqueles que estão à margem da sociedade pode significar a única maneira de acessar alimentação e outros produtos indispensáveis à sobrevivência, por isso, apesar das contradições, é necessário reconhecer a importância desses programas na vida das pessoas.

Diante do que foi apresentado até aqui, ressalta-se que a pobreza no Brasil tem uma dimensão abrangente, e que necessita de políticas sociais públicas mais eficazes, sempre articuladas com as políticas econômicas capazes de redistribuir a riqueza socialmente produzida e intervir, de maneira efetiva, na pobreza. Os quadros de pobreza interferem diretamente na recuperação e restabelecimento da saúde dos usuários bariátricos que, quando encontrados em situação de pobreza, não terão as condições necessárias para manter o tratamento da maneira como ele é pensado pela equipe clínica e que deve ser seguido. Sendo assim, no próximo item abordam-se os fatores de vulnerabilidade e sua relação com a pobreza, as condições de vida da população e seus possíveis desencadeamentos na realidade dos usuários bariátricos.

3.2 O PESO DOS FATORES DE VULNERABILIDADE NA VIDA DOS SUJEITOS

O termo vulnerabilidade, ainda que tenha surgido com as discussões (já superadas) e estudos sobre AIDS, frequentemente está associado ao conceito de pobreza, ou remete aos setores mais desprovidos da população, conforme já abordado no item anterior, quando se discutiu e se definiu o conceito de pobreza,

elencado como fio condutor desta discussão, destacando-se a definição de Yazbek (2012):

Os “pobres” são produtos dessas relações, que produzem e reproduzem a desigualdade no plano social, político, econômico e cultural, definindo para eles um lugar na sociedade. Um lugar onde são desqualificados por suas crenças, seu modo de se expressar e seu comportamento social, sinais de “qualidades negativas” e indesejáveis que lhes são conferidas por sua procedência de classe, por sua condição social. Este lugar tem contornos ligados à própria trama social que gera a desigualdade e que se expressa não apenas em circunstâncias econômicas, sociais e políticas, mas também nos valores culturais das classes subalternas e de seus interlocutores na vida social (YAZBEK, 2012, p. 289).

E assim definido, o conceito de pobreza está intimamente relacionado ao conceito de vulnerabilidade. Contudo, devido à grande gama de significados atribuídos ao termo vulnerabilidade, é importante trazer à tona diferentes considerações sobre esse termo. Ainda assim, não se tem o intuito de esgotar ou contemplar toda a gama de significados do termo vulnerabilidade, mas apenas citar diferentes conceitos, a fim de melhor evidenciar o que se discutiu ao longo deste estudo. Além disso, cabe ressaltar que nas reflexões elaboradas ao longo desse texto sobre o mundo do trabalho, buscou-se também evidenciar de que modo a relação capital x trabalho, nos dias de hoje, potencializa e produz as vulnerabilidades expressas atualmente, em especial aqui, no que se refere ao usuário bariátrico.

Vulnerabilidade é um conceito que está relacionado a vários fatores: desigualdade de renda, educação e acesso a determinados serviços e setores sociais. A vulnerabilidade, segundo o conceito da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), diz respeito à população que vive em situações

[...] decorrentes da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos), e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionados ou de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, entre outras) (BRASIL, 2005, p. 33).

Porém, o conceito utilizado na PNAS pode ser explorado e aberto, levando a pensar vulnerabilidade como um termo mais complexo e, nesse sentido, pode-se dizer que

o tema caracteriza-se por um complexo campo conceitual, constituído por diferentes concepções e dimensões que podem voltar-se para o enfoque

econômico, ambiental, de saúde, de direitos, entre tantos outros. Ainda que essa temática venha sendo trabalhada ao longo de anos, cabe salientar que ela consiste em um conceito em construção, tendo em vista sua magnitude e complexidade (ROCHA, 2007, p. 24).

Definir o que é vulnerabilidade, ou quais são os fatores de vulnerabilidade presentes, hoje, nos diferentes espaços sociais, não é algo fácil. No entendimento de Oliveira (1994), grupos sociais vulneráveis são

Aqueles conjuntos ou subconjuntos da população brasileira situada na linha de pobreza [...] além dos indigentes, a faixa imediatamente acima da linha de indigência, definida por alguns como a linha de pobreza, contém muitos grupos sociais que são também vulneráveis (OLIVEIRA, 1994, p. 1).

O mesmo autor ainda indica que,

[...] embora as políticas sociais públicas sejam uma das exigências mais prementes para a atenuação das várias 'vulnerabilidades' [...] para que prosperem e atinjam seus objetivos, é preciso, antes de tudo, situá-las no campo dos direitos, retirando-as da conceituação de carências (OLIVEIRA, 1994, p. 2).

O mais comumente enfoque relativo ao termo vulnerabilidade é sobre indicadores de renda ou carências que delimitam a insatisfação de necessidades básicas. No caso da área da saúde, o conceito de vulnerabilidade foi amplamente difundido com a epidemia do vírus HIV/Aids, na década de 1980, e, ao longo do tempo, foi contribuindo de forma relevante “para propostas de renovação das práticas de prevenção e promoção de saúde (AYRES et al., 2003). O termo vulnerabilidade, na saúde, indica, em sua gênese, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na proteção, promoção dos direitos de cidadania (ALVES, 1994). Ainda na perspectiva da saúde e do vírus HIV, o termo vulnerabilidade pode ser

[...] resumido justamente como esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. Por isso, as análises de vulnerabilidade envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados: componente individual; [...] componente social; [...] componente pragmático [...] (AYRES et al., 2003, p. 123).

Percebe-se que tais análises sobre vulnerabilidade se relacionam ao conceito de risco. Em saúde, esse conceito epidemiológico de risco nasceu da busca por “identificar associações entre eventos ou condições não patológicas, casualmente relacionáveis” (AYRES et al., 2003, p. 127). Ao tratar do conceito de vulnerabilidade, reconhece-se a amplitude desse tema e, nesta Tese, utiliza-se o conceito de vulnerabilidade conforme Abramovay (2002), que o situa no que diz respeito à reduzida disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos sujeitos; forma de acesso a gama de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade; potencialidades e dificuldades que afetam a circulação e o desempenho dos sujeitos na sociedade. Dessa forma,

O primeiro elemento diz respeito à posse ou controle de recursos materiais ou simbólicos que permitem, aos diversos atores, se desenvolverem em sociedade. O segundo se refere às estruturas de oportunidades que provêm do mercado, do Estado e da sociedade. Elas se vinculam em níveis de bem-estar, aos quais se pode ascender em um determinado tempo e território, podendo propiciar o uso mais eficiente dos recursos ou prover de novos ativos ou ainda recuperar aqueles esgotados. Por fim, o terceiro elemento refere-se a estratégias quanto ao uso que esses atores fazem de seu conjunto de ativos, com vistas a fazer frente às mudanças estruturais de um dado contexto social (ABRAMOVAY, 2002, p. 29).

Sendo assim, vulnerabilidade social é termo-chave para se compreender a situação de muitos usuários do SUS que se submetem à cirurgia bariátrica (especialmente aqueles das camadas mais populares e em situações econômicas desfavoráveis), e sua recuperação em um pós-operatório que demanda certo rol de conhecimento sobre o procedimento cirúrgico a que se submeteram, e certo aparato financeiro para dar conta dos suplementos vitamínicos e alimentação indicada.

Portanto, para o sucesso do tratamento bariátrico, ou seja, para que a pessoa perca peso de maneira saudável, é necessário que ela tenha acesso a uma série de processos que demandam certo nível de renda, considerando-se que os fatores de vulnerabilidade e os determinantes sociais da saúde implicam diretamente no sucesso ou não da cirurgia bariátrica.

A vulnerabilidade social constitui uma construção social que pode ter suas consequências diminuídas ou minimizadas, conforme afirmam os autores acima referenciados. Assim, em relação a essas vulnerabilidades — fruto das transformações societárias —, seus condicionantes acabam por acentuar diferentes formas de fragilidades e contradições, em especial no caso deste estudo, no que se

refere ao usuário bariátrico. As vulnerabilidades sociais decorrem de contingências humanas, do próprio ciclo de vida, de contingências geradas por deficiências e fatores sociais, de convívio humano desde o núcleo familiar até o societário (SPOSATI, 2009).

Um dos aspectos perversos da vulnerabilidade é, portanto, a escassez de recursos materiais ou simbólicos dos sujeitos obesos que se submetem à cirurgia bariátrica. Quando o usuário bariátrico não consegue acessar os recursos necessários para sua boa recuperação cirúrgica e emagrecimento saudável, diminuem as chances de ele conseguir restabelecer sua saúde e, conseqüentemente, acessar os recursos fundamentais para que tenha plenas condições de vida: trabalho, renda, saúde, lazer, afetividade, entre outros.

Busca-se, com essa discussão, chamar a atenção para a importância dos fatores que possam prejudicar uma boa vinculação ao tratamento das pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica, principalmente no que diz respeito aos fatores de vulnerabilidade, os quais, muitas vezes, podem passar despercebidos e sendo negligenciados, poderão prejudicar os usuários.

Os determinantes sociais da saúde e os fatores de vulnerabilidade são desafios a serem enfrentados pela equipe bariátrica, pelo usuário e Estado, mediante as políticas públicas e podem ser considerados fatores de risco e insucesso no tratamento pós-operatório. Desse modo, se configuram, nesta tese, também como objeto de investigação. Sendo assim, no próximo item discutem-se os determinantes sociais da saúde e a maneira como eles realmente podem ser “determinantes” no pós-operatório da cirurgia bariátrica.

3.3 OS IMPACTOS DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA VIDA DOS USUÁRIOS BARIÁTRICOS DO SUS

Pode-se dizer que o conceito de “determinantes sociais da saúde” emerge a partir de documentos publicados nos anos 1970 e início dos anos 1980, os quais destacavam as limitações das intervenções orientadas pelo risco de doença e davam ênfase à relação positiva dos determinantes que contribuíam para as pessoas estarem saudáveis (NOGUEIRA, 2012).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)⁵², esse é um conceito que se refere aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e de risco da população. Nogueira (2011) afirma que os Determinantes Sociais da Saúde dizem respeito às

condições nas quais as pessoas completam o seu ciclo vital, incluindo aqui o sistema de saúde, além de fatores econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam situações de morbidade e fatores de risco para a população (NOGUEIRA, 2011, p. 55).

A OMS define as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham como determinantes sociais da saúde. Esses determinantes são, portanto, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais: ambiente de trabalho, educação, produção de alimentos, desemprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde, habitação. Relacionadas a esses fatores, somam-se as redes sociais e comunitárias e o estilo de vida dos indivíduos, juntamente com os fatores biológicos e genéticos de cada um. Não se pode negar que as condições econômicas e sociais exercem papel fundamental sobre a saúde da população, exposta a determinadas condições.

Tarlov (1996) resume o conceito como as características sociais dentro das quais a vida transcorre. O que se pode afirmar é que muitos fatores estruturais maiores, “determinantes estruturais mais profundos” (NOGUEIRA 2011, p. 61) impactam o aumento das iniquidades sociais e impactam diretamente a saúde da população.

Por trás dos determinantes imediatos da saúde (educação, habitação, emprego decente, segurança alimentar, proteção social e cuidados universais de saúde) encontram-se os determinantes estruturais mais profundos, incluindo as relações desiguais de poder e o acesso desigual aos recursos e às tomadas de decisão. A ampliação das iniquidades e a discriminação institucionalizada através de eixos de classe, raça, gênero, etnicidade, casta, indigenidade, idade e capacidade/discapacidade contribuem para a impossibilidade de atingir boa saúde (NOGUEIRA, 2011, p.61).

⁵²A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi criada pelo Decreto Presidencial de 13/3/2006 e teve seu Regimento Interno aprovado pela Portaria MS/1358, de 23/06/06. Ela é integrada por dezesseis especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país. Eles foram nomeados pelo Ministro da Saúde, por meio da Portaria nº 532, de 14 de março de 2006. Sua criação e composição expressam o reconhecimento de que a saúde é um bem público, a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira (FIOCRUZ, 2006).

Sendo assim, vivendo-se em um lugar onde direitos básicos são violados, onde há discriminação, seja ela qual for, onde há situações de pobreza em que faltam alimentos, segurança, entre outros, é quase impossível atingir uma boa saúde. Daí a importância de se pensar ações de cunho social, que impactem os fatores que são determinantes sociais da saúde e, conseqüentemente, se reflitam na saúde da população.

Apropriando-se da história, percebe-se que a preocupação do poder público com a saúde da população vem aumentando com o passar do tempo. Um dos marcos históricos nessa via foi a criação da primeira Escola de Saúde Pública, nos Estados Unidos, na Universidade de *John Hopkins*, porém reafirmando o paradigma bacteriológico que vigorava à época (final do século XIX).

Em 1913, a Fundação Rockefeller decidiu treinar o primeiro grupo de profissionais para trabalhar em saúde pública, que somente se efetivou em 1916. Isso depois de intensos debates sobre o assunto e os paradigmas filosóficos, sociais, educacionais que vigoravam à época, com destaque para a discussão entre a medicina de especializações ou a medicina com enfoque biológico e social, ficando vigente o modelo de saúde pública com foco biológico e social. No entanto, essa tensão permaneceu entre esses dois modelos ao longo do século XX (BUSS; FILHO, 2007).

Posterior a isso, já em 1970, a Conferência de Alma Ata⁵³ é considerada um marco na saúde pública e trouxe à tona o tema dos determinantes sociais da saúde. Os cuidados primários de saúde são, assim, entendidos como

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 2-3).

⁵³ Conferência Internacional realizada na cidade de Alma-Ata (1978), na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), atualmente, Cazaquistão. Foi promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Tais cuidados foram estabelecidos, pela primeira vez, como a principal preocupação dos sistemas de saúde dos países-parte participantes. Estabeleceu-se a meta “Saúde para todos no ano 2000” (COHN, 1996; FALEIROS, 2000), responsabilizando o Estado pela condição de saúde de sua população. A partir daí a saúde passou a ser considerada através de múltiplas determinações — tanto sociais quanto econômicas.

Porém, com a ofensiva neoliberal dos anos 1980 e especialmente 1990, foi reconsiderando a saúde como bem privado, dando força para os modelos de atenção médico-individual. Contudo, com as Metas do Milênio, que os determinantes sociais ganham força nos debates e se afirmam com a criação, pela OMS, em 2005, da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde.

No Brasil, foi estabelecida, em 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o intuito de chamar a atenção e dar ênfase a esses determinantes e como eles têm rebatimentos nas condições de vida e saúde da população. Desse modo, os determinantes sociais da saúde referem-se

[...] tanto ao indivíduo como aos indivíduos. Ou seja, o estado de saúde de uma população é determinado pelos mesmos fatores que agem no nível ecológico (população), em vez do nível individual. Assim, a condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais daquela comunidade, as características comportamentais de sua população e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade. O mesmo ocorre para as condições sociais, como níveis de renda e riqueza na população, o nível geral de educação na comunidade e as características de oportunidades de trabalho disponíveis para seus membros (STARFIELD, 2002, p. 23).

Diversos são os modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os diferentes fatores estudados, através desses variados enfoques. Muitos deles destacam as relações e mediações entre diferentes níveis de agentes, conforme descrição na Figura 1:

Figura 1 - Modelo de determinações no processo saúde/doença



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

Na Figura 1 observa-se que os sujeitos são considerados a base, com suas características físicas, psicológicas e genéticas, seus estilos de vida, muitas vezes determinados por diferentes matizes e influenciados pelas redes comunitárias e de apoio. Relacionadas a isso se encontram as condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços, tais como: moradia, saúde e educação.

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; FILHO, 2007, p. 81).

O processo de saúde/doença resulta de um conjunto de determinações, em certos grupos sociais, que se potencializam em diferentes aspectos. Aspectos estes que estão intimamente ligados à classe social. Estar doente ou saudável está condicionado aos fatores de risco aos quais as pessoas estão expostas, ao acesso a determinados bens e serviços, à informação adequada, enfim, às condições de vida muitas vezes determinadas pela classe social.

As populações mais empobrecidas, via de regra, não conseguem acessar os serviços de saneamento básico, atendimento/tratamento à saúde, alimentação adequada, educação, cultura e lazer, condições de trabalho legais e adequadas, condições de moradia dignas, entre outros aspectos. Todos esses fatores são

determinantes sociais que têm relação direta com as condições de saúde da população, por isso se diz que o empobrecimento de determinado grupo social tem relação direta com os determinantes da saúde desse grupo.

O empobrecimento da população, geralmente é consequência direta ou indireta do modelo neoliberal, disseminado de maneira quase hegemônica em todo o mundo a partir dos anos 1990. Esse modelo, somado ao Sistema de Produção Capitalista vigente, trouxe consequências perversas para muitas pessoas e fez aumentar as iniquidades⁵⁴ em saúde e diminuir a justiça social. A ofensiva do capital ultrapassa a instância da produção propriamente dita, pois produz impactos em todas as dimensões da vida humana, chegando à esfera da reprodução social (ALVES, 2011).

O discurso neoliberal atribuiu um título de modernidade ao que há de mais conservador na sociedade brasileira: fazer do interesse privado a medida de todas as coisas. Com a hegemonia do neoliberalismo, os direitos sociais regredem em favor da economia política do capital (IAMAMOTO, 2008). E essa gama de direitos que regride também é considerada parte dos determinantes sociais da saúde, pois afetam diretamente os trabalhadores, as condições de trabalho, a subjetividade das pessoas, o que pode implicar adoecimento.

Dessa forma, o modelo de desenvolvimento econômico da sociedade atual infere, em uma dimensão pessoal e particular, reflexos e condicionantes de um modelo estrutural, que, de uma ou outra forma, opera nos processos de reprodução social, ditados pelo trabalho, consumo, entre outros. E esses determinantes sociais que se desenvolvem a partir das transformações do mundo contemporâneo podem levar a um estado de saúde mais frágil, por exemplo: má nutrição, baixo aprendizado escolar, trabalho infantil, trabalho exposto a situações de risco, entre outros.

Tais condicionantes, entre outros, que caracterizam o perfil sanitário da população, devem ser considerados na hora de formular políticas públicas, tanto de prevenção quanto de promoção da saúde, e também cura e tratamento. O termo promoção em saúde tem sido cada vez mais utilizado quando se fala em saúde. A

⁵⁴Entende-se por iniquidades em saúde fatores como: mortalidade infantil, desigualdades na distribuição de renda, desgaste do capital social, pobreza, vulnerabilidade diante do imprevisto, ou seja, situações que interferem e influenciam nas condições de saúde da população.

Carta de Ottawa⁵⁵ assim define esse conceito: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 01).

O cuidado público com a saúde nasceu a partir do século XVII, quando da formação dos estados nacionais, no momento em que a população passou a ser vista como um bem do Estado. Naquele momento, o cuidado público se desenvolveu como política protetiva contra riscos sociais e ambientais (CARVALHO; BUSS, 2008).

Essas políticas protetivas visavam promover cuidados para com a população, pois os sujeitos em situação de vulnerabilidade estão expostos a situações diferentes daqueles que se encontram acobertados por melhores condições de renda, trabalho, alimentação, entre outros.

Essa concepção parte, assim, do reconhecimento de que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 151).

Dessa forma, percebe-se que as condições de vida, trabalho, renda, educação são determinantes na saúde da população. Remetem às condições de acesso das pessoas, a uma alimentação adequada, fator determinante para uma vida saudável. A alimentação adequada é entendida como um direito humano básico. Valente (2002) ressalta que a promoção desse direito humano começa no enfrentamento da fome, mas não termina nele.

A violação do direito humano à alimentação adequada coloca em risco o direito à vida, portanto se faz necessário, para garantir este direito, o acesso diário, de forma sustentável, aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades nutricionais das pessoas e garantir a manutenção da saúde (SCHERER, 2012).

Abarcando o direito humano, a alimentação adequada remete-se às pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, salientando-se a atenção a esse direito, que é

⁵⁵A Carta de Ottawa é um documento que versa sobre intenções em políticas de saúde mais equânimes para todos os países. Tem este nome, pois foi redigida na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986.

básico e fundamental, para que essas pessoas consigam emagrecer e restabelecer sua saúde e suas plenas condições de trabalho e de vida.

A saúde é entendida não só como ausência de doença, mas pressupõe, além do bem-estar físico e mental dos sujeitos, condições de vida que proporcionem uma prevenção e um cuidado totalitário com o sujeito. Em seu conceito mais amplo,

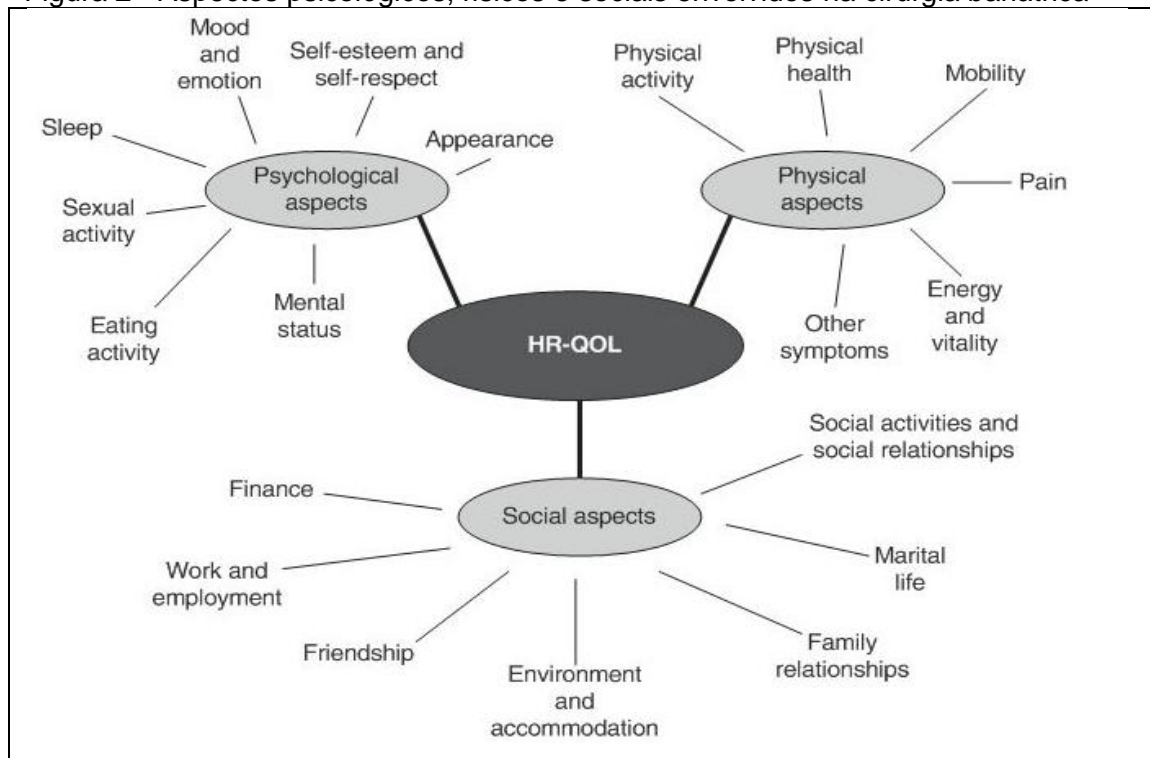
a saúde tem como fatores determinantes, e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (CAMPOS, 1998, p.32).

A partir do conceito ampliado de saúde percebe-se que, para que a pessoa submetida à cirurgia bariátrica possa ter uma boa recuperação, vinculação ao tratamento e conseqüente emagrecimento saudável, é necessário analisar atentamente os fatores de vulnerabilidade a que estão expostas essas pessoas, e que, às vezes, podem ser fatores determinantes para sua vinculação ao tratamento.

Mundialmente falando, a evolução conceitual e prática do movimento de promoção da saúde enfatiza a atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde e torna-se base importante para a implantação das políticas e intervenções (BUSS; FILHO, 2007), da mesma forma que os fatores de vulnerabilidade em saúde. Sendo assim, em se tratando da cirurgia bariátrica é necessário analisar de forma ampla e pormenorizada os seus impactos na vida dos sujeitos submetidos a este procedimento.

Com esse propósito, um estudo publicado no Jornal *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, analisou os instrumentos de medição do impacto da cirurgia bariátrica. Uma das conclusões desse estudo foi a necessidade de elaborar um instrumento que avaliasse o impacto da obesidade e da cirurgia bariátrica. Segundo esse estudo, seria adequado um instrumento que considerasse os seguintes aspectos: psicológicos, físicos e sociais, conforme o esquema a seguir, representado na Figura 2:

Figura 2 - Aspectos psicológicos, físicos e sociais envolvidos na cirurgia bariátrica



FONTE: TAYYEM; ALI; ATKINSON; MARTIN (2011).

O esquema da Figura 2 mostra a complexidade da cirurgia bariátrica. Pode-se observar na Figura 2 a gama de situações, sentimentos, hábitos, entre outros aspectos diretamente envolvidos com tal cirurgia. Todos esses aspectos têm fundamental implicação na maneira com que o usuário adere ao tratamento e suas condições para isso, sendo também fundamentais para o resultado da cirurgia bariátrica.

É evidente, portanto, a importância do entendimento e do reconhecimento dos fatores de vulnerabilidade a que estão expostos os usuários bariátricos e dos Determinantes Sociais de Saúde, tanto no pré quanto no pós-operatório. Isso porque entender esses fatores poderá levar a intervenções profissionais adequadas para cada usuário, viabilizando direitos sociais e, especialmente, fazendo com que o aparato do Estado efetive o direito à saúde. Efetuar esse direito é o objetivo máximo do usuário que busca a cirurgia bariátrica como tratamento. Porém, acessar esse direito tornou-se um desafio na cena contemporânea para os usuários bariátricos atendidos pelo SUS. Assim, no próximo capítulo evidencia-se a importância das políticas públicas nessa discussão, enquanto meio de efetivação dos direitos dos usuários.

4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE PARA O ATENDIMENTO AO USUÁRIO BARIÁTRICO

Pode-se afirmar que os grandes marcos regulatórios da saúde pública brasileira são a Constituição Federal de 1988 e o Projeto da Reforma Sanitária, e ambos são responsáveis pela constituição da área saúde, tal qual existe hoje com o SUS. Com o intuito de compreender melhor o processo que envolve a saúde pública brasileira, que culmina no atendimento e no entendimento de saúde que se tem hoje, é essencial conhecer o processo histórico e como eram atendidas as necessidades da população em termos de saúde. Antes, porém, julga-se necessário apresentar um resgate e um debate sobre a configuração das políticas sociais públicas, de modo geral, no Brasil.

Assim, o que se pretende neste capítulo é apresentar um sucinto resgate histórico sobre políticas sociais, especialmente as de saúde pública e assistência social, no Brasil, com ênfase na saúde, por ser um dos grandes temas desta tese. Não se tem a intenção de mensurar os pormenores, tampouco evidenciar todos os aspectos e nuances dessa história, mas apresentar um resgate breve dos principais fatos que contribuíram para que o setor saúde tivesse o desenho que tem hoje.

Posteriormente, apresenta-se um debate sucinto sobre a Política de Assistência Social, com ênfase nas peculiaridades que remetem ao atendimento da obesidade, enfatizando o ponto em que essa política se relaciona com o atendimento bariátrico, culminando na discussão da intersectorialidade. Também não se tem a intenção de apresentar todas as nuances, contradições e história sobre o conceito de intersectorialidade, mas discutir e enfatizar sua importância para o atendimento da obesidade hoje.

4.1 CONTEXTUALIZANDO POLÍTICAS SOCIAIS PÚBLICAS NO BRASIL

Antes de iniciar o resgate histórico sobre políticas sociais no Brasil, entende-se que é importante trazer uma sucinta problematização sobre os conceitos de política social e política pública. Pereira (2008) salienta que há uma imprecisão conceitual da *Política Social*, não há um consenso científico nas Ciências Sociais sobre a definição do termo política social, dada a “gama de diferentes significados atribuídos para o vocábulo *política* na língua portuguesa” (PEREIRA 2008). Aqui,

interessa enfatizar que “mediante a política social é que direitos sociais se concretizam e necessidades humanas (leia-se sociais) são atendidas na perspectiva da cidadania ampliada” (PEREIRA, 2008, p.165). Embora, nas palavras da autora, “não possa ser compreendida como um processo linear, de conotação exclusivamente positiva ou negativa, ou a serviço exclusivo desta ou daquela classe,” as políticas sociais atendem hoje a interesses contraditórios e essa mesma contradição possibilita que trabalhadores e os mais pobres possam utilizá-la a seu favor (PEREIRA, 2008, p. 166).

Cabe ressaltar que a imprecisão de conceitos também ocorre quando se menciona *política pública*. Existe diferença entre política pública e política social? Para responder a indagação, transcreve-se o que diz Pereira (2008):

Ao contemplar todas as forças e agentes sociais, comprometendo o Estado, a política social se afigura uma política pública, isto é, um tipo dentre outros, de política pública. Ambas as designações (política social e política pública) são *policies* (políticas de ação), integrantes do ramo de conhecimento denominado *policy science*, só que a política social é uma espécie do gênero política pública (*public policy*). Fazem parte deste gênero recente na pauta dos estudos políticos, todas as políticas (entre as quais a econômica) que requerem a participação ativa do Estado, sob o controle da sociedade, no planejamento e execução de procedimentos e metas voltados para a satisfação das necessidades sociais. Logo, pelo fato de a política social ser uma política pública, faz-se necessário definir o termo público que a qualifica (PEREIRA, 2008, p. 173).

Em relação ao termo público, Pereira (2008) afirma que tal termo associado à política não se refere exclusivamente ao que é do Estado, mas sim à “coisa pública”, aquilo que é comum a todos, sendo de todos e para todos, que compromete todos. Dessa forma, mesmo uma política pública sendo regida e promovida pelo Estado, ela também abarca demandas, decisões privadas, devendo ser controlada pelos cidadãos (controle democrático). “Política Pública expressa, assim, a conversão de demandas e decisões privadas e estatais em decisões e ações públicas que afetam e comprometem a todos” (PEREIRA, 2008, p. 174).

Feito esse esclarecimento em relação aos termos, ressalta-se que a gênese da política social ocorre no final do século XIX, e a sua generalização, no pós-guerra mundial, com o papel do Estado em proteger o cidadão ao mesmo tempo em que o liberalismo vinha tomando espaço mundial (BEHRING, 2006). Essa autora afirma, ainda, que isso se deve ao fato de que, à época, o crescimento operário e as suas reivindicações sociais tomavam espaço mundial a partir do movimento socialista na

Rússia (1917), e o modelo adotado pelas empresas era o fordismo⁵⁶. Ambos davam condições e ideais aos trabalhadores. Um, à medida que fomentava ideias socialistas, pautadas nos direitos dos trabalhadores; o outro (fordismo) porque acontecia nas grandes fábricas onde era organizado o trabalho e facilitava o encontro de massas trabalhadoras. O outro motivo foi a monopolização do capital, que mostrou que nenhum capitalista atuaria com sentimentos morais, rompendo assim com a utopia liberal (BEHRING, 2006).

Com isso, o keynesianismo⁵⁷ passou a ganhar força e o Estado se assumiu responsável pela implementação e gestão de políticas sociais, as quais emergiram no início do capitalismo monopolista⁵⁸, pois este mesmo capitalismo fez surgir a questão social e passou a ser foco de intervenção do Estado, por meio das políticas sociais. Tal intervenção ocorreu de forma fragmentada, pois criou setores de demandas dentro das mesmas expressões da questão social – que se originam por um mesmo motivo – para a manutenção do próprio capitalismo. “Não poderia ser de outra forma: caso o Estado deixasse de enfrentar a questão social de forma fragmentada, se remeteria concretamente à relação capital e trabalho, o que colocaria em xeque a ordem burguesa” (MATOS, 2009, p. 41).

Mesmo que as políticas sociais sejam fruto de lutas proletárias, há de se lembrar do caráter contraditório dessas políticas, pois o Estado as mantém porque elas ajudam-no a preservar o projeto político em vigor que está aliado aos

⁵⁶“O Modelo Fordista diz respeito a uma linha rígida de produção que articulava os diferentes trabalhos, tecendo vínculos entre ações individuais das quais a esteira fazia as interligações, dando ritmo e tempo necessários para a realização das tarefas (...) separação nítida entre elaboração e execução. (...) A atividade do trabalho reduzia-se a uma ação mecânica e repetitiva” (ANTUNES, 2009, p. 37).

⁵⁷Keynesianismo: Para Keynes, o Estado tem legitimidade para intervir, por meio de um conjunto de medidas econômicas e sociais, tendo em vista gerar demanda efetiva, ou seja, disponibilizar meios de pagamento e dar garantias ao investimento, inclusive contraindo déficit público, visando controlar as flutuações da economia. Segundo Keynes, cabe ao Estado o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem nos períodos de depressão como estímulo à economia. A lógica keynesiana do *Estado de Bem-estar social*, ou *Welfare State*, objetivava salvar o capital da crise expressa em 1929. Neste momento, a organização dos trabalhadores exigia dos capitalistas melhores condições de vida e de trabalho, mediante articulações políticas que contribuíram para revitalizar a dinâmica do sistema em geral, transformando a aparente conquista dos trabalhadores diante do capital em estratégia de fortalecimento, expansão e domínio do sistema capitalista (MÉSZÁROS, 2011).

⁵⁸O Capitalismo dos Monopólios é a fase que sucede a fase do capitalismo concorrencial. “Mais exatamente, no capitalismo monopolista, as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as suas funções econômicas” (NETTO, 1992, p. 25). Nesta fase, ocorre uma maior concentração e centralização do capital, fazendo aumentar a exploração dos trabalhadores, a desigualdade e exclusão social, agudizando as contradições inerentes ao Sistema Capitalista e com isso agravando a questão social (NETTO, 1992).

interesses da classe dominante. Ao se refletir sobre o processo histórico da proteção social e, por sua vez, das políticas sociais, é praticamente impossível não se pensar sobre a contradição inerente a esse processo, de “[...] movimento da sociedade burguesa, em geral, e também nas manifestações particulares nos Estados nacionais” (BEHRING, 2009, p. 03-04).

A proteção social no Brasil, em praticamente todo o século XX, foi alicerçada em uma “cidadania regulada” (SANTOS, 1979), pois nesse período, no caso da saúde, somente os trabalhadores do mercado formal (que contribuía para a previdência) é que estavam cobertos por um tipo de seguro social. Tal seguro, vinculado ao registro formal de trabalho, autorizava o trabalhador a receber qualquer tipo de atendimento de saúde e afastar-se do trabalho por motivo de doença. Aqueles que não tinham registro formal de trabalho e, portanto, não contribuía para a Previdência, não tinham direito a receber atendimento público de saúde. Restava aos que não podiam pagar por atendimento particular contar com a benesse e a ajuda de terceiros e dos atendimentos em hospitais como as Santas Casas de Misericórdia, as quais atendiam as pessoas que não tinham direito à saúde assegurada pelo vínculo do trabalho formal (MATOS, 2013). Esse modelo vigorou até a década de 1980.

Durante o período de governo militar no Brasil (1964-1985), calaram-se muitas das lutas e reivindicações por transformações sociais, incluindo o campo dos direitos sociais, civis, políticos, entre outros, e das políticas sociais. A forte repressão contra os movimentos sociais e contra qualquer cidadão que questionasse a forma de governo e suas atrocidades e violência, fez com que o capitalismo se expandisse no país de forma avultante. Porém, na década de 1970, surgiu uma nova configuração mundial, em termos econômicos, que se refletia no social: a crise mundial do capitalismo. Matos (2013) ressalta que, concomitante a essa crise, o keynesianismo entrou em colapso e o modelo de gestão e organização do trabalho que vigorava, à época (taylorismo-fordismo), cedeu lugar a um novo modelo, o de acumulação flexível, ou toyotismo, criado pelo engenheiro japonês Taiichi Ohno e colocado em prática na fábrica da Toyota, na década de 1950, mas foi na década de 1970 que se difundiu mundialmente.

No Brasil, esse período e as décadas seguintes (1980; 1990) foram marcadas pelo acirramento da dívida externa, aumento nos índices de desemprego, inflação alta, entre outros aspectos que acabaram por interferir na situação de saúde,

educação, assistência do povo, especialmente das camadas mais vulneráveis. Porém, pela situação econômica (recessão) e política em que se encontrava o Brasil, se conheceu a denominada crise financeira da Previdência Social que representou retrocessos nos investimentos em saúde, educação, entre outras áreas no país.

Nesse período, o Estado passou a intervir mais fortemente em ações para proteger/socorrer o mercado. Conforme Netto (1995), o Estado nunca antes havia sido tão máximo para o capital e tão mínimo para o social. Sendo assim, percebe-se que a política social primava pelas necessidades sociais, enquanto a política econômica fomentava a acumulação e a rentabilidade dos negócios na esfera do mercado (SILVA, 2004).

A partir do exposto, percebe-se necessário compreender a política social no Brasil, as contradições inerentes a sua gênese e história, e ter em mente que ela foi forjada, em sua origem, por determinações econômicas, sociais, culturais e políticas, em um processo permeado por disputas e interesses ideológicos. Dessa forma, segundo Behring, as políticas sociais são

[...] processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classe que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, nos seus grandes ciclos de expansão e estagnação [...]. (BEHRING, 2009, p.304).

A década de 1980 foi a década da redemocratização do país, portanto, de avanços políticos e sociais, mobilização das classes subalternas⁵⁹, afirmação de direitos sociais e deveres do Estado (PEREIRA 2000), mas também foi uma década que sofreu os reflexos de uma crise mundial, esgotamento dos padrões de produção fordista/taylorista, ascensão do neoliberalismo, agravamento da dívida externa, entre outras situações que contribuíram para encaminhar o país ao desmonte dos direitos até então conquistados. Sendo assim, “a partir de 1985 e até 1988, as importantes modificações introduzidas nas políticas sociais brasileiras foram determinadas por todo um complexo quadro de transformações políticas, sociais e econômicas” (SOARES, 2002, p. 210).

⁵⁹ “Numa palavra, as classes ditas ‘subalternas’ de fato o são e carregam os estigmas da suspeita, da culpa e da discriminação permanentes. [...] impera uma ideologia [no Brasil] segundo a qual a miséria é a causa da violência, as classes ditas ‘desfavorecidas’ sendo consideradas potencialmente violentas e criminosas” (CHAUÍ, 1996, p. 57).

No Brasil, o Estado Democrático de Direito é regido, na atualidade, pela Carta Constitucional de 1988 e, a partir dela, as políticas sociais brasileiras visam cumprir os preceitos da República por meio da garantia dos direitos sociais. Contudo, a questão das desigualdades não está na ausência desses direitos, mas na sua efetivação. Associa-se a esse fato o aparato de reformas (orientadas por posturas contrárias às propostas na Constituição Federal de 1988) implementadas no Brasil, pós Constituição de 1988. E na contramão disso o país estava cada vez mais engajado em cumprir as diretrizes do “Consenso de Washington”⁶⁰, e caminhava para governos neoliberais com todo o delineamento que este modelo trazia consigo, cujas consequências continuam sendo sentidas pela população mais vulnerável.

Com isso, o sistema de proteção social, desenhado na Constituição de 1988, se tornou presa fácil para o desmonte daquilo que havia sido conquistado por meio de resistências e pressão social. Contudo, a referida Constituição representou enormes conquistas para a classe trabalhadora e é considerada marco legal para importantes avanços no sistema de proteção social do Brasil e uma conquista de todo o povo brasileiro, que lutou pelas reformas e mudanças sedimentadas pela Constituição de 1988. Após a Constituição de 1988

o desenho das políticas sociais apontava em direção à modificação do modelo de proteção social brasileiro, tais como: as tendências à universalização, ao redistributivismo, à inovação na estrutura administrativa – como a descentralização política, a participação social – e a responsabilização pública, via fundos públicos, pela proteção social. Assim a Constituição ampliou e consolidou direitos [...] (TEIXEIRA, 2007, p. 56).

Passados os anos 1980 e com a chegada dos anos 1990 instaurou-se um cenário de reformas no Brasil, ainda antes de muitos dos direitos conquistados em 1988 serem efetivados. Tais reformas referem-se aos ajustes estruturais impostos pelos mecanismos internacionais (FMI, Banco Mundial), anteriormente citados, que estavam na contramão dos preceitos constitucionais. Apesar disso, várias conquistas e avanços não puderam ser desmantelados e hoje representam as bases

⁶⁰O Consenso de Washington diz respeito às políticas internacionais e traz consigo uma série de regras e condicionalidades para que se consiga obter o respaldo político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais. Além disso, propõe políticas macroeconômicas de estabilização e reformas estruturais liberalizantes. Foi um plano elaborado por instituições financeiras como o FMI e o Banco Mundial, com a forte participação dos Estados Unidos, para ser cumprido pelos países da América Latina, incluindo o Brasil. Elaborado em 1989, tem este nome porque fora elaborado na capital americana, Washington, durante um encontro das referidas instituições financeiras e outros mecanismos internacionais de cunho neoliberal (IAMAMOTO, 2008).

de muitos direitos e propiciam intervenções profissionais, entre as quais a Lei Orgânica da Assistência Social, que, na prática, é o que alicerça o sustento de muitas famílias brasileiras.

Nesse sentido, atualmente o modelo neoliberal impacta a proteção social no Brasil, distribuindo responsabilidades que são do Estado para com a sociedade civil, que passa a se considerar também como responsável pelo atendimento das expressões da questão social (NETTO, 1995). Isso acontece por meio da caridade, da filantropia, do voluntariado, ampliando espaços de ação da iniciativa privada que acaba por desempenhar funções do Estado, por meio de contratos precários e terceirizações, influenciando a maneira com que os serviços são prestados à população usuária e impactando a vida dessa população. Um exemplo disso é o caso da Assistência Social, cujas ações vêm sendo, muitas vezes, desempenhadas por entidades filantrópicas, religiosas, ou por ONGs, entre outras, que contam com trabalho voluntário, comunitário, familiar, tornando inexecutável o que preconiza a Constituição (direitos da população e deveres do Estado).

Diante deste quadro, compreende-se e se torna necessário, com amparo em Pereira (2012), refletir sobre o caráter contraditório e focalizador das atuais políticas sociais. A focalização na pobreza e das políticas sociais decorre de sua gênese e por ambas – pobreza e políticas sociais — estarem amparadas pelo contexto capitalista em que se insere o Estado brasileiro, pautado pela ideologia neoliberal, em que retira do Estado a responsabilidade de prover os direitos sociais, sendo subjugado aos ditames do capital.

A opção pelos pobres tornou as políticas sociais menos onerosas para o orçamento da União, constrangido pelo pagamento dos serviços da dívida pública (por exemplo, investir na bolsa família é muito mais barato que investir, por exemplo, na ampliação de uma educação e saúde pública de qualidade) (ALVES, 2014, p. 144).

Daí decorre a explicação do porquê de direcionar as políticas sociais para os mais pobres, focalizando a intervenção do Estado na pobreza, que “é uma categoria multidimensional, e, portanto, não se expressa apenas pela carência de bens materiais, mas é categoria política que se traduz pela carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades e de esperanças” (YAZBEK, 2010, p. 153). A focalização das políticas sociais é, portanto, de interesse do grande

capital e uma forma de o Estado “gerenciar” a pobreza, a fim de que ela não prejudique o sistema de produção capitalista tal qual desenhado atualmente.

Essa leitura acerca das políticas sociais é orientada pelo método dialético-crítico, que permite enxergar a realidade sem visões unilaterais, deslocadas de um tempo histórico, ou ainda fetichizada ou ingênua. As políticas sociais, conforme configuradas na atualidade, são fruto

[...] de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, nos seus grandes ciclos de expansão e estagnação (BEHRING, 2009, p. 03-04).

Sendo assim, no próximo subcapítulo aborda-se como ocorrem os rebatimentos do que foi trabalhado neste item, apresentando-se um breve relato histórico da política de saúde no Brasil, cujas particularidades, junto com todo contexto político e histórico do país, ajudaram a desenhar essa política como está configurada.

4.2 POLÍTICA DE SAÚDE E SUS: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A GARANTIA DE UM DIREITO UNIVERSAL

Os primeiros registros de preocupação com cuidados em saúde ocorreu com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, no século XVI. À época, não existia nada estruturado em termos de atendimento à saúde, e posterior a este fato o que existia era o atendimento em saúde realizado por benzedeiros, curandeiros e, em seguida, pelos boticários.

Com o passar do tempo, já por volta de 1890, com a industrialização e o crescimento das cidades, a aglomeração de pessoas nos cortiços das grandes cidades, com condições precárias de higiene, má alimentação, sem nenhum tipo de saneamento básico, entre outros aspectos, criaram as condições perfeitas para o alastramento de vários vírus e bactérias. Muitas doenças viraram epidemias e o governo passou a perceber que precisava intervir nessa situação. Até então a saúde era baseada em práticas filantrópicas e na prática liberal (BRAVO, 2009). O então Presidente da República, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. Oswaldo Cruz implementou várias ações de desinfecção sanitária e de vacinação obrigatória.

Posterior a isso, em 1920, foram criados órgãos para combater doenças — tuberculose, lepra, entre outras. No início do século XX foram criadas as Caixas Beneficentes, fundos coletivos, nas quais os trabalhadores colocavam um valor mensal que poderia ser usado como uma espécie de seguro quando necessário, dentro de suas regras. No ano de 1923, o Congresso Nacional aprovou a Lei Elói Chaves e, por meio desta, as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPS, sendo esse o primeiro sistema previdenciário brasileiro. Na década seguinte, o que se via era um processo de industrialização e urbanização crescente e as indústrias precisavam de trabalhadores saudáveis, pois produziram mais e melhor se eles estivessem em boas condições de saúde. Sendo assim, foram criados programas e serviços de assistência médica, formatados por meio de práticas clientelistas, típicas do Regime Vargas (BRAVO, 2009). Em resumo, pode-se dizer que o marco histórico da política de saúde está na instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões, na década de 1920, que depois seriam transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, na década de 1930.

Em 1934 a Constituição Federal garantiu assistência médica, jornada de trabalho de oito horas, entre outros benefícios para os trabalhadores formais. Aos poucos, outros benefícios foram sendo incorporados nesse segmento, especialmente com a instauração da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, em 1943.

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, e, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERU, com a finalidade de promover a educação sanitária da população rural. Mais tarde, em 1966, foi criado o departamento que iria gerir a política de saúde e previdência social brasileira, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Bravo (2009) destaca que o atendimento hospitalar privado com fins lucrativos estava já estruturado depois dos anos 1950. Nesse período, a corporação médica defendia a privatização do setor saúde, porém, até 1964, a saúde era fornecida basicamente pelos Institutos. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, que visava controlar pagamentos e corrigir processos corruptos dentro da gestão em saúde. Em seguida, o INPS foi transformado no Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, gerindo a previdência e a saúde. Esse foi o período da Ditadura Militar (Golpe Militar de 1964), marcado por grandes problemas estruturais que não foram resolvidos, sobre o qual assim se manifesta Bravo:

Em face da “questão social” no período de 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2009, p.93).

Depois disso, por volta de 1966, a saúde pública sofreu um declínio e a medicina previdenciária cresceu; de 1974 a 1979, a política social objetivou efetivar o enfrentamento da questão social, canalizando as reivindicações e pressões populares (BRAVO, 2009). Embora tendo essa preocupação, a política nacional de saúde sempre passou por muitas tensões e interesses contraditórios e diversos. Tal política esteve em meio a disputas entre “a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário” (BRAVO, 2009, p. 94-95). Cabe salientar ainda, conforme Bravo (2009), que embora passando por reformas e reestruturações, a política de saúde, à época, continuava vinculada à participação da Previdência Social, por meio de ações curativas, sob o mando do setor privado.

A década de 1980 foi permeada por mudanças no cenário político brasileiro. Foi a década em que ocorreu o processo de redemocratização do país, que sentiu, concomitantemente, uma vasta crise econômica (BRAVO, 2009). Também foi nessa década que novos atores sociais protagonizaram um amplo debate em relação à saúde no país, nele incluindo a sociedade civil, que até então havia tido sua voz calada e a participação anulada pela ditadura militar. Naquele momento a saúde passou a “não ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2009, p. 95), destacando-se a participação dos profissionais de saúde, os partidos políticos, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, movimentos sociais urbanos, entre outros.

A partir dos debates e lutas desse período foi realizada, em março de 1986, em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, depois de terem sido realizadas pré-conferências que mobilizaram quase todos os estados brasileiros e seguindo um roteiro temático preestabelecido. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco fundamental na questão da Saúde no Brasil, discutia essencialmente as

temáticas: saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.

Tal Conferência trouxe à tona discussões que envolveram a população em geral, contando com cerca de quatro mil e quinhentas pessoas e “a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2009, p. 96).

O Movimento pela Reforma Sanitária iniciou na década de 1970, buscando mudanças, respostas para a política de saúde, nos moldes com que vinha se conformando à época, apontando para a superação do capitalismo, aglutinando diferentes profissões e, ao mesmo tempo, formulando uma política de Estado. Esse movimento primava pela defesa dos direitos inalienáveis do homem, defendia um Estado laico e democrático, defesa do público, dentre outros (MATOS, 2013). Nas palavras de Sergio Arouca sobre a Reforma Sanitária, destaca-se:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, p. 01).

Sergio Arouca participou das conquistas relacionadas à 8ª Conferência Nacional de Saúde e o movimento da Reforma Sanitária que culminaram no SUS. Entre as conquistas do movimento pela Reforma Sanitária destaca-se: universalização na saúde (saúde como direito de todo o cidadão e dever do Estado); formalização dos Conselhos de Saúde, com participação de 50% dos usuários; formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da Constituinte na Lei Orgânica 8080 (SUS), entre outras.

A Constituição Federal de 1988 — marco importante para os setores sociais — “inaugurou um novo sistema de proteção social, pautado na concepção de Seguridade Social, que universaliza os direitos sociais, concebendo a Saúde, a Assistência Social e a Previdência como questão pública e de responsabilidade do Estado” (BRAVO, 2009, p. 88). Em 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde –

SUS, por meio da Lei n. 8080, organizando o atendimento à saúde de forma regional, com ações do Ministério da Saúde, dos serviços Estaduais e Municipais. O SUS congrega os princípios levantados pela Reforma Sanitária, e se constitui nos princípios de Descentralização, da Integralidade, da Assistência e da Participação da comunidade. O SUS é financiado com recursos providos de impostos e tributos.

O SUS, atualmente, constitui-se pela “[...] conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2011, p. 2). Nessa configuração, o SUS organiza-se em três níveis de atenção: básica ou primária; secundária ou de média complexidade; e terciária ou de alta complexidade. Por atenção básica ou primária entende-se o “conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2009b). Por atenção secundária ou de média complexidade são entendidas as “ações e serviços de atenção aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL, 2009b). E, por sua vez, a atenção terciária ou de alta complexidade corresponde ao “conjunto de procedimentos que implicam alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2009b).

O SUS tem como orientação os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, juntamente com os princípios organizativos ou estratégicos: regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular. Tais princípios têm a função de orientar a organização nos serviços de saúde em todo o Brasil e, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), são assim definidos:

- Universalidade: acesso às ações e serviços de saúde universalmente, independente de quaisquer características pessoal ou social, com serviços de saúde acessíveis a toda a população.

- Equidade: “implica a igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos” (BRASIL, 2009), o que deve culminar em um princípio que possa contribuir para a diminuição das desigualdades sociais.

- Integralidade: “pressupõe a superação da atenção focalizada num recorte de ações, doenças ou especialidades, abrangendo o ser social em sua inserção familiar e comunitária” (BRASIL, 2009). Visa reconhecer os sujeitos em sua totalidade, com ações de saúde que sejam integradas e intersetoriais.

- Regionalização e hierarquização: organização dos serviços de saúde em níveis de atenção ou complexidade, dentro de determinado território. Esses são pensados de acordo com critérios epidemiológicos, com estudos sobre a população usuária, com adoção de fluxos de encaminhamentos de informações à atenção básica ou outras necessárias, em suas rotinas (referência e contrarreferência).

- Descentralização e comando único: as diferentes esferas de governo são autônomas e soberanas em suas deliberações, porém precisam respeitar os princípios gerais e a participação da população. Sendo assim, se refere à responsabilidade descentralizada até o nível municipal, conferindo-lhe condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras.

- Participação popular: refere-se ao controle social, que, a partir da Constituição Federal de 1988, significa a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (BRAVO, 2009). É o controle da população, visando construir coletivamente estratégias de resistência às desigualdades sociais.

O SUS, apesar de todas suas fragilidades, desafios de implementação, atendimentos muitas vezes precários, é considerado um dos sistemas de saúde mais avançados. Ressalta-se que, para que se tenha a qualidade desejada no atendimento ao cidadão, depende da maneira com que as políticas públicas são geridas e administradas e de políticas econômicas voltadas aos interesses da população, contrário ao modelo econômico que se presencia na atualidade.

No final da década de 1980, a ineficácia do setor público, as tensões entre os profissionais da saúde, a redução do apoio popular que não via resultados concretos em relação à saúde, a reorganização dos setores conservadores contrários à Reforma são fatores que se destacam como elementos de tensão e entraves para a plena efetivação do SUS e da Reforma Sanitária.

Nos anos 1990, conforme já mencionado no capítulo anterior, houve o redirecionamento do papel do Estado, ditado pela Política de Ajuste Neoliberal. Nesse período, o grande capital avançou sobre os direitos Constitucionais, e pode-se mencionar como exemplo a Reforma Previdenciária, que teve como objetivo

desmontar o que propôs a Constituição de 1988 em relação à Seguridade Social, nas palavras de Bravo “seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro” (BRAVO, 2009, p. 100).

Conforme os preceitos neoliberais, o Estado não deve se responsabilizar pelo desenvolvimento econômico e social, transferindo para o setor privado (mercado) as ações que antes eram de sua responsabilidade. Essa e outras ações, que fazem parte dos ideais neoliberais, vêm reduzindo direitos sociais e trabalhistas dos brasileiros, além de serem responsáveis pelo desemprego estrutural, sucateamento de mecanismos de saúde e educação públicos, que representam retrocessos para o país e irradiam seus impactos para diferentes áreas, culminando no sofrimento e na insegurança da população.

Atualmente, a Política de Saúde está cada vez mais vinculada ao mercado, dando ênfase às parcerias com a sociedade civil, que acaba por se tornar responsável pelos custos da crise. Soma-se a isso a refilantropização que utiliza agentes comunitários e outros, que não profissionais, para realizar atividades profissionais com o intuito de reduzir custos (BRAVO, 2009).

Matos (2013) e Bravo (2009) destacam que hoje dois projetos coexistem e tensionam-se entre si: o projeto da Reforma Sanitária inscrito na Constituição de 1988 e o projeto de saúde vinculado ao mercado (privatista). Este segundo propõe garantir o mínimo para quem não pode pagar pela saúde, que acabou por se tornar uma mercadoria, podendo ser comprada e vendida por aqueles que têm acesso ao mercado, com condições financeiras para isso. O que se vê, hoje, e são características desse modelo são: descentralização dos serviços ao nível local, estímulo ao seguro privado, focalização das ações para atender somente os mais vulneráveis, ampliação das privatizações (COSTA, 1997).

Dessa forma, percebe-se que os grandes desafios do SUS que precisam ser enfrentados estão sendo deixados de lado, e a distância entre o que foi preconizado pela Reforma Sanitária e a Constituição de 1988 só aumenta. O que deveria ser um sistema universal está cada vez mais centrado nos mais vulneráveis e ainda assim não os atende de maneira digna. O grande desafio está em adensar o debate sobre a saúde no Brasil, buscando participação da sociedade como um todo, em defesa de um projeto tal qual pensado na Reforma Sanitária e na Constituição de 1988, buscando ainda superá-los naquilo que necessitar.

Contudo, cabe salientar que o debate sobre as políticas públicas, especialmente no que se refere aos determinantes sociais, com rebatimentos no tratamento do usuário bariátrico, tema desta tese, destaca que outras políticas são importantes para o atendimento da obesidade no que se refere à cirurgia bariátrica. Dessa forma, no item que segue, são expostas algumas reflexões sintéticas sobre a Política Nacional de Assistência Social, enfatizando a temática desta tese.

4.3 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E OS USUÁRIOS BARIÁTRICOS: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO

Denso é o debate atual sobre a Política Nacional de Assistência Social, porém destaca-se que o intuito aqui não é discorrer sobre o histórico dessa política, todas as suas contradições, limites, potencialidades e desafios. O objetivo deste item é destacar o que diz respeito (ou poderia dizer), ao que deveria ser realizado por tal política em relação à obesidade e ao atendimento bariátrico. Para tanto, a fim de identificar ações, desafios, potencialidades em relação ao atendimento bariátrico, foi necessária uma busca ampla por estudos e produções sobre a Política Nacional de Assistência Social, pois ações práticas e efetivadas são difíceis de ser identificadas na realidade da pesquisa e no cotidiano.

Foi somente com a Constituição de 1988 que a Assistência Social, no Brasil, assume caráter de política pública, quando, juntamente com as políticas de saúde e previdência social, formaram o sistema de Seguridade Social brasileiro. Ainda assim, foi somente em 1993, com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, Lei 8742), que se reorganizou o campo da Assistência Social no país. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), atualmente em vigência, propõe a consolidação da Assistência Social como política pública e direito social na perspectiva do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Este, por sua vez, é um sistema não contributivo, descentralizado e participativo, que coordena a Assistência Social no país (COUTO; SILVA, 2009).

A Assistência Social, como direito do cidadão e dever do Estado, foi semeada em solo árido, ao considerar as questões históricas do país em relação ao trato com a pobreza. Os mais vulneráveis, historicamente, eram atendidos pela benesse ou caridade e os direitos sociais carregam, assim, em sua gênese, preconceitos difíceis

de serem trabalhados, somando-se a isso questões políticas, cultura clientelista de práticas sociais, conforme refere Yazbek:

Em outras palavras, tratamos aqui de uma espécie de ‘cultura política’ que nega a identidade social dos subalternos e seu pertencimento a uma classe; tratamos de uma forma de ocultar o conflito e a resistência e de legitimar a dominação (YAZBEK, 1993, p. 41).

Como mencionam Couto e Silva (2009), com esse “estoque cultural de subalternidade”, efetivar a Assistência Social como política pública e direito do cidadão foi e vem sendo um processo longo, permeado de contradições e desafios, que busca romper com práticas paternalistas ou clientelistas para o enfrentamento da questão social.

Inegavelmente, a LOAS não apenas introduz novo significado para a Assistência Social, diferenciando-a do assistencialismo e situando-a como política de Seguridade voltada à extensão da cidadania social dos setores mais vulnerabilizados da população brasileira, mas também aponta a centralidade do Estado na universalização e garantia de direitos e de acesso a serviços sociais qualificados, ao mesmo tempo em que propõe o sistema descentralizado e participativo na gestão da Assistência Social no país, sob a égide da democracia e da cidadania (YAZBEK, 1997, p.9).

Para se cumprir a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em seus variados âmbitos e consolidar a Assistência Social como política pública, se fez necessário, e ainda se faz, um profícuo trabalho por meio das Conferências de Assistência Social (municipais, estaduais e nacionais). Por meio dessas conferências, em 2005, foi criado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e, posteriormente, aprovada a PNAS e a Norma Operacional Básica (NOB) que instituiu o SUAS. A PNAS define a Assistência Social como “[...] direito de cidadania, com vistas a garantir a atendimento às necessidades básicas dos segmentos populacionais vulnerabilizados pela pobreza e pela exclusão social” (BRASIL, 2005, p. 68).

O desafio de hoje consiste em como materializar a Política de Assistência Social no atendimento às demandas da população em um país com realidade tão desigual, cujo debate sobre a riqueza socialmente produzida não é bem aceito (COUTO; SILVA, 2009). Além do que, as transformações ocorridas na sociedade nos últimos anos, e o contexto neoliberal também influenciam fortemente as

organizações, sejam elas públicas ou privadas, que atendem às demandas geradas pela desigualdade social.

Ainda assim, “a assistência social é um direito de cidadania e deve responder às necessidades localmente identificadas, reconhecendo as diferenças e a complexidade desses atendimentos nos níveis de proteção básica e especial” (LOPES, 2004, p. 16). Nessa dimensão, pensar que os serviços precisam estar preparados para receber as mais diversas demandas sociais da sociedade atual, é pensar serviços preparados também para atender as demandas dos usuários bariátricos, que muitas vezes se encontram em situação de vulnerabilidade social.

Sendo assim, tais demandas dos usuários se traduzem em múltiplas situações, que se apresentam como diferentes expressões da questão social, conforme verificado na pesquisa, as quais serão apresentadas no capítulo da análise dos dados provenientes das entrevistas da pesquisa que culminou nesta tese. Segue-se na discussão sobre a Política de Assistência Social, enfatizando que tal política se refere à proteção social materializada por meio de serviços prestados pela rede socioassistencial.

Entretanto, os diferentes programas e serviços do SUAS precisam ser revisitados e revistos por parte do Estado, no que diz respeito ao atendimento bariátrico. Conforme problematizações que serão apresentadas na sequência deste estudo, será possível perceber que, quando um usuário bariátrico necessita da cobertura da Política de Assistência Social no pós-operatório, ele se encontra *sem chão*, sem apoio, pois essa demanda parece não ser reconhecida pelos serviços de proteção social.

Um usuário que não tem condições financeiras para acessar as medicações, recomendações e alimentação adequada no pós-operatório terá seu direito à saúde negado. Nesse caso, não lhe é permitido sequer o “direito a ter direitos”, que é o fundamento da cidadania (DAGNINO, 1994), instaurando um processo de negações de direitos, um direito negado após e em decorrência de outro direito negado. A instalação de uma rede de proteção assistencial integrada com outras políticas poderia contribuir para garantir os direitos dos usuários. Para tanto, é necessário o envolvimento da população, e da sociedade em geral, no reconhecimento de que um direito depende de outro para ser efetivado, garantido.

Afirmar a assistência social como direito é tarefa de uma sociedade, e essa tarefa só pode ser realizada com a presença forte de toda a sociedade, disputando nos marcos do capitalismo a ampliação da fatia dos investimentos que devem ser utilizados para que os efeitos perversos da exploração do capital possam ser reduzidos (COUTO, 2004, p. 187).

E essa presença forte da sociedade não se traduz em atos simples, é antes uma participação que exige cidadãos com conhecimento de suas necessidades, de seus direitos e, mais, que tenha condições de participar de maneira consciente: que cobrem dos governantes, que mobilizem o coletivo em prol de políticas, programas, ações que não sejam focalizadas, mas amplas e capazes de transformar a realidade. E para transformar a realidade é necessário que as políticas públicas sejam transversais, extensas, amplas e se articulem entre si, priorizando o usuário e seus direitos. Para dar seguimento a esta discussão, no próximo item aborda-se o tema da intersectorialidade e sua importância para o atendimento bariátrico.

Ressalta-se que outras políticas sociais não mencionadas aqui, por exemplo, as políticas de: educação, habitação, transporte, entre outras, são importantes e relevantes no tratamento do usuário bariátrico, contudo, pondera-se não discutir todas essas políticas, pois não agregariam peso contundente à discussão que vem sendo feita.

Reitera-se a importância dessas políticas, e não há, de maneira alguma, a intenção de minimizá-la, porém a discussão que vem sendo feita contempla inúmeros outros pontos que não caberiam ser discutidos aqui. Sendo assim, parte-se para a discussão sobre a intersectorialidade das diversas políticas sociais que hoje são regulamentadas e que somam, ou deveriam somar, contundentemente, o atendimento à obesidade e ao usuário bariátrico.

4.4 INTERSETORIALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS: DEBATE ACERCA DA CIRURGIA BARIÁTRICA

A partir do conceito ampliado de saúde, para que o usuário bariátrico possa ter boa recuperação, vinculação ao tratamento e conseqüente emagrecimento saudável, é necessário voltar a atenção para as políticas públicas que deveriam dar conta dessa demanda, pois o procedimento cirúrgico e clínico tem cobertura pelo SUS, mas essa cobertura é parcial, pois não dá conta de importantes fatores envolvidos no procedimento. Nessa perspectiva, a intersectorialidade aparece como grande aliada na via da efetivação dos direitos dos usuários.

A intersectorialidade, em relação íntima com a interdisciplinaridade, fundamenta, juntamente com a integralidade, os princípios básicos do conceito ampliado de saúde. Cada um desses pilares potencializa, no conjunto de suas possibilidades, o acesso de qualidade às políticas sociais pela população que a elas recorrer. Mas cabe dizer que a existência de um desses pilares não necessariamente implica a existência de outro, ou seja, ações interdisciplinares não têm por si só a possibilidade de garantir a intersectorialidade e, conseqüentemente, a integralidade (BELLINI et al., 2014a, p. 13).

Sendo assim, a defesa da intersectorialidade “no âmbito da política social pública, apoia-se no reconhecimento de que a relação entre ‘setores’ dessa política implica mudanças substanciais na sua gestão e impactos, bem como ampliação da democracia e da cidadania” (PEREIRA, 2012, p.1).

Cabe salientar que o termo intersectorialidade não possui um conceito unânime e aceito como absoluto, não sendo definido com precisão. Diversos autores discorrem sobre o tema da intersectorialidade e diferentes enfoques são atribuídos ao termo. O que se pode dizer é que a ideia predominante é a de diferentes setores que convergem para determinado fim, um objetivo comum, e, no caso das políticas sociais, é o direito do cidadão.

Talvez seja por isso que o discurso corrente da intersectorialidade ora se refira a esta como articulação, soma, síntese, unidade, rede, ora como superação da fragmentação desses “setores”. Contudo, embora as palavras síntese, unidade e superação sejam usadas na linguagem dialética, o seu significado no atual discurso da intersectorialidade geralmente é outro: significa integração de “setores”, com reforço à permanência destes. É em meio a essa imprecisão terminológica que a intersectorialidade nas políticas sociais é definida, revelando ambivalências e incoerências (PEREIRA, 2012, p. 4).

Pereira (2012) aponta as “ambivalências e incoerências” da intersectorialidade, quando analisada pela perspectiva da Dialética. Esses apontamentos são importantes, pois trabalha-se, aqui, com uma análise crítica da realidade e, sendo assim, é necessário analisar também as contradições do termo. Conforme declara a autora, mesmo que a intersectorialidade se refira a transcender o escopo setorial, o que se percebe é que ocorre apenas uma articulação entre diferentes saberes e setores da política social. Porém, quando considerado o rompimento da fragmentação das políticas, consideram-se também mudanças de cunho conceitual e cultural de ações e maneiras de prestar serviços aos cidadãos que, na maioria dos exemplos práticos, não ocorre (PEREIRA, 2012). Pereira (2012) salienta que, para

trabalhar intersetorialmente, no que se refere às políticas sociais, de maneira dialética, é necessário considerar que o particular só tem valor quando se relaciona com o todo, com o universal, e, da mesma forma, o universal está relacionado com o particular, “ou que um existe no outro”.

Analisando-se dialeticamente, a intersetorialidade não pode ser considerada apenas uma estratégica técnica, administrativa ou simplesmente gerencial, pois em seu processo ela envolve interesses diversos, jogo de poderes, disputas (PEREIRA, 2012). Esses fatores também são entraves para o trabalho intersetorial, pois, apesar dos avanços, ainda impera uma ação estatal setorializada. Trabalhar na perspectiva da intersetorialidade não é tarefa fácil, mas é uma tarefa passível de ser atingida.

Possível de ser atingida, porém difícil, pois no cotidiano do trabalho com as políticas sociais nota-se que as instituições ainda trabalham muito setorializadas, pois este é o desenho com o qual o Estado possibilita que se trabalhe. A intersetorialidade exige também uma maneira diferente de se trabalhar com as demandas apresentadas nas instituições, uma gestão diferente, uma nova “institucionalidade” (PEREIRA, 2012), e, conforme a autora,

[...] a intersetorialidade surge não só como uma alternativa de gestão social, mas como uma ruptura epistemológica com os modelos disciplinares prevalecentes. Mas, novamente adverte-se que a intersetorialidade assim pensada não anula os espaços específicos das políticas particulares, ditos setoriais, pois a intersetorialidade fortalece e atualiza essas políticas, universalizando-as (PEREIRA, 2012, p. 21).

Dentro dessa perspectiva, trabalha-se com o conceito de intersetorialidade nesta tese, pois a intersetorialidade não anula o que é específico de cada política, mas antes fortalece e contribui para que tais políticas sejam universalizantes. Sob essa ótica, a intersetorialidade se revela uma proposta ambiciosa, demandando uma série de mudanças, inclusive revelando um objeto que seja comum a todas as políticas e uma institucionalidade nova (PEREIRA, 2012). Busca-se, com a intersetorialidade, uma possibilidade de se conseguir potencializar os processos sociais que permitam romper com a subalternidade dos sujeitos atendidos pelas políticas públicas, reconhecendo que nenhuma política sozinha, nenhum campo do saber isolado é capaz de dar respostas contundentes às demandas que se apresentam na realidade. “Um primeiro passo, para o enfrentamento da fragmentação das políticas sociais brasileiras é a identificação das possibilidades e

dos limites de cada política e a inclusão dos gestores nesse processo” (BELLINI et al., 2014a, p. 15).

Sendo assim, a intersetorialidade representa a viabilização de direitos, no momento em que ultrapassa as fronteiras daquilo que é específico de cada política, chegando a um atendimento mais completo e menos compartimentado para o usuário, articulando ações, práticas e saberes, visando ao enfrentamento das desigualdades e à viabilização dos direitos dos cidadãos.

A intersetorialidade deve expressar a articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção básica ou especial e ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas nas distintas áreas. Supõe a implementação de programas e serviços integrados e a superação da fragmentação da atenção pública às necessidades sociais em torno de objetivos comuns e deve ser princípio orientador da construção das redes municipais (COUTO; YAZBEK; RAICHELIS, 2011, p.39).

De antemão, é possível perceber a necessidade e a importância de políticas intersetoriais para dar conta da demanda relacionada à cirurgia bariátrica. No que se refere ao SUS, por exemplo, a articulação intersetorial deve ser buscada com o intuito, entre outros, de dar visibilidade ao processo saúde/doença, mostrando que esse processo envolve diferentes aspectos, diferentes agentes, diferentes setores e que se faz necessário o envolvimento desses diferentes setores para que se efetive a melhoria da saúde da população e a prevenção de doenças. Assim, com os diferentes setores, que pensam as políticas sociais, dialogando entre si e trabalhando de forma intersetorial é que se poderá construir políticas efetivas, que busquem abranger a totalidade de uma demanda, como é o caso dos usuários bariátricos. Contudo, há ainda um longo caminho a ser percorrido para se chegar à referida abrangência, a uma forma de governança que arquitete sua gestão de modo intersetorial, conforme refere Akerman et al. (2014, p. 4294): “Há, portanto, um ativismo intersetorial que ainda não se funda numa práxis que tenha potência criativa suficiente para influenciar novas arquiteturas de governança das políticas públicas.” Há, portanto, que se busque esse ativismo intersetorial para que novos modos de governança considerem a totalidade das demandas e reconheçam a necessidade de se pensar e trabalhar de forma intersetorial.

A intersetorialidade se mostra um desafio na atualidade, pois torna-se estratégia fundamental na garantia dos direitos sociais, dado que ela articula diferentes setores.

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros (BRASIL, 2009, p. 193).

A intersetorialidade, quando concretizada de maneira prática, contribui para o enfrentamento das expressões da questão social, e assume importante papel na busca pela efetivação dos direitos humanos, sociais, civis, políticos, entre outros. Ela visa romper com a fragmentação e a focalização histórica das políticas públicas e serviços sociais. Porém, essa fragmentação histórica das políticas, dos direitos, dos saberes, tanto no campo prático quanto teórico (JAPIASSU, 1996), confere à intersetorialidade limites e desafios que precisam ser superados. É necessário romper com as práticas fragmentadas, particularizadas por diferentes saberes e partir para práticas e pensamentos universalizados, que compreendam todo o contexto em que se inserem as diferentes situações e demandas a serem pensadas, trabalhadas e nelas intervindo.

[...] a intersetorialidade é evocada por contrapor-se ao aparato setorial que molda as políticas sociais. Com este direcionamento, a intersetorialidade envolve ações integradas de distintos setores, no atendimento da população, cujas necessidades são pensadas a partir de sua realidade concreta [...] (MIOTO; SCHUTZ, 2011, p. 2).

A intersetorialidade, entre outros, tem como desafio “[...] articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida” (BRASIL, 2009, p. 19). Em se

tratando da política de Saúde, o debate acerca da intersectorialidade tem se tornado mais intenso, buscando respostas para a efetividade das políticas públicas e para o enfrentamento da característica focal de políticas sociais (BELLINI et al., 2013).

Mesmo entendendo que não se pode depositar na intersectorialidade a solução para todas as demandas e violações de direitos, essas demandas e expressões da questão social são decorrentes e têm sua origem na exploração do trabalho, extração da mais-valia, pressupostos básicos do modo de produção capitalista. Pode-se depositar na intersectorialidade avanços no sentido de uma proteção social mais ampla e universalizante para os usuários das políticas sociais, almejando diminuir os amargos efeitos do modo de produção capitalista e toda a exploração por ele gerado a que é submetida a classe trabalhadora, maior usuária e beneficiária dos programas e políticas sociais, necessitando desse tipo de intervenção para garantir sua sobrevivência.

[...] o pressuposto de que os homens têm de estar em condições de viver para poderem “fazer história”. Mas da vida fazem parte sobretudo comer e beber, habitação, vestuário e ainda algumas outras coisas. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios para a satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e a verdade é que esse é um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, tal como há milhares de anos, tem de ser realizado dia a dia, hora a hora, para ao menos manter os homens vivos (MARX; ENGELS, 2009, p. 40).

Sendo assim, a intersectorialidade é entendida também como uma maneira de efetivar direitos, que se tornam fundamentais para que aconteça uma emancipação política, direitos concebidos naquilo que é mais palpável no cotidiano de vida dos sujeitos, ou seja, o acesso a bens e serviços básicos e fundamentais que podem levar à emancipação humana. A intersectorialidade se mostra, assim, como premissa básica para garantir aos usuários uma proteção social efetiva, visando à garantia de direitos. Todavia, durante a pesquisa, os usuários mostraram, em suas falas, que ainda não podem afirmar que a intersectorialidade esteja acontecendo no campo prático das suas vidas.

A importância da interconexão das políticas aparece no cotidiano das pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica, naquilo que, por vezes, parece o mais simples, mas que faz toda diferença para terem uma boa recuperação pós-operatória. Um exemplo disso é quando o usuário consegue, por meio da Assistência Social, transporte e passagem para vir até o hospital e cumprir a agenda

de acompanhamento pós-operatório. Isso é só um exemplo dos tantos que poderiam ser aqui citados e que mostra a necessidade de as políticas estarem conectadas para atender, respeitar e efetivar os direitos de cidadania dos usuários mais vulneráveis.

Salienta-se a importância da cirurgia bariátrica na recuperação da saúde dos sujeitos obesos, os quais, pelo simples fato de estarem obesos, já estão vulneráveis a determinados condicionantes, por exemplo os de saúde (obesos são mais suscetíveis à hipertensão, diabetes, colesterol, problemas ósseos, entre outros). Reitera-se, então, a centralidade de políticas públicas que viabilizem o tratamento e a recuperação do usuário, e que contribuam para restabelecer sua saúde em seu conceito mais amplo. Sendo assim, é necessário que as diferentes políticas estejam ligadas umas às outras em prol de propósitos comuns, pois sob a ótica da garantia de direitos não existe hierarquia entre uma e outra política (GOUVEIA, 2009).

Diante disso, percebe-se que ainda existe um longo caminho a ser percorrido em direção à intersetorialidade, entretanto, não se trata de um caminho fácil. É antes um caminho permeado por adversidades que precisam também ser discutidas para que se possa intervir de maneira equânime, universal e justa. Assim, compreendem-se as políticas públicas e a intersetorialidade num cenário de luta, de resistência e de reprodução das relações sociais (BELLINI et al., 2013), que se mostra visível e palpável nas falas dos sujeitos, evidenciadas no sexto capítulo desta Tese. Antes, porém, no quinto capítulo, discorre-se sobre o caminho metodológico percorrido para a construção da pesquisa e a busca por ouvir e entender o que dizem as vozes dos usuários bariátricos do SUS.

5 A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA: OUVINDO AS VOZES DOS SUJEITOS BARIÁTRICOS DO SUS

Este capítulo pode ser considerado a “peça-chave” do processo de pesquisa, pois apresenta todo o corpo do estudo, subsidiando a compreensão do capítulo seguinte, o da análise dos dados. A pesquisa nas Ciências Sociais tem um papel fundamental, pois contribui para o melhor conhecimento da realidade nos diferentes espaços e se configura como uma atividade tanto prática quanto teórica, vinculando pensamento e ação, construindo, assim, o conhecimento científico.

Entendemos por pesquisa a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação (MINAYO, 2002, p. 17).

E por “vincular pensamento e ação” a pesquisa necessita de um fio condutor, ou seja, uma metodologia a ser seguida, que aplicará ao estudo a cientificidade necessária. Conforme Minayo (1998, p.22) entende-se por “metodologia o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade”.

Incluem-se, portanto, na metodologia, concepções teóricas de abordagem, técnicas que possibilitem a compreensão da realidade que está posta e a subjetividade do pesquisador, com todo o seu arcabouço teórico, sua criatividade, entre outros aspectos. Dessa forma, a metodologia é considerada o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (MINAYO, 1998).

5.1 OBJETIVOS E O MÉTODO DA PESQUISA

A pesquisa aqui apresentada é embasada no método dialético-crítico, tomando como base as categorias teóricas: contradição, totalidade e historicidade. Segundo Triviños (1995), o materialismo dialético realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento.

Assim, esta pesquisa é caracterizada como qualitativa, porém serão abordados alguns aspectos quantitativos, o que não a descaracteriza como abordagem qualitativa. Considera-se que os aspectos quantitativos, apresentados

como resultados da pesquisa, reforçam e exemplificam alguns contextos dos usuários e servem de base para algumas discussões teóricas e corroboram a força estrutural dos resultados qualitativos apresentados. A pesquisa qualitativa tem pressupostos em referências mais contemporâneas, considerando-se o social como um mundo de significados passíveis de investigação. A linguagem, suas práticas e outros aspectos constituem material rico para a análise.

A pesquisa qualitativa procura dar respostas aos aspectos da realidade que não podem ser quantificados, trabalhando com o universo de significados, motivos, desejos, crenças, valores e atitudes. Tais aspectos não podem ser quantificáveis, pois correspondem a um campo mais denso e profundo das relações, dos processos e dos fenômenos sociais (SCHERER, 2012). Aqui, as metodologias de pesquisa qualitativas são entendidas como

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1998, p.10).

Trabalhar com questões de saúde, utilizando métodos qualitativos, significa reconhecer que a saúde é um campo amplo, que abrange inúmeros aspectos e determinantes e que não podem ser separados da realidade social. Assim, o presente estudo visa contemplar questões subjetivas que são difíceis de mensurar ou quantificar.

Sabe-se que uma pesquisa busca a resposta para uma questão que está sendo problematizada. Portanto, nesta tese, buscou-se avaliar o SUS, no que diz respeito à CB, buscando relacionar às dificuldades dos usuários, definiu-se, como principal problema de pesquisa, a seguinte questão: “De que forma os determinantes sociais da saúde interferem no processo pós-cirurgia bariátrica, das pessoas submetidas a esse procedimento, no âmbito do SUS?” Ainda que se compreenda que não são somente os usuários do SUS que apresentam dificuldades com o tratamento bariátrico, mas uma população bem maior, optou-se, para o presente estudo, em fazer um recorte, pesquisando somente os usuários do SUS.

Neste estudo tem-se como objetivos:

Objetivo Geral

Investigar de que forma os determinantes sociais da saúde impactam a vida das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a fim de subsidiar o SUS com informações na perspectiva da qualificação das políticas públicas e do acesso ao serviço público de saúde voltado ao atendimento e tratamento da obesidade.

Objetivos Específicos

- Analisar de que forma os determinantes sociais da saúde interferem no processo de acompanhamento das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica pelo SUS;
- Identificar o possível surgimento de novas demandas em saúde no pós-operatório das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica pelo SUS;
- Analisar quais são os fatores que dificultam o cumprimento das recomendações indicadas pela equipe bariátrica no pós-cirúrgico;
- Analisar a efetividade das ações desenvolvidas pelo SUS para o atendimento das pessoas no pós-operatório da cirurgia bariátrica.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Centro da Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas da PUCRS (COM/HSL). O COM é credenciado pelo Ministério da Saúde do Brasil (Portaria 196 e seus complementos), desde 1999, tendo realizado as primeiras cirurgias em 2000. É referência em saúde no Brasil pelas suas multiespecialidades na área da saúde, tecnologia e qualidade dos serviços oferecidos para o tratamento da obesidade, compreendendo: avaliação, tratamento clínico, intervenção cirúrgica e acompanhamento multidisciplinar no pré e pós-cirúrgico. Além do atendimento clínico, voltado aos sujeitos obesos, o COM também é reconhecido como centro de estudos, pesquisa e formação, passando pelas suas dependências alunos de graduação, residência médica, especializações, mestrado e doutorado. Desde 2012, O COM é considerado um Centro Internacional de Excelência, após o recebimento do *Surgical Review Corporation*, a certificação de Centro de Excelência em Cirurgia Bariátrica, que é concedido às instituições que

apresentam protocolos operacionais e de recursos físicos de alta qualidade para o tratamento da obesidade (COM, 2014).

O serviço se caracteriza pelo atendimento multiprofissional. Para o atendimento da obesidade, a equipe é composta por cirurgiões, endocrinologistas, cardiologista, gastroenterologistas, nutricionistas, anestesistas, psiquiatras, psicóloga, fisioterapeuta, Assistente Social, entre outros profissionais.

5.3 SUJEITOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida com os usuários que realizaram a cirurgia bariátrica no COM/HSL – PUCRS, por meio do SUS, entre os anos de 2003 e 2013 e se encontram vinculados ao serviço.

Entende-se que, em pesquisas qualitativas, muitas vezes, é complicado definir *a priori* o número de sujeitos, pois este limite pode ser dado pela regra de recorrência ou exaustão/saturação. Falar em amostragem por saturação significa afirmar que “o pesquisador fecha o grupo de sujeitos da pesquisa quando, após as informações coletadas com um certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo” (TURATO, 2003, p.363). Além disso, no momento da construção do projeto de pesquisa não era possível prever o número de usuários que retornariam ao Centro durante o período de coleta das informações e, dessa forma, estimou-se o número de 33 sujeitos, o que corresponderia a três entrevistados operados em cada ano (2003 a 2013).

A seleção dos sujeitos foi feita por amostra de três sujeitos operados (no COM) para cada ano posterior à cirurgia, ou seja, foram sorteados três sujeitos operados no ano de 2012, três no ano de 2011, três no ano de 2010 e assim retrocedendo até o ano 2003. Essa escolha se deveu ao fato de que em 2000 o COM realizou as primeiras cirurgias pelo SUS. Do ponto de vista do recorte de gênero, foram entrevistadas duas mulheres e um homem, abarcando o recorte real da proporção de sujeitos que se submetem à cirurgia bariátrica: a maioria do sexo feminino. A amostra, não probabilística, não pretende garantir generalizações, caracteriza-se como de conveniência (DYNIEWICZ, 2009). Os usuários foram convidados a participar da entrevista nos mesmos dias em que vinham até o hospital para realizar suas consultas de revisão.

É importante ressaltar que a pesquisa teve sempre presente princípios éticos que nortearam o estudo em todos os aspectos. Foi assegurado o direito, aos participantes da pesquisa de o fazerem de modo livre e esclarecido⁶¹. O direito à desistência foi assegurado a todos os sujeitos, em qualquer etapa da pesquisa, garantindo-lhes o anonimato. Não houve desistências.

A pesquisa foi apresentada ao coordenador do COM, que concordou e apoiou o estudo⁶². Após a aprovação pela Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), o projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, atendendo aos preceitos éticos e dirigido ao Comitê de Ética da mesma Universidade, com o objetivo de atender as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Obtida a aprovação do projeto nas instâncias citadas, sob o parecer do Comitê de Ética/PUCRS nº 354.505, o instrumento foi testado (testagem piloto) com a finalidade de qualificá-lo, buscando chegar a um melhor resultado na coleta de dados.

Quanto aos resultados da pesquisa pretende-se, além da elaboração desta Tese, torná-los públicos (apresentação de defesa da Tese e disponibilização do texto na biblioteca da PUCRS), por meio de relatórios e publicações científicas a fim de socializar os conhecimentos adquiridos — conclusões e sugestões acerca da intervenção, tratamento e controle da obesidade, especialmente por meio da cirurgia bariátrica.

5.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS, INFORMAÇÕES E ANÁLISE

A técnica utilizada para coleta de informações foi a entrevista semiestruturada⁶³ (com perguntas abertas e fechadas), com os sujeitos submetidos à cirurgia bariátrica no COM, visando compreender sua realidade social, conhecer como ocorrem os processos, especialmente os sociais, ligados ao pós-operatório e de enfrentamento às demandas relacionadas à cirurgia bariátrica, e quais as políticas públicas que conhecem e acessam para o enfrentamento de tais demandas. Segundo Marconi e Lakatos (2002), na entrevista semiestruturada o

⁶¹ O modelo do termo de Consentimento Livre e Esclarecido consta do APÊNDICE C.

⁶² A carta de autorização do serviço para a realização do estudo corresponde ao APÊNDICE A.

⁶³ O roteiro da entrevista semiestruturada encontra-se no APÊNDICE B.

entrevistado é livre para desenvolver cada situação, em qualquer direção que considere adequada. É possível explorar amplamente a questão por meio de perguntas abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversa informal, pois, através das falas dos sujeitos, é possível “mergulhar” em suas histórias, podendo-se captar os elementos da realidade. Meihy (2007) assinala que o uso da entrevista na abordagem oral se destaca por ser o instrumento que possibilita um processo dialógico, demandando a existência de, pelo menos, duas pessoas em contato.

Nas entrevistas, os sujeitos narram suas vivências, suas expectativas, frustrações, realizações, demandas e seus sentimentos relacionados à cirurgia bariátrica. Foi possível entender e explorar as falas dos sujeitos de modo que emergiram elementos concretos e relevantes para a pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas com o objetivo de organizar o material e evitar que se perdesse qualquer informação na hora da análise, sempre com o cuidado de preservar a identidade do sujeito, não permitindo que fosse identificado.

Realizada a coleta, as informações foram submetidas à análise de conteúdo, com base em Bardin (1977), a fim de mostrar os resultados da pesquisa e as proposições acerca das intervenções possíveis na realidade constatada. Essa técnica é definida como

[...] um conjunto de técnicas de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

A técnica de análise de conteúdo tem como objetivo captar o máximo de informações contidas nas falas dos entrevistados, buscando-se organizar e resumir tais informações, de maneira que se obtenham respostas ao problema proposto para o estudo. Isto com a finalidade de fazer uma análise temática que consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105). Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo contém três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A pré-análise é a fase de organização e sistematização das ideias e do material coletado. Essa fase é composta por atividades abertas, e pode ser assim organizada: leitura flutuante; escolha dos documentos; formulação das hipóteses e dos objetivos; referenciação dos índices e a elaboração de indicadores; preparação do material (BARDIN, 1977). Dessa forma, depois de escolhidos os documentos que serão analisados, faz-se a leitura flutuante que consiste em um contato intenso com o material, um mergulho no material de análise. Envolve os cuidados com as respostas, aqui, no caso, das entrevistas, o cuidado em sua degravação, com cuidado especial para preservar a linguagem oral. “Consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 1977, p.96). É a partir da leitura flutuante do material de análise que se pode constituir o corpus de análise, a partir do que emergir das entrevistas.

Degravadas as entrevistas e de posse do material transcrito na íntegra, realizou-se a leitura flutuante. Na escolha dos documentos, optou-se por todas as entrevistas transcritas, porque todas fazem parte da pesquisa e se referem ao tema da mesma. Para a quarta etapa, na referenciação dos índices e na elaboração de indicadores, foram criados eixos temáticos de acordo com as questões norteadoras e os objetivos da pesquisa. As entrevistas transcritas constituem o corpus de análise e este foi organizado em mapas qualitativos (foram elaborados quadros com as respostas dos sujeitos, ordenando-as sequencialmente, de acordo com cada eixo temático no instrumento de pesquisa, sendo os eixos: Cirurgia Bariátrica; Obesidade, Determinantes Sociais da Saúde; Política de Saúde (SUS); Condições de Saúde; Medicação (vitaminas); Transporte; Alimentação; Rede de Atendimento a Saúde; Mudança de Vida.

Na fase exploração do material os dados brutos do material são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Essa codificação consiste na decomposição e classificação dos elementos, transformando-os em unidades que formam o corpus de análise e também as categorias que emergem da realidade. Na análise dos dados foi feita a organização qualitativa das respostas oriundas das entrevistas. Nessa fase foram estabelecidos os núcleos de sentidos das falas dos sujeitos com relação ao tema de pesquisa, procurando identificar os elementos constitutivos das categorias e subcategorias temáticas ou explicativas da realidade e mostrar a presença de categorias empíricas. Na categorização, Bardin (1977) cita

duas etapas: 1) Inventário – consiste em isolar os elementos; 2) Classificação – consiste em repartir os elementos, organizando as mensagens. O critério de categorização que foi utilizado na ocasião da exploração do material é o “semântico” (BARDIN, 1977, p. 117); foram agrupados todos os temas que significam elementos semelhantes das categorias e subcategorias temáticas ou explicativas da realidade. Por exemplo, todos os temas que estão relacionados ao “pós-operatório” (exames, suplementação vitamínica, entre outros) foram agrupados na categoria pós-operatório.

Na fase tratamento dos resultados, inferência e interpretação é o momento em que o pesquisador “[...] tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 1977, p. 101). Com as informações é possível propor inferências e realizar a interlocução de conhecimentos, categorias do método e explicativas da realidade (BARDIN, 1977). Estabelece-se a conexão entre os objetivos da pesquisa, a fundamentação teórica, com o que emergirá da realidade, podendo ser feita uma síntese articulada dos dados empíricos e suas representações.

Aqui foram feitas interpretações e inferências sobre os achados da pesquisa. A interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas e é realizada por meio de sua ligação com outros conhecimentos anteriormente obtidos, através do levantamento de estudos teóricos e investigações que serviram de base para a fundamentação teórica da pesquisa.

Apreender a realidade que se apresenta no cotidiano dos usuários bariátricos é fundamental para que a pesquisa, aqui apresentada, traga resultados plausíveis e reais. Para tanto, foram adotadas as Categorias Teóricas do Método que nortearam a pesquisa: a Contradição, a Totalidade e a Historicidade. Sendo assim, é importante sempre considerar o contexto, pois este não permite que as categorias se isolem em estruturas conceituais puras, mas se mesquem de realidade e de movimento (CURY, 2000).

A Categoria Contradição é considerada categoria central no método. Lefebvre (1991) afirma que tudo é contraditório, que todo o pensamento avança graças às contradições que contém, examina e supera e por isso essa categoria possibilita ampliar a visão de realidade em seu movimento constante. Marconi e Lakatos (2003) afirmam que na categoria Contradição há um movimento no interior dos fenômenos

de luta dos contrários, uma dimensão inovadora, que se refere à superação de uma ideia antiga e o nascimento de outra. Ela é unidade dos contrários, dois termos que se opõem e se encerram em uma mesma unidade.

A categoria Totalidade, para Kosik (1986), não significa todos os fatos, mas sim a realidade como um todo estruturado, dialético. Nesse todo, um fato qualquer, que pode parecer isolado, pode vir a ser racionalmente compreendido. O real não pode ser entendido sem a dimensão da sua totalidade. Segundo Lefebvre (1991, p. 238), “nada é isolado. Isolar um fato, um fenômeno, e depois conservá-lo pelo entendimento nesse isolamento, é privá-lo de sentido, de explicação, de conteúdo. É imobilizá-lo artificialmente, matá-lo”.

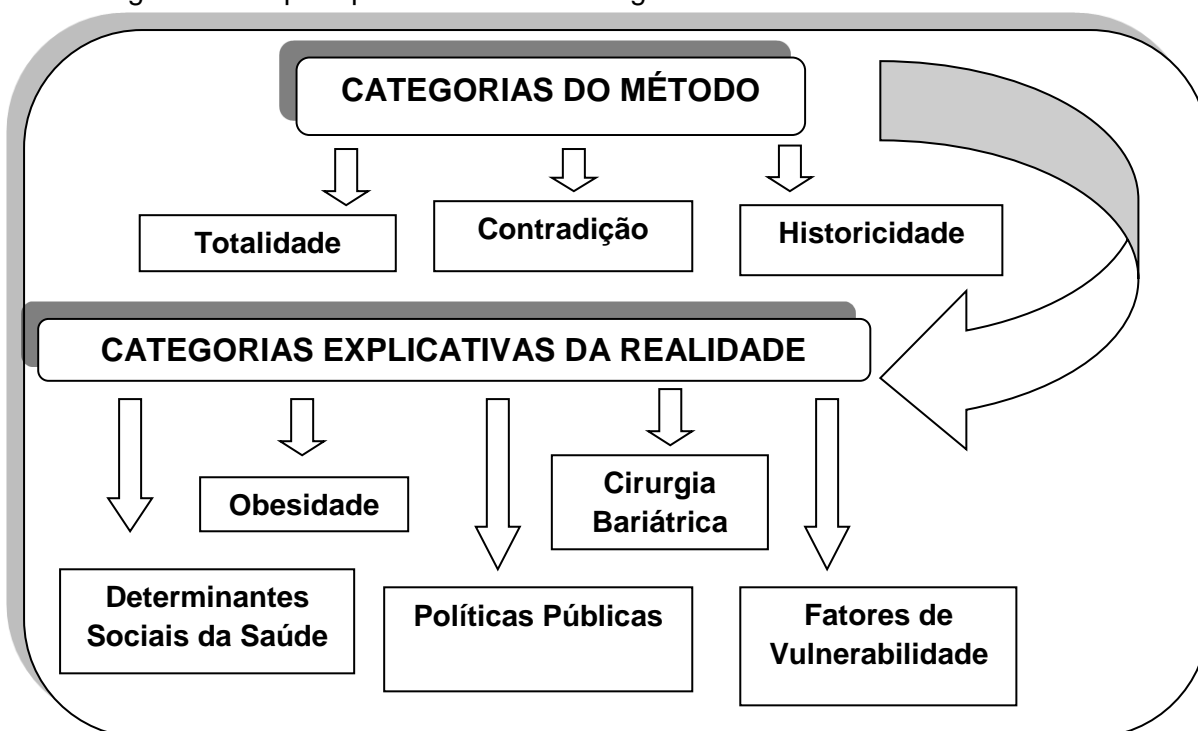
A categoria Historicidade se refere ao movimento histórico que precisa ser percebido e analisado, pois a história é movimento e este movimento influencia toda a vida, a cultura, os costumes dos sujeitos, pois o homem é um ser histórico e muitas situações atuais são reflexos de situações passadas. Dessa forma, Kosik (1986) refere que a história só é possível quando o homem não começa sempre de novo e do zero, mas se liga aos resultados obtidos pelas gerações precedentes, e assim pode ser compreendida a categoria Historicidade.

Também foram consideradas, além das categorias teóricas do método dialético-crítico que iluminam esta pesquisa, as categorias explicativas da realidade, as quais guiaram a pesquisadora na busca pelo desvendamento da realidade em que ocorreu a pesquisa. As categorias explicativas da realidade que merecem destaque neste estudo são: Cirurgia Bariátrica; Obesidade, Determinantes Sociais da Saúde; Políticas Públicas e Fatores de Vulnerabilidade. As categorias empíricas que se destacaram foram: Saúde; Medicação (vitaminas); Transporte; Rede de Atendimento a Saúde; Mudança de Vida.

A partir dessa categorização, e elencados os principais eixos temáticos, passando-se pela exploração do material de análise e interpretação propriamente dita, as informações também foram submetidas ao esquema de mapas, sob a inspiração do método proposto por Spink (2000), o qual indica que os mapas “constituem instrumentos de visualização que têm duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo subjetivo” (p.107). Os mapas não se constituem em técnicas fechadas, eles possibilitam a interação entre a elaboração das categorias e a análise dos conteúdos identificados, além da adaptação da técnica ao material. As categorias

postas, em um mapa ilustrativo, tornam possível uma visualização mais precisa e imediata de como emergiram tais categorias para a análise e facilita a interpretação e o entendimento, tornando a apresentação das categorias mais didática, sendo este o objetivo de se fazer uso de tais mapas. Cabe lembrar que não se aplicou a teoria do esquema de mapas (SPINK, 2000) no processo de análise, sendo utilizado para isto, como já referido anteriormente, a Análise de Conteúdo conforme Bardin (1977). Neste estudo, as categorias ficaram assim elencadas, conforme ilustração no mapa que segue:

Figura 3 – Mapa representativo das categorias teóricas de análise



Fonte: Scherer (2015).

Um dos pontos a ser ressaltado neste estudo é a valorização da pesquisa como instrumento de conhecimento e intervenção da realidade. As informações originadas nesse processo pretendem possibilitar a articulação com órgãos gestores do SUS e de políticas que priorizem a efetivação de direitos aos sujeitos, via ampliação e efetivação de políticas públicas, para as pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica, como forma de voltarem a realizar sonhos e projetos — impedidas de realizá-los por sua condição de obesidade. Sendo assim, no capítulo a seguir apresentam-se a análise dos dados e as informações oriundas das entrevistas realizadas.

6 CONVERSANDO SOBRE CIRURGIA BARIÁTRICA E OBESIDADE COM OS USUÁRIOS BARIÁTRICOS DO SUS: DANDO VOZ AOS SUJEITOS

A realidade é extremamente ampla e complexa, por isso, para estudá-la e compreender seus fenômenos, no caso desta tese, foi necessário fazer um recorte da realidade estudada, para se conseguir analisar em profundidade tal realidade e as complexas relações que nela se estabelecem. Sendo assim, o recorte para a investigação ocorreu no campo de pesquisa que, conforme mencionado, foi o COM/HSL/PUCRS.

No presente capítulo tem-se o objetivo de apresentar a análise e a discussão dos resultados da pesquisa, realizada durante o período do doutorado, e aqui foram feitas interpretações e inferências sobre as entrevistas dos sujeitos à luz do método dialético-crítico, privilegiando o que revelaram as vozes dos sujeitos durante as entrevistas. Se no segundo capítulo desta Tese discorreu-se sobre obesidade e cirurgia bariátrica de forma teórica e com dados de realidade, neste capítulo volta-se a discorrer sobre o mesmo assunto, mas, desta vez, dando-se voz aos sujeitos, evidenciando-se de que forma *os determinantes sociais da saúde interferem no processo pós-cirurgia bariátrica, das pessoas submetidas a esse procedimento, no âmbito do SUS.*

6.1 ENTRE CONVERSAS E REFLEXÕES: O QUE REVELOU A VOZ DOS USUÁRIOS BARIÁTRICOS?

Para responder a pergunta que se coloca no título deste subcapítulo foi necessário ir a fundo nas falas dos sujeitos, de modo a fazer uma profunda análise, a partir daquilo que se conversava e se revelava nas entrevistas. E para responder ao problema de pesquisa: “De que forma os determinantes sociais da saúde, interferem no processo pós-cirurgia bariátrica das pessoas submetidas a esse procedimento, no âmbito do SUS?” foi necessário escutar os usuários submetidos à cirurgia bariátrica e permitir que pudessem pensar a respeito de sua realidade, trazendo informações importantes que constituem a trama de elementos que compõem todo o processo relacionado à cirurgia bariátrica.

Tais interpretações e inferências têm como objetivo realizar interconexões com o que foi referido pelos entrevistados em relação a realidade macrossocial,

além de buscar um sentido amplo para cada resposta, que só foi possível através do levantamento de estudos teóricos e investigações, servindo de base para a fundamentação teórica da pesquisa.

Na Tabela 1, a seguir, apresenta-se a caracterização dos entrevistados, a delimitação do número de participações dos sujeitos em relação ao ano em que se submeteram à cirurgia bariátrica junto ao COM/HSL, com o objetivo de conhecer melhor quem são e como são os sujeitos da pesquisa. Ao todo, foram entrevistados 27 sujeitos para a realização deste estudo.

Observa-se que não foi possível obedecer à metodologia prevista de entrevistar três sujeitos que tivessem realizado cirurgia no período de 2003 a 2013. Apesar do extenso período de coleta de informações (de setembro de 2013 a novembro de 2014), houve situações de entrevistas em que usuários que haviam realizado a cirurgia naqueles anos não compareceram à consulta de revisão/acompanhamento no COM, ou não tinham agendado tal consulta. O que ocorre é que os sujeitos eram entrevistados nos dias e horários que compareciam ao hospital para realizarem suas consultas de revisão. Eles vinham para fazer consulta com endocrinologista, por exemplo, e depois da consulta eram convidados a participar da pesquisa. Aqueles que aceitavam, eram entrevistados. Aconteceu então que, usuários operados em 2008, por exemplo, não comparecem às consultas nos dias em que estavam sendo realizadas as entrevistas. Sendo assim, só foi possível entrevistar um sujeito operado em 2008, que compareceu em consulta e se disponibilizou a colaborar com a pesquisa. Isto não comprometeu os resultados da pesquisa, pois se obteve um número expressivo de entrevistas realizadas (em se tratando de uma pesquisa qualitativa) com inúmeras informações relevantes para o estudo. Isto posto, a seguir apresenta-se a Tabela 1 com algumas características dos usuários entrevistados. Ao longo deste subcapítulo serão apresentadas outras tabelas com informações acerca da caracterização desses usuários.

Tabela 1 – Caracterização dos usuários submetidos à CB que participaram da pesquisa, de acordo com ano em que cirurgia foi realizada, gênero, idade, estado civil, IMC na CB e IMC atual.

N.	Ano/CB	N ANO/ %	Gênero	Estado civil	Idade	IMC/ CB	IMC/atual
1.	2003	03 (11,1)	♀	Solteiro	73	43,1	Não resp
2.	2003		♀	Casado	59	50,1	34,8
3.	2003		♂	União Estável	46	51,1	28,40
4.	2004	02 (7,4)	♀	Casado	60	71,3	44,1
5.	2004		♀	União Estável	46	46,5	40,1
6.	2006	03 (11,1)	♀	Casado	42	44,5	34,6
7.	2006		♀	Divorciado	38	57,8	33,0
8.	2006		♂	Solteiro	41	63,0	43,5
9.	2007	02 (7,4)	♀	Casado	31	56,9	28,6
10.	2007		♀	Casado	48	42,2	31,3
11.	2008	01 (3,7)	♂	Casado	39	55,2	34,6
12.	2009	04 (14,8)	♀	Separado	45	46,6	37,0
13.	2009		♀	Casado	47	57,8	34,7
14.	2009		♂	Solteiro	48	50,3	34,0
15.	2009		♂	Solteiro	44	53,1	30,6
16.	2010	03 (11,1)	♀	Solteiro	34	41,4	27,8
17.	2010		♂	Casado	33	61,7	33,9
18.	2010		♀	Solteiro	50	57,4	39,2
19.	2011	03 (11,1)	♀	Casado	22	45,6	24,6
20.	2011		♀	Casado	39	53,9	30,9
21.	2011		♂	Solteiro	39	44,4	34,9
22.	2012	03 (11,1)	♂	União Estável	30	52,5	36,4
23.	2012		♂	Casado	35	90	36,2
24.	2012		♀	Solteiro	52	48,1	33,6
25.	2013	03 (11,1)	♀	Solteiro	39	73	49,8
26.	2013		♂	Casado	37	41,7	29,3
27.	2013		♀	Casado	37	44,9	29,8

Fonte: Scherer (2015).

Nota: Legenda:

♂ - masculino

♀ - feminino

Não resp. – não foi possível calcular.

Assim, a amostra deste estudo foi composta 17 (63%) usuários do sexo feminino e 10 (37,3%) do masculino. Os sujeitos tinham idade entre 22 e 73 anos (média 42,7 anos) e o IMC, na ocasião da CB, estava entre 41,4 e 73,0, indicando que os sujeitos que se submeteram ao procedimento cirúrgico encontravam-se com clara indicação para o procedimento. No momento das entrevistas, o IMC dos usuários variava entre 24,6 e 49,8, corroborando a literatura disponível que mostra que a cirurgia bariátrica, somente, não garante que o indivíduo se mantenha em uma linha de peso considerada normal.

Na Tabela 1 também se observa que, mesmo operados, a maioria dos indivíduos parece permanecer acima do peso, 1 (3,8%) peso normal/ IMC 18,9 – 24,9; 5 (19,2%) sobrepeso/ IMC 25,0 – 29,9; 12 (46,2%) obesidade grau I/ IMC 35,0 – 39,9; 4 (15,4%) obesidade grau II e outros 4 (15,4%) obesidade grau III/ IMC maior que 40⁶⁴. Porém, o fato de apresentarem um IMC que ainda corresponde a um índice de sobrepeso ou obesidade, não necessariamente quer dizer que o usuário não tenha perdido o peso estipulado pela equipe como adequado para sua condição física e de obeso, ou seja, conforme dito anteriormente, nesta Tese, o IMC por si só, já está sendo considerado como meio impreciso para determinar a verdadeira composição corporal de uma pessoa e sua condição em relação ao peso. Dessa forma, apesar de apresentarem um IMC ainda acima do que é considerado peso normal, este peso tem de ser considerado na perspectiva contemporânea do conhecimento. Observa-se que não foi definido o percentual de gordura dessas pessoas antes do estudo, portanto não se pode dizer se continuam com sobrepeso ou obesidade considerando-se apenas o cálculo simples do IMC.

Para verificar se os determinantes sociais da saúde impactam o pós-operatório da CB foi necessário, durante as entrevistas, perguntar sobre as condições de renda e moradia. Questões como saneamento básico, coleta de lixo, segurança são condicionantes que impactam diretamente a saúde dos sujeitos, sejam eles usuários bariátricos ou não. Sobre os determinantes sociais da saúde, Nogueira (2012), pautada em Arellano; Escudero; Carmona (2008), afirma que

os determinantes sociais explicam a maior parte das iniquidades sanitárias – as diferenças injustas e evitáveis observadas na situação sanitária dos países, expressando formas perversas de organização societária, priorizando a saúde como bem comercial e não como valor universal. Contém uma dimensão objetiva – condições materiais necessárias à subsistência, relacionadas à nutrição, à habitação, ao saneamento básico e às condições do meio ambiente, e uma dimensão subjetiva – que se refere à interpretação e à forma como as pessoas vivem e enfrentam estes processos a partir de uma intersubjetividade coletiva, um dos fatores que confirmam o componente social dos determinantes (NOGUEIRA, 2012, p. 486).

Sendo assim, durante a pesquisa emergiram informações importantes sobre o modo de vida dos usuários bariátricos entrevistados, e foi possível estabelecer relações entre esses modos de vida e os determinantes sociais da saúde que

⁶⁴ Para o cálculo do atual perfil dos usuários quanto à situação de peso, foi considerado N=26, pois entre os entrevistados não foi possível calcular o IMC de um entrevistado.

integram a vida cotidiana e o impacto de tudo no pós-bariátrico e, conseqüentemente, na saúde desses usuários.

O fato de “reconhecer que o processo saúde-doença é determinado socialmente traz implícita uma posição sobre o modelo societário que o produz e a escolha de uma referência teórica para explicar sua gênese e determinação” (NOGUEIRA, 2011, p. 55). Assim, nesta tese busca-se reconhecer e analisar a realidade e as informações que deram origem a este estudo a partir de uma leitura baseada na teoria crítica, a qual reconhece que fatores econômicos e culturais impactam o modo e estilo de vida de determinada população, o que não é diferente com os usuários bariátricos inseridos no atual contexto capitalista. Com esse entendimento destaca-se, com base em Nogueira (2011), a importância de medidas sociais que almejem a equidade em saúde, a qual é reconhecida como direito humano, sem quaisquer restrições de ordem econômica, social, étnica ou política.

Para tanto, é essencial conhecer a população que utiliza os serviços, saber de suas vidas, de suas necessidades sociais, de suas condições de trabalho e renda, de acesso à educação, à informação de qualidade, à alimentação e tudo o que diz respeito e que impacta diretamente a saúde dessa população. Sendo assim, na Tabela 2 mostra-se a caracterização dos entrevistados quanto ao trabalho, à renda e ao nível de escolaridade.

Tabela 2 - Caracterização quanto à escolaridade, trabalho e renda

N.	Nível de Escolaridade	Profissão	Trabalha atualmente?	Tipo de vínculo empregatício	Renda familiar (SM)
1	Médio	Religiosa	sim	voluntário	≤1
2	Fundamental Incompleto	Aposentada	não	Aposentado invalidez	≤ 1
3	Superior incompleto	Comerciante	sim	autônomo	5-10
4	Médio	Aposentada	não	aposentado	3-5
5	Médio	Telemarketing	sim	CLT	2- 3
6	fundamental	Cozinheira	sim	autônomo	1-2
7	médio	Técnica de enfermagem	não	INSS	≤ 1
8	Médio	Operador de caixa	sim	CLT	1-2
9	tecnico prof.	Assistente de vendas	sim	CLT	3-5
10	Fundamental Incompleto	Dona de casa	não	-	1-2
11	Superior Completo	Analista de Sistemas	sim	CLT	5-10
12	Fundamental	Ascensorista	sim	CLT	≤ 1
13	Médio Incompleto	Chapista	sim	CLT	3-5
14	Não alfabetizado	Churrasqueiro/segurança	sim	autônomo	1-2
15	técnico prof.	Técnica de enfermagem	sim	CLT	2-3
16	Superior incompleto	Programador	sim	autônomo	3-5
17	Médio	comerciante	sim	autônomo	1-2
18	superior incompleto	Comerciante	sim	autônomo	2-3
19	médio	Auxiliar de limpeza	sim	CLT	2-3
20	médio incompleto	Industriário	não	INSS	2-3 S
21	médio	Pintor	sim	autônomo	3-5
22	fundamental	Serralheiro	sim	autônomo	5-10
23	médio incompleto	Dona de casa	não	-	2-3
24	técnico prof.	Auxiliar de enfermagem	sim	autônomo	1-2
25	médio	Técnico mecânica	não	autônomo	3-5
26	fundamental incompleto	Cozinheira	sim	CLT	2-3
27	médio	Empresário	sim	autônomo	5-10

Fonte: Scherer (2015).

Conforme a Tabela 2, em relação ao nível de escolaridade pode-se afirmar que um (3,7%) sujeito não é alfabetizado; três (11,1%) sujeitos possuem Ensino Fundamental Incompleto; três (11,1%) têm Ensino Fundamental Completo; três (11,1%), Ensino Médio Incompleto; 10 (37%), Ensino Médio Completo; três (11,1%), Ensino Médio + curso técnico; três (11,1%), Superior Incompleto; um (3,7%), com Ensino Superior Completo. Destes sujeitos, seis (22,2%) estudam atualmente, sendo que destes, três (50%) fazem curso técnico; um (16,7%), MBA; e dois (33,3%) cursam a graduação.

Os sujeitos que atualmente estudam dizem que retomaram essa atividade após a cirurgia bariátrica e perda de peso, pois se sentiram mais animados, com a autoestima aumentada, com melhores condições de saúde e de estado físico para a retomada dos estudos.

Sujeito 7: “Eu resolvi me profissionalizar, porque eu não tinha profissão nenhuma, eu fui estudar, eu fiz o técnico, eu terminei meu 2º Grau, me separei, que era uma coisa que eu também não conseguia, me separei do pai da minha filha, fui me virar, fui trabalhar para fora, nunca tinha trabalhado, porque, na verdade, quem me sustentava era ele. Então, hoje eu me sustento, hoje eu só dependo de mim, consegui criar a minha filha trabalhando, então, muita coisa mudou. Como eu te falei: tudo! Porque eu consigo me mexer, eu tenho autoestima, eu fui trabalhar, eu fui estudar, tudo dependeu dela (da cirurgia). Porque se eu não tivesse feito, com certeza, ou teria morrido por associação de todos os problemas que eu tinha de doença ou por um estresse, entrado numa depressão profunda e acabar morrendo.

Essa fala é um exemplo das mudanças ocorridas após a cirurgia bariátrica, relacionadas ao trabalho, à vida pessoal, aos estudos, entre outros aspectos. Ainda relacionado à caracterização dos usuários, no que se refere à renda familiar média, quatro (14,8%) dos entrevistados recebem até um salário mínimo mensal⁶⁵; seis (22,2%) referiram receber entre um e dois salários mínimos; sete (25,9%), entre dois e três salários mínimos; seis (22,2%) entre três e cinco salários mínimos; quatro (14,8) entre cinco e 10 salários mínimos.

Analisando-se a renda dos entrevistados, ressalta-se que, a maioria apresenta uma renda que pode ser considerada baixa, pois a maioria deles (62,9%) vive com renda familiar menor que três salários mínimos mensais. É um valor bastante baixo, especialmente ao se considerar que eles precisam dar conta de seu tratamento pós-bariátrico. E mesmo para aqueles cuja renda é maior do que três salários mínimos, não se pode garantir que não sejam atingidos por uma situação de pobreza, pois esta é entendida não só pela renda, mas também pelo acesso a outros elementos que se configuram importantes para garantir a digna sobrevivência de uma família, tal qual refere Yazbek (2010):

Embora a renda se configure como elemento essencial para a identificação da pobreza, o acesso a bens, recursos e serviços sociais, ao lado de outros meios complementares de sobrevivência, precisa ser considerado para definir situações de pobreza (YAZBEK, 2010, p. 153).

Portanto, a pobreza também se manifesta por meio da falta de acesso a informações, falta de acesso a determinados bens e serviços, o que restringe também o acesso a certos direitos. No caso dos usuários bariátricos, a questão da

⁶⁵ O valor do salário mínimo mensal está fixado hoje (18/05/2015) em R\$ 788,00.

renda é bastante importante no que toca à manutenção do tratamento recomendado para o pós-operatório. Mais adiante retoma-se essa discussão com algumas falas dos entrevistados em relação à dificuldade do acesso ao tratamento e à alimentação adequada.

Dando continuidade à análise da Tabela 2 ainda é possível verificar que 20 (74,1%) dos entrevistados estão trabalhando após a realização da cirurgia bariátrica, enquanto que cinco (18,5%) usuários não se encontram em atividade profissional — dois (40%) devido à aposentadoria; dois (40%) por auxílio doença pelo INSS; um (20%) por exercer trabalho voluntário. Outros dois (40%) entrevistados não exercem atividade remunerada, são donas de casa. Levando e conta os trabalhadores ativos, em relação ao vínculo empregatício, a maioria 11 (55%) desenvolve atividades autônomas: comerciantes, cozinheira, serralheiro, pintor, entre outras, enquanto que outros 09 (45%) trabalham regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)⁶⁶.

Observa-se que tanto as donas de casa quanto os profissionais — cozinheiras, chapistas e churrasqueiros — têm, em suas rotinas, uma relação diária com a manipulação e a preparação de alimentos. A fala que segue mostra a dificuldade de uma das entrevistadas, que é cozinheira, em desempenhar seu trabalho após a CB:

Sujeito 25: “Trabalho no buffet do refeitório. Pra quem fez uma cirurgia bariátrica é ótimo, né? (risos). Eu sou registrada como cozinheira. Agora está tranquilo, mas no começo, logo após a cirurgia, foi complicado porque eu repugnava muito. Até agora, dependendo do que eu for fazer, eu mexo a panela e disparo para fora. Eu repugno muito o cheiro. Fritura principalmente. É complicado!”

A fala desta usuária demonstra a dificuldade de ela continuar trabalhando como cozinheira após um procedimento que inibe a ingestão de alimentos, especialmente aqueles muito calóricos, porém, após a mesma cirurgia, o usuário é incentivado a comer pequenas porções dos alimentos recomendados ao longo do dia. O relato demonstra que, com esta atividade laboral, fica bastante difícil a usuária conseguir se alimentar de acordo com o recomendado pela equipe médica,

⁶⁶A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) foi instituída pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificando toda legislação trabalhista existente no Brasil, sendo seu principal objetivo regulamentar as relações individuais e coletivas do trabalho, nela previstas.

dificultando o restabelecimento de sua saúde por não conseguir ingerir alimentos em função das náuseas.

O contrário também ocorre. Aqueles sujeitos que trabalham como chapistas e cozinheiros relatam que têm dificuldade de seguir a orientação nutricional, pois no seu cotidiano de trabalho passam boa parte do tempo manuseando alimentos não recomendados para o seu consumo.

Dessa forma, percebe-se o quanto, no cotidiano de trabalho, pode ser difícil seguir as orientações nutricionais e um padrão de vida considerado saudável. A fala que segue, exemplifica bem isso:

Sujeito 27: “Eu brigava bastante aqui no SUS, porque eles queriam: ‘tu tem que comer de três em três horas’, mas quando tu tem 100 pessoas para atender lá na frente ou ajuda a atender, te complica muito isso. Eu ainda sou do tempo que colocavam anel na boca do estômago, eu tenho ainda, né, agora na cirurgia não estão botando mais, então, tem que ter um tempo, com a cabeça bem limpa para conseguir fazer a alimentação, mas quando tu tem um restaurante que a coisa está correndo e tu está vendo é mais complicado um pouco. (...) [Então a tua rotina de trabalho te atrapalhava um pouco na manutenção da alimentação?] Atrapalhava bastante. Mais que agora.”

Isso vai ao encontro do que foi discutido no segundo e no terceiro capítulo desta tese sobre o mundo do trabalho e o modo de vida que pode levar as pessoas a adquirir peso. O modo de vida *Just in time*, citado no terceiro capítulo, se refere exatamente ao que o entrevistado 27 citou. O modo de vida, as condições de trabalho contribuem, contundentemente, para a obesidade e outras questões que não favorecem a promoção da saúde, ou o tratamento, e a alimentação pós-bariátrica. “Hoje estamos comendo, bebendo e nos movimentando de maneira inédita na história humana. Essas mudanças interagiram com nossa biologia, criando a epidemia de obesidade – e de todos os problemas de saúde individuais e públicos que a acompanham” (POPKIN, 2009, p. 123). Sendo assim, foi possível perceber, nas falas dos usuários, que esse modo de vida impacta a saúde e se configura fator desencadeante de doenças.

Em relação às condições de moradia, o que se pode verificar é que, dos entrevistados, a maioria (15 deles - 55,6%) reside na capital do Estado, Porto Alegre, local onde fica o Centro de Obesidade em que realizaram a cirurgia. Dois (7,4%) residem em cidades da região metropolitana de Porto Alegre; 09 (33,33%) usuários residem no interior do Estado do Rio Grande do Sul; e um (3,7%) reside

agora no Estado de Santa Catarina, porém, na ocasião da cirurgia residia no Rio Grande do Sul. Esse dado é importante, pois, os usuários que residem em cidades do interior precisam, muitas vezes, fazer uma longa viagem até Porto Alegre para cumprir a agenda de acompanhamentos. E mesmo para aqueles que residem em Porto Alegre ou cidades próximas, as vindas para o hospital, geralmente representam um gasto a mais (para custear o transporte) que pode pesar no orçamento. Além disso, há também a dificuldade para usar o transporte coletivo, como se constata no relato a seguir:

Sujeito 5: [...] os ônibus agora também estão deixando a desejar, porque não tem tantos ônibus em frequência. Tem uma hora que já não tem mais ônibus para vir para cá, claro que de Viamão para Porto Alegre tem de hora em hora à noite né, mas aonde eu moro, que é depois do centro de Viamão, só até um certo horário, daqui de Porto Alegre para ir pra lá é só até a meia noite, depois já não tem mais, e de lá pra cá é bem mais cedo, por isso que é ruim de sair, se tiver que passear, por exemplo, tem que pegar um ônibus, um Viamão e ir até o centro de Viamão e depois pegar um táxi, e agora no horário de verão vai reduzir mais ainda porque vai estar todo mundo de férias, eles acham que não têm trabalhadores que precisam né, então vai acabar reduzindo mais ainda.

Reiterando o que foi anteriormente mencionado, as condições de moradia são elementos importantes que compõem o “quadro” dos determinantes sociais da saúde. Durante as entrevistas, perguntou-se aos usuários sobre as condições de sua moradia, e 23 (85,2%) deles disseram possuir casa própria quitada, sendo que destes, um (3,7%) tem a casa está financiada; dois (7,4%) residem em casa alugada; um (3,7%) reside em área verde; e um (3,7%) em um lar comunitário. A grande maioria, 21 (77,8%) dos entrevistados, reside no local há mais de 10 anos, isso quer dizer que já residiam nesses locais antes da realização da cirurgia bariátrica; 26 (96,3%) sujeitos disseram morar com familiares — filhos, cônjuges, pais, sobrinhos, irmãos e cunhados. Apenas um (3,7%) entrevistado mora em um lar comunitário.

O Quadro 3 apresenta uma síntese das condições de moradia, saneamento básico, coleta de lixo, entre outros elementos do lugar onde vivem, que impactam a saúde da população.

Quadro 3 - Condições de Moradia

Rua em que reside	Sim	%	Não	%
É pavimentada?	22	81,5	05	18,5
Possui iluminação pública?	27	100	-	-
Possui sistema de água encanada?	27	100	-	-
Possui sistema de esgoto?	27	100	-	-
Possui coleta de lixo?	27	100	-	-
Passa linha(s) de ônibus?	27	100	-	-
Problemas condições moradia?	25	92,6	02	7,4

Fonte: Scherer (2015).

Constata-se no Quadro 3 que 22 (81,5%) dos entrevistados têm suas residências em ruas pavimentadas, enquanto que cinco (18,5%) residem em ruas não pavimentadas. O total de 27 (100%) dos entrevistados afirma que os locais em que vivem possuem iluminação pública, sistema de água encanada, sistema de esgoto e coleta de lixo. Ao serem indagados sobre problemas em relação a esses e outros aspectos, na rua ou bairro em que residem, 25 (92,6 %) dos entrevistados afirmaram não haver problemas desta ordem em seus locais de moradia, enquanto cinco (18,5%) afirmaram que há algum problema relacionado a essas questões nos locais onde residem.

O que chama a atenção nessa questão é que apenas dois (7,4%) entrevistados responderam que havia problemas nas condições de moradia e urbanismo. Porém, quando perguntados se havia algum problema dessa ordem que atrapalhasse a vida ou saúde deles, 19 (70,4%) entrevistados responderam que sim, que havia. Dentre esses problemas, os mais citados foram: poluição, trânsito, insegurança, falta de linhas de ônibus, barulho. Seguem algumas falas com exemplos:

Sujeito 7: “Olha... [...] o que atrapalha é a insegurança, né? Não se tem segurança, porque onde eu moro é bem complicado. E, na verdade, é só isso, porque ônibus eu tenho vários, posto de saúde eu tenho perto, se tu vai reclamar do posto de saúde é a mesma coisa que tu já sabe: tem que madrugar para tirar ficha e aquela coisa toda, mas é o básico. É só insegurança mesmo. Que é muito raro passar um policial ali na rua. Ali tem muita pessoa drogada, principalmente a noite, que eles ficam fazendo ponto, as gurias ficam fazendo ponto, daí chama outros, entendeu? Aí complica.”

Sujeito 11: “A poluição, né. É uma cidade que tem muitos curtumes, então o cheiro incomoda, né, a poluição é bem complicado. E a proximidade com a RS [...] então tu sente aquele cheiro de poluição de veículos, então isso é o que mais incomoda.”

Sujeito 12: “Assim, quando chove tu não pode nem sair para trabalhar, né. Cada vez que chove a gente aparece na TV. Alaga tudo, a gente fica sem... qualquer chuvinha que dá a gente fica sem água, sem luz. E assim, como a gente mora no beco, eles não querem botar luz só para uma pessoa. Eles querem botar para 4, 5 pessoas numa caixa. E as pessoas não querem botar luz, assim como água, eu sou a única que pago água do meu beco. Quando eu comecei a pagar ninguém quis botar. E daí atrapalha bastante. Eu gosto muito de lá, mas eu tenho vontade de ir embora de lá. Por causa disso, eu gostaria de ter a minha água, eu gostaria de ter a minha luz. Ter um lugar onde meu bebezinho agora pudesse sair de bicicletinha, de motinho... não vai dar lá, porque é tudo... coisa horrível! Horrível!”

Essas falas dizem muito sobre o lugar onde vivem essas pessoas e de como elas vivem e enfrentam problemas cotidianos, os quais, muitas vezes, podem até passar despercebidos em suas rotinas. É como se direitos já não fossem mais reconhecidos como tal e negligenciados um após o outro. É o caso do Sujeito 12, cujo filho não pode brincar na rua de bicicleta por residir em um beco, e quando chove alaga e não tem segurança; e do Sujeito 7 que relata nunca ver um policial na rua e, portanto, sente-se insegura. Essa mesma usuária (Sujeito 7) cita várias expressões da questão social e direitos negados: prostituição, dependência química, sair de madrugada para conseguir uma ficha e ser atendida no posto de saúde, entre outros. São pessoas que vivenciam, em seu cotidiano, questões que vão impactar diretamente a sua saúde.

Saúde é uma questão social, econômica, política e, acima de tudo, um direito humano fundamental. Desigualdades, pobreza, exploração, violência e injustiça encontram-se entre as causas das doenças e morte dos pobres e marginalizados (NOGUEIRA, 2011, p. 67).

As falas que seguem continuam retratando essa realidade:

Sujeito 19: “Atrapalha no sentido assim: eu acho que para o ser humano se sentir bem ele tem que, em primeiro lugar, se sentir muito bem onde ele more. Eu não me sentindo bem onde eu moro influencia totalmente em todos os fatores da minha vida. Vai me influenciar na convivência social, na saúde, no meu humor... em tudo. Influencia em tudo! Isso é a minha opinião, né. Para mim influencia em tudo. A minha casa eu julgo boa, mas se eu morasse em uma casa que tivesse em uma rua pavimentada, com o esgoto certinho – tudo como o IPTU cobra e determina que tem que ter e não tem – com certeza... não vou dizer que os meus problemas seriam menores ou maiores, mas eles seriam mais aceitáveis até para mim mesmo como pessoa. Não sei se tu estás entendendo o que eu quero dizer. Não é que eu tenha uma virose, uma diarreia ou que eu tenha algo porque meu esgoto é precário, mas o incômodo que me dá como pessoa. Atinge, às vezes, na minha saúde no instante que, por eu ser Bipolar, me irrita constantemente até porque deveria ser melhor.

Sujeito 23: “Acho que a pavimentação e esgoto são problemas. Tem, mas têm muitos valões abertos. E a linha de ônibus. Só tem uma e leva uma hora e dez. E é ele e deu, não tem outra opção para tu chegar até lá. Fora isso...”.

Essas falas revelam uma realidade, um cotidiano de vida, de problemas relacionados aos locais de moradia, condições de acesso, de transporte, que são fundamentais e que precisam ser conhecidos pelas equipes que cuidam da saúde desses sujeitos. Tais questões, citadas durante as entrevistas, revelaram realidades que impactam as condições de saúde tanto físicas quanto mentais, e que precisam ser conhecidas e compreendidas para que seus tratamentos médicos sejam mais efetivos.

Como se vê, a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do século XX e já no XXI, com a emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria e da degradação social e das perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho. Mais que isso, envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres. Nesse sentido, é necessário apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência [...] (NOGUEIRA, 2011, p. 54).

As falas que seguem revelam muito do modo como esses usuários bariátricos enfrentam situações cotidianas, e que podem impactar seus tratamentos. Quando perguntados se gostavam de residir no local onde vivem, 22 (81,5%) sujeitos responderam que sim e os motivos foram quase sempre os mesmos: lugar seguro, tranquilo, onde os vizinhos se conhecem. Isso é fundamental para a qualidade de vida e o restabelecimento da saúde, pois é nos bairros, cidades onde as pessoas residem, que geralmente formam seus laços de amizade, conhecendo pessoas com quem podem contar e sentirem-se seguros.

Sujeito 3: “Sim/gosto de viver lá, pois cresci ali, tenho raízes, família. Lugar pequeno, seguro, sossegado e todos se conhecem”.

Sujeito 11: “Sim, porque é bem centralizado, próximo à capital, ao meu local de trabalho, e é uma cidade ainda pacata, tranquila, não tão interior. Então, por esses motivos eu gosto. Mas, é uma cidade que não tem muito lazer, mas para descansar, uma cidade segura, ainda, então, por esse sentido eu gosto de morar lá”.

Já, cinco (18,5%) dos entrevistados responderam que não gostam de morar no local onde vivem, pois relatam problemas como falta de segurança, locais

barulhentos, de muito movimento, falta de infraestrutura — saneamento e esgoto — local de difícil acesso, falta de transporte público, que se apresentam como condições insalubres de moradia, conforme pode ser verificado nas falas a seguir:

Sujeito 5: “Não, porque na frente da minha casa, só tem traficantes, dá tiroteio. A minha casa é boa, tem um pátio enorme, tem árvores frutíferas mas além de ser longe, em vista de eu pegar ônibus e chegar duas horas depois na minha casa, então é cansativo, não tenho carro, dependendo de ônibus, então tu te priva muito de ir para os lugares por falta de condução!”

Sujeito 20: “Não. Porque o local não me dá todas as infraestruturas básicas que eu gostaria que tivesse: calçamento, esgoto... tudo como deveria ser. Até tem, mas são aquelas coisas bem precárias e bem longe do básico necessário. E esse é o real motivo de eu não gostar de morar onde eu moro. O local é bom. Até banditismo, violência é uma coisa bem moderada, mas deveriam ter muitas melhorias na parte principal que não são feitas”.

As falas anteriores demonstram o que os usuários entrevistados vivenciam em suas realidades cotidianas, o que a população em geral tem vivenciado em relação à segurança. A realidade macrossocial de insegurança, experimentada por praticamente toda a população brasileira, também é evidenciada nas entrevistas.

Tal insegurança remete a um conjunto de inseguranças que compõem a violência estrutural, cada vez mais acirrada no contexto atual. A segurança se constitui como uma necessidade humana que deve ser compreendida em sua totalidade, isto é, em suas diversas mediações, demandas no contexto de acirramento das expressões da questão social. Desse modo, a segurança é reconhecida como um direito humano fundamental [...] (SCHERER, 2014, p. 4).

De acordo com Scherer (2014), a segurança é um direito fundamental e sua falta, traduzida como insegurança, está presente no contexto atual da sociedade brasileira e contribui para as iniquidades em saúde da população que vivencia a insegurança em seu cotidiano.

Nesse sentido, Sposati (2009) diz que a segurança é uma exigência antropológica de todo o indivíduo, e que ela não se resume a uma satisfação individual, mas antes a uma satisfação que precisa ser coletiva, de uma sociedade que se preocupa com a ordem segura de toda a população.

Quando os usuários dizem que não gostam de residir no local onde vivem atualmente, em função das questões de segurança, estão falando também das condições de saúde, do medo, do risco de sair à rua para praticar atividade física, pois podem ser roubados, sofrer todo o tipo de violência, correr o risco de serem

atingidos por bala perdida, entre outros fatores. Dessa forma, é um risco para a saúde morar próximo a zonas tomadas pelo tráfico de drogas, ou em lugares onde o esgoto corre a céu aberto, ou em locais muito poluídos. Todas essas e muitas outras condições de moradia impactam a saúde e são determinantes sociais da saúde que precisam ser considerados quando se fala em cirurgia bariátrica.

Esses determinantes sociais precisam ser conhecidos pelas equipes bariátricas, para que consigam entender que o usuário sofre com iniquidades que o impedem de restabelecer sua saúde, para evitar culpabilizações individualizantes. É especialmente para trabalhar na perspectiva da orientação, de uma informação com qualidade, compreendendo as vulnerabilidades a que os sujeitos estão expostos, tentando, ao menos, gerar modos de driblar tais realidades, buscando acesso aos direitos que dizem respeito à segurança e às condições de moradia.

Não há dúvida em afirmar que trabalhar nessa perspectiva é uma tarefa difícil e que necessita de articulação política, ética, além da necessidade de outras políticas públicas que trabalhem articuladas, efetivando os direitos dos usuários. E aí é necessária a intervenção do Estado em articular diferentes políticas, propor ações e projetos que visem ao direito à segurança, trabalhando na perspectiva da intersetorialidade, com ações não focalizadas, conforme afirma o autor:

O direito às seguranças só pode ser garantido se houver uma intensa articulação entre as diferentes políticas públicas, na perspectiva intersetorial sob sua forma universal e indivisível. A garantia do direito às seguranças não pode ser resumida a determinadas ações pontuais no âmbito de apenas uma política pública. Isso significa afirmar a necessidade de pensar em ações que possam romper com a focalização de políticas sociais, ampliando a articulação de ações na lógica da equidade social (SCHERER, 2014, p. 9).

Sendo assim, é possível perceber que a questão da segurança determina a saúde dos usuários à medida que deixam de fazer alguma atividade de lazer ou atividade física, em função dos riscos a que estão expostos em todos os lugares, mas em especial em algumas regiões que têm se mostrado mais vulneráveis.

O mesmo ocorre em relação às condições de saneamento básico, esgoto, entre outros. Quando existem buracos nas vias públicas, esgoto a céu aberto, enchentes, lixo nas ruas, a saúde da população que convive com essas realidades também fica comprometida. Nessas condições, também é difícil fazer uso de espaços públicos, próximo de suas residências, para práticas de atividades ao ar

livre. E isso diz respeito aos determinantes sociais da saúde, porque são essas condições de vida e moradia que vão, em parte, determinar a saúde da população que convive com essas realidades diariamente, pois não há como ter/manter a saúde quando se vive em condições insalubres, exposto aos mais variados tipos de problemáticas como os citados anteriormente: lixo nas ruas, esgoto a céu aberto, alagamento, entre outros.

Em relação às formas de lazer, prática de atividades esportivas, cultura e informação, os entrevistados responderam, durante a entrevista, perguntas abertas que lhes permitiram falar de forma livre sobre como buscavam informações, quais as principais fontes, se praticavam atividade física e quais atividades culturais acessavam e/ou participavam como lazer ou forma de convívio comunitário, que também pode ser considerado lazer. Essas perguntas tinham o objetivo de conhecer, saber se os usuários no pós-CB conseguiam praticar atividades físicas, tão importantes para seu tratamento; se depois da CB havia mudado o aspecto do convívio social, lazer, em relação ao que ocorria em suas vidas antes da cirurgia, pois esses fatores são imprescindíveis para a saúde de qualquer pessoa e impactam diretamente a saúde mental desses usuários.

Sendo assim, quando perguntados sobre o que costumavam fazer no seu tempo livre, grande parte citou assistir TV. O que também apareceu com frequência, nas respostas, foi ler e passear com a família, aproveitar o tempo para descansar, pois a rotina de trabalho é pesada, e também utilizam o final de semana para ficar em casa descansando. Outra situação que foi citada pelos entrevistados foi o cuidado com a alimentação que o pós-CB exige e a rotina de passeios e trabalho que é alterada em função desses cuidados.

A fala a seguir revela que a rotina pós-operatória muda e que o usuário bariátrico precisa inserir em seu cotidiano, nos passeios, no trabalho, o cuidado com o preparo da alimentação.

Sujeito 15: "Ficar com a família, sair, me organizar, né, porque quando se estuda e trabalha, e depois da bariátrica tudo fica mais complicado, tu tem que cuidar além da tua saúde, tua alimentação tem que cuidar, não pode comer porcarias. Fico entre eles e entre mim, assim. Assim, cuidando mais de mim e deles, né. Porque a questão é assim, depois da cirurgia tive problema de ferratina, tem que cuidar da minha alimentação, tem que comer feijão... e como eu trabalho de segunda a sexta, oito horas e estudo todos os dias, eu tiro final de semana pra me organizar, pra sentar e ver o que está faltando. É que eu me programo pra minha alimentação diária, né, ver o que eu vou comer na semana, o que eu tenho que levar, a questão

também de cuidar: vamos no supermercado, vamos ver o que tá faltando, e cuidar da família, né?!”

Outra questão que merece destaque nas entrevistas, que revela mudanças de hábitos após a CB, foi a mudança de estilo de vida quanto à atividade física. Duas realidades distintas foram percebidas. A primeira: nove (33,33%) dos entrevistados afirmaram que depois da bariátrica iniciaram atividades físicas regulares. Muitos deles revelaram que isso só foi possível porque perderam peso, concomitantemente, o exercício contribui para essa perda e manutenção do peso.

Sujeito 8: “Antes eu pedalava, agora dei uma parada, dores no joelho. Isso depois da cirurgia, com o meu peso antes não tinha como. Eu voltei porque quando era mais magro eu pedalava”.

Sujeito 16: “Ah, eu faço academia, musculação e corrida, bicicleta, jogo futebol e deu, senão cansa. Eu acordo todo o dia as 10 pras 6 da manhã, corro 45 minutos, trabalho, almoço, trabalho, volto para a academia para fazer musculação. Todos os dias. Só domingo que eu paro.

A segunda realidade percebida foi que 18 (66,7%) dos entrevistados informaram que não praticavam atividade física à época da entrevista. Isso chama a atenção para o fato de que a atividade física é altamente recomendada pela equipe do Centro de Obesidade, e sabe-se de sua importância para a saúde humana e, especialmente nesse caso, para a perda de peso. Os motivos citados pelos entrevistados, que os impedem de praticar atividade física, variaram entre questões de saúde (hérnias⁶⁷, problemas ósseos, dores, entre outras), ou relacionadas à falta de tempo e à dificuldade financeira, além do já mencionado, questões de segurança.

Sujeito 20: “Nada, para ser sincero. Eu tenho bicicleta e eu andava bastante quando eu estava mais assim[...] no programa, eu fazia como atividade física, mas agora de vez em quando[...] nem dá para considerar. Antes, eu andava bastante. Todo o dia, né? Era religioso. Mas, agora como eu estou mais no negócio, meus pais não estão muito bem tem que ficar mais no comércio. Então, não dá, né?! Então, tu acaba não tendo muito tempo para fazer uma atividade física regular.

Sujeito 21: “Antes de eu fazer a cirurgia de hérnia eu fazia caminhada e hidroginástica. Agora, devido à dificuldade financeira (...) a hidroginástica

⁶⁷A hérnia da parede abdominal ocorre quando parte de um órgão (normalmente, alças do intestino delgado) se desloca, através de um orifício (chamado de anel herniário), e invade um espaço indevido (saco herniário). Esse deslocamento somente é possível devido ao enfraquecimento do tecido protetor dos órgãos internos do abdômen, que pode ocorrer em consequência de um problema congênito ou pode estar associado a esforços em demasia (exercícios físicos, gestação ou obesidade, por exemplo) que deixam a parede abdominal fragilizada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HÉRNIA E PAREDE ABDOMINAL, 2015).

faz mais de 1 ano que eu ainda não consegui retornar, quero ver se consigo [...] Sim, mas sempre pratiquei algum exercício. Dentro do possível e da condição financeira.

Mais uma vez, a questão financeira representa um empecilho para a prática de atividade física e a conseqüente perda de peso, ou seja, a melhora da saúde. Por isso é tão importante pensar sobre a questão econômica e sua relação com a CB. Posteriormente, retomar-se-á essa discussão, pois as questões econômicas e financeiras aparecem como um “nó” a ser desfeito para que os usuários consigam restabelecer sua saúde, perdendo e mantendo peso com uma vida considerada saudável.

Algumas perguntas da entrevista se referiam às condições de acesso ao serviço. Essas perguntas são importantes, pois revelam como, de que forma os usuários conseguiam/conseguem acessar o COM e podem mostrar a importância de se ter hoje, nos municípios e UBS de Porto Alegre, algum tipo de referência de equipe de saúde que possa atender esses usuários com qualidade. Também mostram as dificuldades enfrentadas por esses usuários para chegar até o hospital São Lucas da PUCRS, onde fica localizado o COM. E a pesquisa mostrou que, dos entrevistados, cinco (18,5%) utilizam veículo próprio, 13 (48,2%) utilizam transporte público coletivo, oito (29,6%) utilizam transporte fornecido pelas prefeituras, e um (3,7%) utiliza ônibus de linha, mas com passagem custeada pela prefeitura para vir até o hospital.

Esses dados revelam que a maioria dos usuários utiliza transporte coletivo para acessar o hospital, portanto, precisam pagar a passagem para se deslocarem. Os usuários que utilizam o transporte da prefeitura relatam algumas dificuldades em relação ao uso desse meio. Muitos reclamam da falta de espaço no interior das vans e ônibus. Por serem obesos precisam de mais espaço, no entanto, os veículos da prefeitura não são adaptados para isso e não aceitam disponibilizar dois assentos para o usuário obeso.

Outra dificuldade enfrentada é a questão dos horários. Geralmente, o transporte da prefeitura não pode, ou não quer, esperar pelos usuários, às sextas-feiras, quando eles vêm para as consultas. Muitos desses transportes das prefeituras do interior marcam um horário por volta das 16h para retornarem aos municípios, no entanto, muitas consultas podem ocorrer depois desse horário e os motoristas não esperam pelos usuários. Isso é um problema recorrente que muitos

enfrentam, pois os transportes dos municípios retornam em horário predeterminado. E os usuários do precisam ficar esperando, às vezes, até às 18h e 30min. dependendo do atendimento que necessitam, ou esperando outros usuários que também utilizam esse transporte. A fala a seguir relata um pouco dessa dificuldade e como o entrevistado enfrenta essa situação.

Sujeito 26: “Transporte de saúde [...] fornecido pela prefeitura. [E como é esse serviço?] Sinceramente? Porque o ônibus é muito pequenininho, é apertado, e toda vez que ele me traz ele me deixa. Porque as consultas me atendem muito tarde e ele me espera até às 3h da tarde. Passou das 3h eu fico. Aí, geralmente eu pago a passagem e eles me repõem quando eu chego lá. Daí tenho que pegar um ônibus daqui que vai para a rodoviária e lá pego. Até hoje sempre me reembolsaram as passagens que eu paguei. Só que geralmente tu tem que vir e já tem que trazer o dinheiro para a passagem tua e do acompanhante, né?!”

Nesse caso, a solução encontrada pela prefeitura do interior e o usuário foi ele voltar para a cidade com o ônibus de linha e depois a prefeitura o reembolsava. Mas como o próprio usuário refere, precisa ter dinheiro para ele e para o acompanhante (familiar) e nem sempre eles dispõem dos valores para as passagens, que geralmente são altos, dependendo da distância. Entretanto, é necessário mostrar situações de potencialidade e uma delas se traduz na fala que segue, sobre as mudanças positivas advindas da CB em relação ao uso de transporte coletivo.

Sujeito 11: “Na época, antes da cirurgia, tinha que alguém me trazer, porque eu não tinha como entrar em ônibus, não tinha... nada. Então dependia de alguém que me trouxesse de carro. Deslocar eu não me deslocava, onde eu estava eu ficava. Quando tinha que sair de casa, alguém tinha que me ajudar e caminhava muito pouco. Para vir aqui o carro me deixava na frente do hospital e para chegar aqui em cima tinha que parar 4, 5 vezes, antes de chegar aqui. [...] Poucos passos e eu não conseguia mais caminhar. Hoje eu posso vir de ônibus, de lotação, às vezes uma caroninha de alguém sempre é bem-vinda”. [Então, a senhora vem de transporte público agora?] - Sim”.

Nota-se, na fala da usuária, uma mudança considerável em seu estilo de vida, na maneira como ela se deslocava e o quanto lhe facilitou andar pela cidade após a CB e a conseqüente perda de peso. A melhora no deslocamento para caminhar e menor cansaço foram alguns dos benefícios relatados pelos usuários depois da CB.

Ainda em relação às condições de acesso ao serviço de cirurgia bariátrica, perguntou-se aos usuários de que forma foram encaminhados ao COM. Dos

entrevistados, quatro (14,8%) foram encaminhados por interconsulta através de outro serviço dentro do Hospital São Lucas que fez o encaminhamento do usuário para o COM ao ser observada a possibilidade de realizar a cirurgia bariátrica. Isso ocorreu com usuários operados há mais tempo, pois essa prática já não ocorre mais. Hoje, todos os usuários precisam ser encaminhados via posto de saúde/SMS, como foi o caso dos outros 23 (85,2%) usuários entrevistados, e alguns casos chegaram até o serviço por via judicial. Nesse caso, o usuário entra com processo judicial em sua cidade ou comarca e o juiz expede um mandado para que tal usuário consiga ter prioridade na fila do SUS da SES, então consegue chegar ao serviço de forma mais rápida.

Depois que os usuários conseguem chegar até o hospital e vinculam-se ao Centro de Obesidade, esse vínculo torna-se bastante forte, tanto que muitos dos usuários acabam procurando o COM para outros tipos de problemas de saúde que possam ocorrer. Muito disso acontece porque os usuários encontram dificuldades de atendimento, que são comuns a qualquer cidadão brasileiro, não só aos bariátricos: dificuldade de acesso aos postos de saúde, de conseguir atendimento em vários âmbitos, o que os leva a tentar atendimentos não relacionados à bariátrica no Centro de Obesidade.

Dos entrevistados, cinco (18,5%) disseram não usar nenhum outro tipo de serviço de Saúde Público e os outros 22 (81,5%) relataram que utilizam outros serviços de saúde do SUS para atender suas demandas de saúde, não relacionadas à CB. Muitos deles enfrentam dificuldades em conseguir atendimento para demandas de saúde em geral, não relacionadas à CB.

Sujeito 06: “Tem posto lá só para ter decoração onde eu moro, porque não tem médico. Já liguei reclamando para a prefeitura. Aí, se tu quer tu tem que ir no posto lá no outro bairro. Daí, tu tem que dormir lá, porque são apenas 2 fichas por médico. E tu não consegue essas 2 fichas, porque alguém chegou mais cedo que tu e tu desiste.”

Sujeito 09: “O posto eu uso para tomar as vacinas. Sempre que sai uma vacina, a gente toma no posto. [Mas não relacionada à cirurgia?] Relacionado a cirurgia só o COM. E a terapia, que eu faço aqui na faculdade, no SAPP”.

Essas últimas falas retratam bem a realidade encontrada pelos usuários nos serviços de saúde públicos no país. Não se tem a intenção de atribuir somente sentidos negativos ou dizer que nada funciona no âmbito da saúde, pois ressalta-se

a importância desse sistema de saúde complexo e grande como o SUS para todos os cidadãos brasileiros. Porém, se faz necessário perceber os pontos fracos e levar em consideração o compromisso ético-político de trabalhar em prol do SUS para suprir as lacunas existentes e qualificar o atendimento, contribuindo, assim, para a saúde de toda a população.

Ainda em relação à fala anterior, do Sujeito 09, ela expressa que o atendimento, por exemplo, em saúde mental, tão importante no pós-operatório bariátrico e que é tão difícil de acessar via atendimento público, precisa ser alcançado em outras alternativas, como atendimentos prestados por universidades. Ou ainda quem tem condições financeiras busca tratamento em serviços privados, porém, nas entrevistas, apenas sete (25,9%) usuários entrevistados informaram que utilizam algum outro tipo de atendimento em saúde. Os outros 20 (74,1%) entrevistados disseram que somente utilizam o SUS, o que corrobora o que foi dito anteriormente em relação à importância desse sistema de saúde para a população brasileira.

Outro fato que também ocorre é a dificuldade de os usuários conseguirem atendimento em unidades de saúde que não seja o COM para suprir alguma demanda em relação à cirurgia bariátrica. Isso precisa ser revisto pelo Estado, pois os usuários bariátricos precisariam ter pelo menos uma unidade de referência nas suas cidades ou regiões que os atendessem, especialmente depois de algum tempo da cirurgia.

A dificuldade de entendimento da cirurgia bariátrica, por parte das equipes de saúde de unidades básicas, ESF, entre outros, precisaria ser revista para facilitar o acesso e o atendimento desses usuários. A fala abaixo exemplifica essa dificuldade:

Sujeito 12: “Olha, uma vez eu tive uma dor muito grande devido a uma virose que eu tive e eu procurei os postos de saúde. Eu fiquei muito surpresa de como eles são mal informados para trabalhar com quem tem uma cirurgia bariátrica. Primeiro, que a guria que me atendeu não sabia nem o que era uma cirurgia bariátrica. Eu apresentei uma carteirinha, que a secretária fornece no COM para nós e ela olhou e falou: “Nossa, senhor, você nem tem como ser atendido pelos médicos que a gente tem”. E eu disse: “moça, eu fiz uma cirurgia de redução de estômago. Eu não sou um E.T.!”. A impressão que me deu naquele momento foi essa. Parecia que eu era um ser de outro planeta. Pelo jeito que ela lidou. Eu acho que isso é muito mal informado. As pessoas têm uma ideia formada de uma cirurgia de redução de estômago[...] primeiro, que se tu falar em cirurgia bariátrica ninguém vai saber o que é. Então, eles têm uma ideia muito errada disso por falta de informação dos próprios órgãos públicos. Não me ajudaram em nada. Eu tive que ligar lá para o pessoal e comunicar: “Olha, procurei meu

posto e eles não têm como me ajudar”. E aí, o que eu tive que fazer? Tive que ir em um outro posto, que se chama Postão, que é tipo um posto central no centro da cidade que é 24 horas e lá eles me conseguiram... quando eu digo “conseguiram” é aquela coisa de: “eu conheço fulano, eu conheço ciclano” e daí conseguiram emergencial uma consulta com um gastro. E daí o doutor solucionou o problema como se arrancasse com a mão, porque a pessoa quando conhece, conhece [...]. Eu tive uma virose e aí o pessoal não tinha como me atender, até porque eles achavam que quem fez uma cirurgia bariátrica, um clínico geral em um posto de saúde não pode te atender. E não é por aí que deve funcionar! Como eu te coloquei: falta de informação”.

Essa fala define o que vinha sendo dito sobre o desconhecimento das equipes de saúde, em geral, de conhecer a CB e prestar atendimento para usuários que realizaram essa cirurgia. Como disse o próprio usuário, falta informação! É necessária uma atenção importante, por parte do Ministério da Saúde, para os usuários, para que se possa, pelo menos, referenciar uma unidade básica de saúde, por cidade ou região, treinar as equipes dessas unidades, possibilitando receber e atender os usuários bariátricos com qualidade.

A questão da falta de informação das equipes de saúde faz com que os usuários sigam à risca a orientação que lhes é passada pela própria equipe do Centro de Obesidade: procurar esta equipe se sentirem qualquer sintoma que pode estar relacionado à CB. Dos entrevistados, 24 (88,9%) referiram que nunca buscaram atendimento em outro serviço de saúde que não o COM para suprir demandas relacionadas à CB. Dos três (11,1%) que procuraram outro serviço, um (3,7%) foi apenas para realizar exames (parte do acompanhamento pós-operatório) que levaria para a equipe do COM avaliar. Dos outros dois (7,4%), um fez cirurgia plástica de abdômen, pois considerou muito demorada para realizá-la pelo SUS, e outro fez exame por imagem.

Outro questionamento importante e que tem um impacto grande na vida dos usuários, após a cirurgia bariátrica, especialmente no que diz respeito às condições financeiras, é o uso das medicações/suplementos vitamínicos recomendadas no pós-operatório. Assim como os cuidados com a alimentação são essenciais para o sucesso da cirurgia, a suplementação vitamínica também é essencial para uma boa recuperação no pós-operatório.

Sendo assim, foi feito um levantamento⁶⁸ de preços em três farmácias de Porto Alegre/RS, e a média de preços, de todo o tratamento medicamentoso e suplementação vitamínica, no pós-operatório, ficou em R\$ 775,91. Esse custo se refere aos primeiros 15 dias de pós-operatório, depois disso a pessoa que se submeteu à cirurgia precisa usar um medicamento contínuo que custa em média R\$ 184,49 mensais. Esse montante deve ser somado ao custo dos suplementos vitamínicos cujo uso varia de pessoa para pessoa, conforme suas necessidades. O Quadro 4 mostra uma síntese dos referidos gastos com medicações no pós-operatório bariátrico.

Quadro 4 - Custo médio mensal com medicações no pós-operatório

Custo das Medicações no pós-operatório	
Medicações dos primeiros 15 dias	R\$ 721,00
Medicações de uso contínuo	R\$ 184,49
Suplementos vitamínicos de uso contínuo	R\$ 54,91
Custo total no primeiro mês de pós-operatório	R\$ 775,91
Custo total médio a partir do primeiro mês seguinte ao pós-operatório	R\$ 224,02

Fonte: Scherer (2015).

É importante lembrar que alguns dos medicamentos usados no pós-operatório acima listados, são fornecidos pelo SUS (na atenção básica), mas se referem apenas aos medicamentos ditos menos complexos — analgésicos e remédios para evitar vômitos. Os mais complexos e também mais caros, assim como também os suplementos vitamínicos, não são fornecidos pelos postos de saúde, e para acessar esses medicamentos os usuários precisam ser orientados a entrar com um processo junto à Secretaria Estadual de Saúde, onde o pedido é julgado e nem sempre retorna com uma resposta positiva. E quando a resposta é positiva, esse processo

⁶⁸ Levantamento de preços realizado pela autora, no mês de junho de 2015. Os medicamentos prescritos no pós-operatório imediato estão aqui listados e apresentados pelo nome genérico, são eles: esomeprazol (magnésio 40mg ou cloridrato de ranitidina solução uso contínuo); Ondansetrona 4mg (uma caixa); simeticona gotas (um frasco); enoxaparina sódica solução injetável ou heparina sódica 40mg dia (durante 14 dias); paracetamol gotas 40mg ou dipirona gotas ou trometamol cetorolaco sublingual, se dor. De uso contínuo, a recomendação é de suplementação vitamínica, sendo elas: cloridrato de tiamina, cloridrato de piridoxina, cianocobalamina (vitamina B1 5000 UI (conforme necessidade, no mínimo uma ampola a cada dois meses); suplemento vitamínico-mineral (conforme necessidade, no mínimo um comprimido ao dia); Citrato de Cálcio 500mg + Vitamina D 400UI conforme necessidade, no mínimo uma vez ao dia). Aqui listadas somente as medicações relacionadas à cirurgia bariátrica. Muitos usuários necessitam fazer uso de outras medicações, variando o estado de saúde de cada pessoa.

não tem prazo definido para ser entregue, geralmente variando entre 15 a 40 dias. Portanto, salienta-se a importância de o usuário estar bem informado para poder acessar esse recurso a tempo de fazer uso do medicamento no pós-operatório. Contudo, em relação aos custos cabe mostrar aqui um estudo realizado com usuários do SUS que mostra que, no médio e longo prazos, os usuários tendem a gastar menos depois da CB, pois apresentam melhoras em suas condições clínicas.

O paciente do SUS com uma comorbidez apresentou um gasto no pré-operatório de aproximadamente R\$ 2.403,00 anuais (R\$ 200,27 mensais). Enquanto os pacientes com duas ou mais comorbidezes apresentaram um gasto de aproximadamente R\$ 4.476,00 anuais (R\$ 373,00 mensais), variando de R\$ 2.500,00 à R\$ 5.537,00. Se avaliarmos através das medidas descritivas, a mediana de gasto foi de R\$ 2.217,00 para os pacientes do SUS [...] No primeiro ano de pós-cirúrgico, as despesas dos pacientes do SUS foram aproximadamente R\$ 1.683,00 gerando um gasto mensal de R\$ 140,25 (SÜSSENBACH, 2011, p.33).

Sendo assim, evidencia-se a importância dessa cirurgia para redução de gastos, inclusive do Sistema de Saúde, pois o usuário estando mais saudável também representa menores custos com atendimento em saúde. Evidencia-se, assim, que o investimento no pós-bariátrica, no que diz respeito ao atendimento das demandas dos usuários pelo SUS, vai representar, no médio e longo prazo, menos custos para o Estado.

Todavia, ainda em relação aos custos pós-operatórios de CB, Süssenbach e Mottin (2011) ressaltam que seria necessário haver um descritivo desses custos para esses usuários viverem em suas condições originais (antes da CB) para assim, talvez, se ter uma visão mais real do “antes” e “depois” da cirurgia bariátrica. Isto porque, sem se saber dos custos com medicações, internações, consultas médicas e até mesmo alimentação de cada usuário, antes da CB, fica difícil estabelecer um comparativo com os gastos pós-CB. Ainda assim, os gastos com suplementação vitamínica, no pós-bariátrica, representa um peso no orçamento dos usuários operados, que poderia ser subsidiado pelo Estado, à medida que fornecesse as suplementações vitamínicas necessários ao pós-operatório.

Assim sendo, quando perguntados de que forma os entrevistados acessaram/acessam a medicação no pós-operatório, a grande maioria, 26 (96,2%) relatou que compra as medicações prescritas em função da CB com recursos próprios, pois os postos de saúde não as fornecem, conforme relato abaixo.

Sujeito 20: “Algumas o posto até forneceu, que no início foi a Dipirona, Paracetamol... essas mais de praxe para dores. Mas, o polivitamínico, a B12... esses a gente tem que comprar todos, com recurso próprio. Daí ontem, eu até tenho vergonha em dizer – tenho vergonha em ter que relatar, mas não em ter que dizer, entendeu? – que muitas vezes eu fui auxiliado pelos meus parentes, irmãs e mãe para que esse tratamento desse o resultado que deu eu precisei de um suporte financeiro nessa área. Que são coisas que o SUS não fornece e tem que comprar, né, porque a gente necessita. Se tu fizer a cirurgia e ela não der grandes problemas tu vai ficar sempre tomando a reposição de B12 e o Polivitamínico. Esses são para toda a vida. Claro que se tu tiveres anemia ou alguma coisa... mas são coisas que não dão em 100% das pessoas. Então hoje, se tu pegares uma média entre a mais barata e a mais cara, mas tu vai gastar com certeza em torno de 120 reais por mês. Em média R\$ 100, R\$ 120”.

A fala do Sujeito 20 revela que as medicações representam um peso no orçamento e como o Estado não as disponibiliza nos postos de saúde, os usuários precisam recorrer à ajuda de familiares, amigos para conseguirem dar conta de seu tratamento. Essa é uma questão bastante impactante que apareceu nas entrevistas. A questão da suplementação vitamínica é, atualmente, um dos maiores entraves relacionados à CB, pois sem essas suplementações o operado terá sua saúde comprometida, correndo o risco de ficar anêmico, desnutrido, com baixa imunidade, entre outros. As falas a seguir desenham bem essa questão e ainda mostra que muitos usuários fazem uso de outros medicamentos psiquiátricos ou não, que também precisam ser comprados, pois não são disponibilizados pela rede pública.

Sujeito 9: “Eu compro com custo próprio. [Nenhum tu retiras tu posto de saúde?] Nenhum. Porque(...), por exemplo, assim, a gente toma o ferro. Aí o ferro, o nosso organismo não absorve da mesma maneira o sulfato ferroso. Então a gente tem que tomar um sulfato ferroso mais forte, e esse o SUS não fornece. Só tem comprando. E tem um custo bem mais alto. O ferro custa 5 reais e o que tomamos custa em torno de R\$ 30, R\$ 35. É bem mais caro. E a B12 também, esta medicação o SUS não fornece. Tem que comprar também. E o suplemento vitamínico, que é aquela vitamina, não é considerado um medicamento. Então o SUS também não fornece [...]”.

Sujeito 25: “Bah, eu tenho que comprar, na verdade. E a mais complicada são os polivitamínicos, né, que é o mais caro. Que é bem caro! [...] Eles pedem para tu comer ovos. Seriam... Ah, me deu um branco agora! Não vou me lembrar o nome. Que eu como dois por dia, isso entra como remédio seria, né?! Porque clara de ovo é proteína. E mais leite em pó... eu gasto bastante, eu gasto uns R\$ 300, R\$ 400 por mês nisso. Uso suplemento vitamínico, injeção de B12, Cálcio com vitamina D. Tem mais alguma coisa aí! Nenhum eu consigo pelo Posto.”

Dessa forma, é possível perceber, mais uma vez, o quanto a questão econômica tem impactos consideráveis depois da cirurgia bariátrica. Por isso

mesmo, o Estado precisaria rever alguns protocolos relacionados ao pós-cirúrgico, pois os suplementos vitamínicos prescritos precisam estar disponíveis para a população bariátrica nos postos de saúde, a exemplo de medicações que são fornecidas para a população com outras doenças crônicas, como asma e hipertensão. Assim, o tratamento pós-CB estaria garantido por completo para que os usuários não tivessem seus orçamentos tão alterados e não deixassem de usar essas suplementações que são essenciais para a manutenção da saúde.

E justamente a saúde, a manutenção ou o restabelecimento dela é que foi apontado pelos entrevistados como principal motivo que os levou a buscarem a CB. Essa questão trouxe à tona vários problemas cotidianos enfrentados pelos usuários em relação à obesidade. Só quem escuta os relatos, que convive ou que vivencia isso, consegue se aproximar dos sentimentos de tristeza, humilhação, preconceito e doença que as pessoas com obesidade vivenciam. Os relatos a seguir retratam esses sentimentos e os motivos pelos quais os sujeitos buscaram a CB.

Sujeito 7: “[...] Todo mundo dizia que eu tinha passado do limite, mas eu não me enxergava gorda. E foi uma vez que eu fui entrar numa lotação. Foi ali que eu enxerguei que realmente eu estava acima do peso. E uma senhora falou que se eu entrasse na lotação e se eu sentasse no banco ela iria levantar. E só tinha um lugar no lado dela. E aí o motorista disse: “Não, mas a senhora não pode fazer isso!”, e ela falou: “Não, então o senhor pare o carro que eu vou descer, não vou sentar do lado dessa gorda”. Aí, ali foi o... báh, tomei o baque, daí eu desci da lotação, né?! Desci e fui a pé para a casa e disse: “Ah, não. Agora foi o extremo!”. Daí eu fiquei em casa e comecei a procurar... meio que entrei em deprê e tal. Mas depois foi, foi que eu resolvi fazer e não me arrependo de ter feito”.

Sujeito 6: “Eu já nem conseguia tomar banho sozinha! Estava horrível! Agora, eu estou meio gordinha, mas tava horrível! E motivo pessoal, eu era muito discriminada com o meu próprio corpo. Há uns 3 anos atrás, já depois da cirurgia feita, uma moça me chamou de gorda no ônibus e eu bati nela. As pessoas não te respeitam [...]. Eu tinha muito cansaço, tinha asma... eu tenho asma e apneia”.

Tristeza, depressão, muito discriminada, pessoas não te respeitam, não vou sentar ao lado dessa gorda – esses são fragmentos recortados das falas acima que falam por si. Ouvir esse tipo de relato mostra o quanto a obesidade é sofrida e por vários motivos: preconceito, exclusão, saúde são variáveis que têm um peso muito grande na vida de qualquer pessoa. Seguem mais dois relatos sobre a temática.

Sujeito 13: “Por saúde, não foi por estética. Vou ser bem sincera, eu me achava bonita gorda. Mas eu tinha muito problema, dor nas pernas diabetes, não conseguia andar. Os colegas diziam pra meu filho que a mãe

dele era gorda. Mas eu sinto saudade do meu rosto, do meu peito. Mas são muitos benefícios, hoje eu consigo correr, antes eu falava roncando porque não conseguia respirar, então por tudo isso eu queria muito. Já tinha tomado todos os remédios para emagrecer (...). Minha filha tá gordinha meu filho tá enorme. Eu fico triste porque eu sei o quanto é difícil. Ter dor nas pernas trabalhar o dia todo, e não tem ânimo, e a vida sexual piorou, não tem ânimo pra nada, sexo muito menos. E as pessoas, apesar de dizer que não, são preconceituosas, se tiver serviço vai dar para o magro. Quando veem um gordo pensam que tu é relaxado. Gordo que diz que é feliz é mentiroso. Finge que se aceita. Ninguém quer ser gordo a vida toda, isso é mentira. Foi glorioso quando fui convidada para ser madrinha e entrei em um vestido 42!”

Sujeito 26: “Porque eu estava muito acima do peso. E já estava me prejudicando bastante na saúde. Eu já estava com 36 anos na época, tava com pressão alta, tava diabética e já estava prejudicando no meu serviço também, porque eu já não tinha mais condições de caminhar de um lado para o outro e meu serviço é andando de um lado para o outro, correndo de um lado pro outro, tinha muita dor nas pernas, já estava com problema no fígado, já tinha atacado a vesícula e eu já não tava mais tendo uma vida(...) eu já tinha me impedido de quase tudo. Não pude ter filhos por causa da minha obesidade, eu não conseguia sair mais com o meu marido por causa da minha obesidade(...) me impedia de tudo! E já estava me prejudicando na minha saúde em si. E eu já tinha tentado de tudo, também. Vários tratamentos. Eu comecei meu tratamento com o endócrino em 2000(...) até hoje eu faço tratamento com ele, com acompanhamento do nutricionista, seguindo tudo. Emagrecia com a medicação, 16, 17 quilos, mas engordava o dobro. Abri mão de muita coisa. Eu não saia mais. Eu ia para o serviço, chegava, e era encerrada dentro de casa. Eu não tinha vida social nenhuma. Porque a pessoa com obesidade sofre muito preconceito e, para não passar por constrangimentos ou não deixar a minha menina se sentir constrangida eu não saia. Daí, eu saia do serviço para a casa, da casa para o serviço. E isso prejudicou em tudo, inclusive na minha vida de marido e mulher mesmo. Eu deixei de sair, me tornei uma pessoa quieta, a única coisa que eu fazia era chorar(...) me prejudicou em tudo!”

Não conseguir emprego, dificuldades para desempenhar funções no trabalho, baixa autoestima, isolamento social, problemas familiares, de novo o preconceito, humilhação, exclusão. Observa-se que esse conjunto de dificuldades significa que o obeso se percebe e, de fato, encontra-se à margem da sociedade, excluído e privado de acessar uma série de equipamentos sociais que deveriam fazer parte da vida de qualquer pessoa.

Os relatos apresentados nessa tese mostram vidas transformadas com a questão do peso. Além das comorbidades decorrentes do excesso de peso, há o sofrimento psíquico, pois a pessoa com obesidade é excluída quando impedida de participar de forma plena da vida social, econômica e civil e/ou quando tem acesso restrito a outros recursos — pessoais, familiares e culturais —, de modo que não lhe é permitido desfrutar de uma vida considerada “aceitável” dentro dos padrões da sociedade em que vive. E isso é também um fator de adoecimento. As últimas falas

apresentadas anteriormente remetem ao segundo capítulo desta tese, onde se discute sobre obesidade e seus impactos no modo de vida da população. Ouvindo esses relatos é possível compreender porque a busca pela cirurgia bariátrica representa uma nova oportunidade, uma nova chance, um novo caminho de vida, com perspectivas futuras que, na condição de obeso, ficam difíceis de ser alcançadas.

As oportunidades de um novo caminho, no entanto, só conseguirão se efetivar se os usuários operados conseguirem realizar o seu tratamento pós-operatório de maneira a perder peso com saúde. E aí está o grande nó: para ter saúde precisam estar bem nutridos, fazendo uso das vitaminas e alimentação recomendadas, além da mudança de estilo de vida que a cirurgia demanda. Eis, então, outro grande desafio: como atender as demandas da cirurgia dos usuários bariátricos?

Ao se perguntar sobre as mudanças ocorridas depois da CB, os usuários relataram mudanças importantes na vida de cada um deles. A questão da melhora na locomoção do caminhar foi a categoria que mais apareceu nas respostas para essa pergunta, seguida da diminuição dos problemas de saúde relacionados à obesidade e melhora da autoestima, entre outros aspectos. Os fragmentos das falas a seguir demonstram algumas mudanças significativas que a CB trouxe para a vida dos usuários:

Sujeito11: “Eu não conseguia amarrar o cadarço do sapato se não fosse sentado, dobrando a perna, não encontrava roupa em qualquer lugar [...]. Eu tive muita dificuldade com emprego, também, para conseguir trabalho. O preconceito é muito grande. Transporte público, ônibus era horrível passar em roleta [...]. Eu olhava para o meu rosto no espelho(...) tanto é que eu não tinha espelho de corpo inteiro em casa antes da cirurgia. [...] Eu não era um cara triste, não, pelo contrário, só que eu era um cara que era deprimido e não sabia. Eu fui descobrir isso depois da cirurgia. Eu não tinha vida social. Eu trabalhava, voltava para a casa, estudava voltava para casa, mas eu não saía. Eu não ia em uma festa, eu não saía nos finais de semana, sempre tinha uma desculpa: “Não, eu vou ficar em casa, tenho que estudar”. Por quê? Porque eu sabia que eu ia sair, chegar em algum lugar, todo mundo ia me olhar, e aí depois da cirurgia eu fui perceber: “Pô, eu estava deprimido, eu estava em uma depressão profunda e não sabia”. Ficava sempre isolado. Dentro de casa e no meu mundinho. Isso era o que eu mais fazia antes da cirurgia. Aí depois mudou. E agora eu quero mais é ser visto, é ir para a rua. É bem assim. Roupa hoje(...) quando eu comecei a emagrecer a primeira coisa que eu disse foi: “Bom, agora eu vou chegar, vou entrar numa loja X ou Y, eu vou escolher uma roupa e vou comprar”. E foi bem isso que aconteceu. Então, hoje eu tenho como me vestir melhor, eu tenho como me sentir melhor, então a autoestima aumentou para caramba. Isso muda mesmo”.

Sujeito 26: “Achar uma roupa que servisse, conseguir trabalhar o dia inteiro sem ter que tomar remédio para dor, vivia abaixo de calmante e injeção para poder conseguir trabalhar o dia todo, não saía(...) todos os tipos de dificuldades eu tinha. Mudaram muito. Eu descobri que eu era uma mulher que eu nem sabia que eu era [...]. E a minha roupa era um tênis, um abrigo, uma camiseta, cabelo amarrado. Era o meu jeito. Agora, não. Agora eu saio, eu procuro roupa que eu gosto, eu me arrumo, eu arrumo meu cabelo, eu uso maquiagem, coisas que eu não fazia antes. Eu saio com o meu marido. A gente sai por sair. Sai, dá uma volta no centro, volta para casa. Mas é uma coisa que a gente não fazia. Melhorou a minha autoestima, a minha disposição para trabalhar [...]”.

As falas citadas mostram a mudança de vida que a cirurgia bariátrica provocou na vida desses sujeitos. Mesmo diante de tantas dificuldades e desafios, todos afirmaram que a vida mudou para melhor depois da cirurgia, embora atribuindo significados diferentes para cada uma das mudanças vivenciadas. Encontrar emprego, não ser mais discriminado em diferentes situações, descobrir a autoestima, se permitir frequentar lugares nunca antes visitados, tudo isso mostra o quanto a CB tem importância e é efetiva na vida de cada sujeito operado.

É importante ressaltar que todos os entrevistados disseram que alcançaram suas expectativas depois da cirurgia. Porém, em relação à política de saúde brasileira, a avaliação não é positiva. Quando questionados se havia algum tipo de trabalho realizado por agente de saúde, médico, enfermeiro, outro profissional, ou se havia alguma atividade no posto de saúde da comunidade relacionada à prevenção ao tratamento da obesidade, 100% (N=27) dos sujeitos responderam que não há, ou, se há, não é divulgada, pois não conhecem.

O entrevistado a seguir citado relata um pouco da realidade de sua cidade, no caso, o interior do Rio Grande do Sul.

Sujeito 27: “Não, nada disso. Lá, muito pelo contrário. [...] Lá, por exemplo, na secretaria da minha cidade foi extraviado duas vezes os papéis (da cirurgia bariátrica), porque eles não dão prioridade para isso, isso aí é uma coisa de menos prioridade ou até mesmo de menos interesse. Então, eu estou em um lugar em que a cultura (...) as pessoas não veem as coisas dessa forma, então não há trabalho nenhum nesse sentido, né. [Não tem prioridade em relação ao tratamento da obesidade?] Nenhuma. Não. Tem que lutar por si só. Como eu moro em X, tenho que lutar por mim”.

Isso mostra uma falta grave nos dias de hoje, em que a obesidade é considerada uma epidemia. Faz-se necessário e urgente que os governos se preocupem com a questão da prevenção da obesidade, além do atendimento bariátrico. É essencial que nas equipes das UBS, ESF do país, profissionais de

saúde entendam o que é a cirurgia bariátrica para que os usuários possam ser atendidos nesses locais sem precisar se deslocarem até um hospital de alta complexidade para fazer seus atendimentos.

Também é urgente que seja realizado um trabalho sério e bem orientado sobre prevenção da obesidade em nível de atenção básica.

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2013, p.19).

Sendo a Atenção Básica um local que considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando atendê-lo de forma integral, torna-se importante considerar as demandas do usuário bariátrico para que ele consiga ser atendido em seu território. Isso facilitaria o trabalho dos municípios do interior, que não precisariam investir em transporte para os usuários até a capital, e também para os usuários que residem na capital, que não precisariam se deslocar até um hospital de alta complexidade, quando poderiam ser atendidos em seu próprio território, sem precisar dispor de recursos próprios para custear suas vindas às consultas.

Outra questão pertinente de ser abordada é a questão da família do usuário bariátrico e o entendimento/apoio prestado a esses sujeitos no pós-operatório. Nesta tese reconhecem-se os inúmeros conceitos e configurações de famílias, presentes na sociedade contemporânea, porém utiliza-se o que é estabelecido na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) como conceito de família: “[...] é o conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos e ou de solidariedade, cuja sobrevivência e reprodução social pressupõem obrigações recíprocas e o compartilhamento de renda e/ou dependência econômica” (BRASIL, 2009a, p. 12).

Sendo assim, os entrevistados responderam como era a visão que suas famílias sobre a cirurgia, se elas os apoiaram na decisão de se submeterem à cirurgia e se foi possível contar com algum tipo de rede de apoio no pós-cirúrgico. Sabe-se da importância da família, seja ela de laços consanguíneos ou não, em muitos processos de vida. E no processo da CB não é diferente: “[...] processos de adoecimento crônico acarretam na família alterações nas relações sociais, econômicas, educacionais, laborais, afetivas [...]” (BELLINI; EIDT, 2014, p. 43), e embora a CB não seja uma doença, tampouco uma doença crônica, ela também vai exigir alterações na organização familiar.

A constatação de um membro da família com uma doença crônica altera toda rotina de uma família, muda planos, impacta financeiramente, é uma constatação por si verdadeira e basta. Porém, essa constatação vai tomando e assumindo dimensões diversas e impactos que se diferenciam conforme o papel e a função que este familiar tem na família (BELLINI; EIDT, 2014, p. 43).

Nos processos de saúde/doença a família tem papel fundamental e, no caso da CB, se o usuário não possuir algum tipo de suporte e apoio familiar fica ainda mais complicado dar conta de seu pós-operatório. Nas entrevistas, a grande maioria dos sujeitos 20 (74,1%) informou que a família sempre apoiou a decisão de fazer a cirurgia e avalia todo o processo como positivo e importante para a saúde do operado.

Sujeito 11: “Sim, só que eles tinham muito medo. Muito mais medo do que eu, principalmente o meu pai e a minha mãe. Sim, eu posso morrer, como eu posso não morrer e ganhar uma vida totalmente nova, que eu estou em busca. Então, eu também posso morrer por ser obeso, né?! E aí? E aí pode me dar um ataque cardíaco ou alguma coisa do gênero, então eu prefiro correr o risco. Me preparei, estou nas mãos dos melhores profissionais, então(...). Mas a preocupação deles era essa. Eles não estudaram tanto quanto eu, não foram buscar informações. E eu levava algumas coisas para eles, mas aí é aquela coisa, né, chega de fora, chega de uma forma distorcida, e aí eu apresentei os números: “Olha, menos de 1% das pessoas que vão fazer a cirurgia morrem durante a cirurgia. Então, eu prefiro correr esse risco. Eu tenho 99% de chance de sobreviver, então eu vou correr esse risco”. E eles tinham muito medo, mas depois eles viram. E eu trouxe meus pais aqui dentro, minha mãe, meu pai eles vieram juntos em algumas consultas, conversaram. [...] Eles começaram a entender e me acompanhar mais aqui e ficou melhor.

Na fala anterior é possível perceber que o apoio da família é muito importante, mas para haver esse apoio é essencial que a família tenha a informação correta

sobre todo o processo da cirurgia e tudo que o envolve. O medo das famílias em relação à cirurgia é compreensível, pois é uma técnica importante que requer muitos cuidados e que representa riscos. Muitos usuários relataram que a família tinha medo do que poderia acontecer com a cirurgia, disseram que tinham medo de que não sobrevivessem, mas, ainda assim, apoiaram a vontade do usuário. E relataram que, depois da cirurgia, a partir das mudanças de vida, todas positivas, que ocorreram, a família considerou que foi bom o usuário ter se submetido à cirurgia bariátrica.

Sujeito 4: “Era, embora muita gente não concordasse, porque eu tenho marido, quatro filhos, né, tenho minha mãe viva. A minha mãe sempre deu apoio, mas os meus filhos, Deus o livre, choravam, choravam, diziam que eu ia morrer e não sei o quê, eu digo: “Olha, eu estou naquela situação, se correr o bicho pega, se ficar o bicho come”. Mesmo contrariando alguns, mas eles apoiaram. A minha filha mais velha ficou comigo no hospital o tempo todo, me atendeu depois que eu fui para casa, também. [...] Eles tinham medo que eu não saísse da cirurgia. Eu já estava naquelas: “Vou morrer de qualquer jeito, então eu pretendo pelo menos começar a viver com muitos anos de atraso, 40, 50 anos de atraso”, mas eu tinha uma vontade de começar a viver, né?! [...]”.

“(...) Começar a viver, com muitos anos de atraso” se torna expressão emblemática quando se pensa no significado da cirurgia bariátrica na vida de uma pessoa com obesidade. Mesmo quando a cirurgia representou dificuldades, desafios a serem vencidos, problemas financeiros, a tônica da “mudança para uma vida melhor”, “uma outra vida”, ou “começar a viver com muitos anos de atraso” mostra a importância e o significado dessa cirurgia na vida dos operados.

Dessa forma, ainda que relatem dificuldades no pós-operatório, os usuários reconhecem a importância do acompanhamento e das consultas depois da cirurgia. Em relação à importância desse acompanhamento, os usuários destacam:

Sujeito 13: “Mais é para controle. É importante porque tu não te sente abandonada, não é mais o mesmo vínculo, mas têm pessoas que se importam contigo. Me faz bem, acho necessário, e me ajuda a ver se estou fazendo sério. Se eu não tivesse vindo não saberia que estou com falta de ferro. O COM da PUC tem nota mil. Isso que o SUS fez é bom para o futuro, porque tirando um gordo da fila evita problemas no futuro.”

Sujeito 26: “Muito importante, porque eu acho que sozinha a gente não consegue. Principalmente, no meu caso, foi essencial a parte da psicologia. Psicólogo, psiquiatra foi muito importante. Porque tem horas que tu acha que não vai conseguir. Que fulano emagreceu 15, 20 quilos tu emagreceu 10. Tu acha: “ai, não vou conseguir!”. No meu caso, eu tive que parar de fumar antes de fazer a cirurgia. Eu tenho vontade de fumar até hoje. Chego

a me pegar com os dedos arrumados. Então, a questão do psicólogo foi muito importante. Acho que se não fossem eles eu já tinha voltado a fumar. Essencial (o acompanhamento) eu acho. Porque tu fica com bastante dúvidas, com medos(...) e isso aí tu só tira com eles, né!”.

Observa-se, então, como é importante o acompanhamento no pós-operatório, na visão dos próprios usuários, naquilo que eles reconhecem como importante. A fala anterior menciona o atendimento psicológico, psiquiátrico para o caso da respondente que era fumante, mas esse é apenas um exemplo dos muitos que poderiam ser citados em relação ao acompanhamento de saúde mental, tão importante no caso da cirurgia bariátrica. Esse é mais um exemplo de tratamento, necessário para muitos usuários, em relação a todas as mudanças que a bariátrica ocasiona na vida das pessoas e que o Estado, a Saúde Pública, ainda não dá conta de absorver essa demanda.

Sendo assim, muitos usuários bariátricos acabam buscando na equipe que realizou a cirurgia bariátrica (em um hospital que deve atender demandas de alta complexidade) atendimento terapêutico, deixando o Centro de Obesidade, o hospital, absorver uma demanda que seria da saúde mental em nível de atenção básica.

A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território. Os CAPS⁶⁹ devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004, p.25).

A dificuldade de comparecimento às consultas no hospital, no pós-operatório, ganhou destaque entre as respostas dos entrevistados. As justificativas perpassaram principalmente a questão financeira, em não ter dinheiro para pagar a passagem. Ao serem perguntados se já haviam faltado a consultas e o porquê, ganharam destaque as seguintes respostas:

⁶⁹Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 9).

Sujeito 07: “Sim, sim! Porque na época eu não estava trabalhando. Até liguei para cá e disse que eu não podia vir, né? Eu não tinha como vir. Para as consultas de rotina. Teve uma época que eu não pude realmente vir, porque não tinha condições(...) eu pego 4 ônibus, 2 para ir e 2 para voltar. Mas eu não falei que era isso, né? Eu só disse que eu não poderia vir. Foram durante aquele período. Porque por exemplo: eu não vim esse mês, daí ela perguntou: “tá, mas a gente pode marcar para mês que vem?”. Eu disse: “É, pode”. Achando que até lá eu iria conseguir, mas não consegui. Acho que foram umas 2 ou 3 vezes seguido que eu não consegui vir”.

Sujeito 12: “Uma vez só eu faltei por causa de passagem. Eu não tinha dinheiro, daí eu não pude vir”.

Eis aí um exemplo básico do quanto é importante a intersectorialidade entre as políticas públicas, a importância do custeio das passagens para que os usuários possam comparecer às consultas de revisão. Tais consultas são reconhecidamente importantes e custeadas pelo SUS, porém, se o usuário não conseguir chegar até o hospital ficará deficitário desse atendimento e poderá ter sérios comprometimentos em sua saúde.

Da mesma forma, se o usuário não conseguir cumprir as recomendações para o pós-operatório, relacionadas à alimentação, ao uso da medicação e às suplementações vitamínicas terá sua saúde comprometida. A grande questão está em como dar conta dessas recomendações se o usuário estiver em situação de vulnerabilidade. Quando os usuários dispõem de recursos financeiros, a situação não fica tão agravada, porém, quando o usuário se encontra financeiramente vulnerável, a situação para dar conta do pós-operatório se complica bastante. Quando perguntados se conseguiram seguir toda a recomendação alimentar e de suplementação vitamínica, no pós-cirúrgico, alguns usuários relataram que estão gastando menos com alimentação depois da cirurgia, justificando que antes comiam uma quantidade muito maior. Ainda assim, a maioria relata que o pós-operatório desencadeia gastos que pesam no orçamento familiar e isso pode comprometer o que foi indicado como tratamento. Muitos usuários responderam que não conseguiram seguir as recomendações da equipe no pós-cirúrgico, e a maioria deles informou que isto aconteceu por dificuldades financeiras.

Sujeito 07: “Toda ela, não. Algumas coisas eu até ia, né? Mas não toda ela, porque, tipo assim, tu tem várias coisas para tomar no dia, são 6 alimentações e tal. Eu não comprava tudo o que tinha ali, porque não tinha condições também. Mesmo na época que meu marido bancava não tinha como. Bem mais caro as coisas, né!? Tu vê, tinha que tomar água de coco,

leite desnatado, e em pó(...) são coisas que não são tão baratas, né!? Então, eu optava, tipo leite, daí não optava por água de coco. Então não é tudo que tu pode. Era fruta, verdura, tá ali uma lista imensa, né!? Então, não era tudo que eu comprava. Eu comprava dentro da lista, mas algumas coisas. Uma dieta saudável, para qualquer um hoje, é muito caro! É muito caro! A fruta está cara, os legumes estão caros(...) se tu for botar todo o dia na tua mesa é bem complicado! O tomate está R\$ 7 o quilo! Então não tem como, né!? Então, se tu parar para pensar uma dieta bem balanceada, saudável, é complicado!”

Sujeito 12: “Bastante, porque tudo a gente tem que comprar, né?! Tem que tirar do teu dinheiro, mesmo que tu não tenha. Tem que ter o remédio e a vitamina para tomar. Eu sei que eu estou com falta da vitamina, porque eu estou me sentindo fraca, eu estou me sentindo cansada, eu tenho certeza que eu estou com falta de vitamina. Daí eu vou ter que trabalhar, tirar um dinheiro para poder comprar as vitaminas”.

O tratamento pós-cirúrgico é muito importante para o real e permanente sucesso de perda de peso, pois, conforme o relato acima, o usuário sente os rebatimentos da falta do uso das vitaminas em sua saúde. Contudo, não há um grande consenso, atualmente, sobre o uso de suplementações vitamínicas na pós-bariátrica. Estudos mostram que depois da cirurgia o usuário pode vir a ficar com carência de vitaminas, o que pode ocasionar vários problemas de saúde, “exceções devem ser feitas de acordo com indivíduo variações e os resultados da avaliação” (AILLS et al., 2008, p. S73). Porém, a falta de reposição de vitaminas pode agravar ou desencadear quadros de desnutrição, anemias, baixa de imunidade, entre outros.

Aills et al. (2008) destaca que estudos sobre usuários bariátricos mostram o quanto é importante a reposição vitamínica pré (quando for o caso) e pós-bariátrica, para garantir as necessidades diárias de vitaminas e minerais.

Vitaminas e minerais são fatores essenciais e co-fatores em numerosos processos biológicos que regulam o corpo . Eles incluem o apetite, a fome, a absorção de nutrientes, taxa metabólica [...]. Assim, "plenitude" de micronutrientes (Significando que o corpo tem quantidades suficientes de vitaminas e minerais para executar essas funções) não só é importante para uma boa saúde, mas também para o sucesso da perda de peso máxima e manutenção do peso a longo prazo. Obtenção de micronutrientes dos alimentos é a mais desejável forma a garantir que o corpo supra suas quantidades de vitaminas e minerais. No entanto, alguns especialistas sugeriram que a maioria dos indivíduos na nossa sociedade "em ritmo acelerado" não conseguem suprir suas necessidades somente com a alimentação (AILLS et al., 2008, p. S76).

Sendo assim, conforme Aills (2008), a suplementação vitamínica é importante para praticamente todas as pessoas que vivenciam os processos de trabalho,

estudo, entre outros, todos acelerados no cotidiano de vida da atualidade, pois as pessoas não conseguem mais tempo, disposição e dinheiro para uma alimentação equilibrada em nível calórico e saudável. Quanto mais os usuários bariátricos, os quais também vivenciam esses processos em seu cotidiano de vida e ainda têm a absorção desses nutrientes alterados pela cirurgia bariátrica. A dificuldade do usuário bariátrico aqui se manifesta justamente por não acessarem nenhum tipo de recurso público para a obtenção dessa suplementação vitamínica.

Todos os entrevistados responderam que não fazem uso de nenhum tipo de recurso público para manter o peso e a saúde. Quando perguntados o que faziam para manter o peso, todos responderam que tentavam seguir a prescrição alimentar o mais próxima possível daquilo que a nutricionista orientava, e a única atividade física relatada por alguns foi a prática de caminhadas frequentes.

Para os entrevistados, os resultados da cirurgia foram positivos e, mesmo diante das dificuldades, fariam tudo de novo se fosse necessário. O desejo de emagrecer é grande e as expectativas pelas mudanças de vida com o emagrecimento também o são. Isso significa dizer que muitas pessoas buscam na cirurgia bariátrica o recurso para o emagrecimento e a consequente recuperação e melhora da saúde física e mental, além das outras esferas que se encontravam desajustadas na situação de excesso de peso — as relações psicossociais e o movimento de inclusão/exclusão social.

6.2 O RESSOAR DAS VOZES DOS USUÁRIOS BARIÁTRICOS DO SUS: DISCUSSÃO ACERCA DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

As vozes e conversas dos sujeitos agora ressoam fortemente, fazendo emergir categorias que, somadas àquelas definidas *a priori*, precisam ser analisadas e refletidas, dando sentido a esta Tese. O som das vozes precisa ecoar no momento em que se pensam e se gestam as políticas públicas, em especial as direcionadas ao segmento saúde/assistência dos usuários obesos e bariátricos. Nesse sentido, e com o intuito de que o eco dessas vozes, explícito nesta Tese, seja alto o suficiente para se fazer ouvir pelos gestores das políticas sociais, é que se fez um mergulho aprofundado nas principais categorias de análise que compõem essa pesquisa. “Ouvir esses sujeitos é abrir uma escuta ao que está sendo dito e sentido, para possibilitar a ruptura de uma situação dada, que pode ser transformada no

momento em que é discutida, socializada, polemizada e politizada” (FELIPPE, 2003, p. 02).

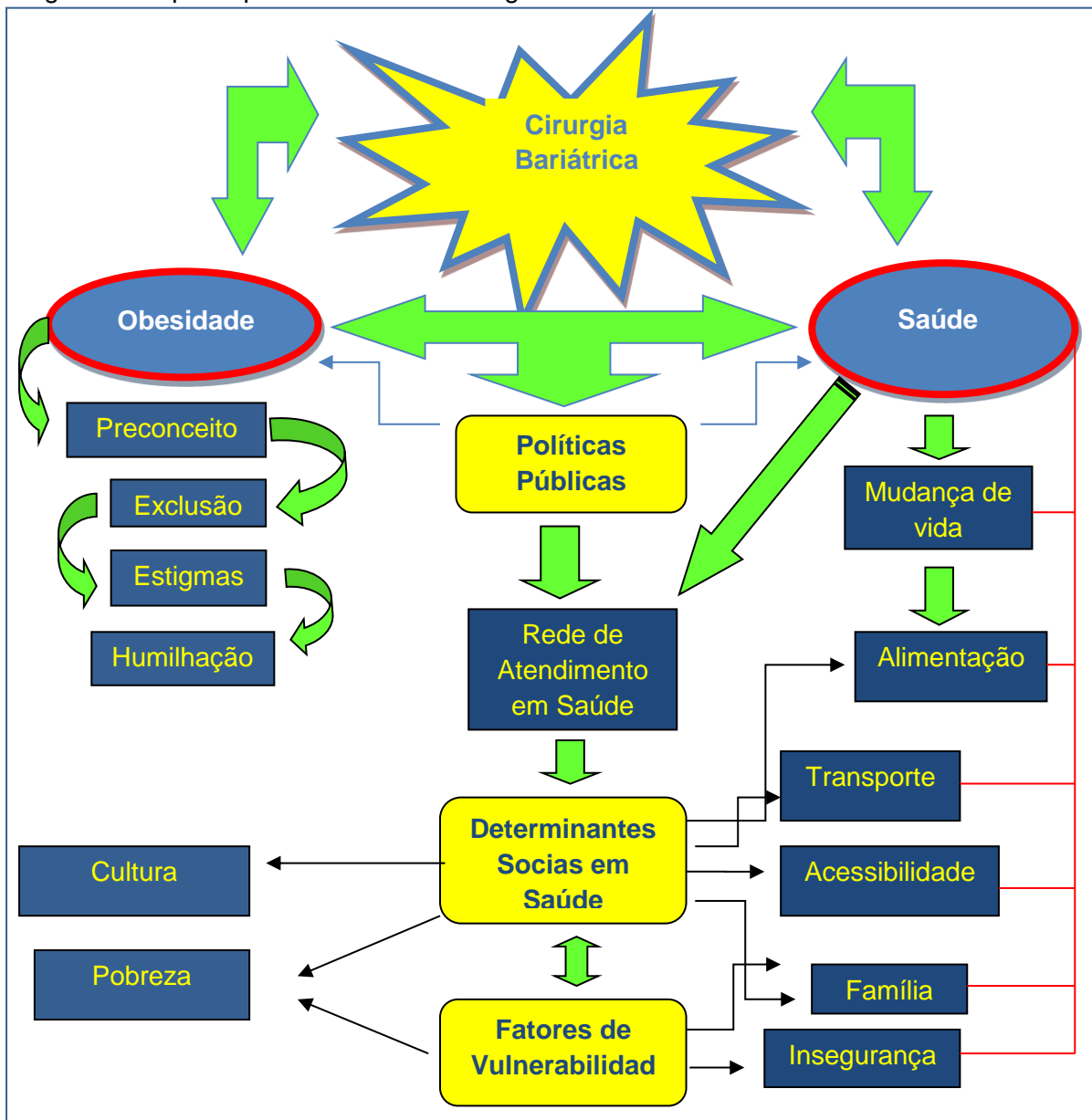
É importante, portanto, compreender a interrelação entre as categorias, ou seja, a relação entre os elementos constitutivos da análise sobre as intercorrências que se seguem após a realização da CB, para que o sujeito possa construir uma nova perspectiva de vida, agora com saúde, acessibilidade, autoestima, sem experiências de estigmas e preconceito. Para iniciar essa análise recuperam-se as categorias do Método Dialético-Crítico, Totalidade, Contradição e Historicidade. Compreender o fenômeno da obesidade e a CB como alternativa de tratamento pressupõe problematizar como se constituem esses elementos, a que se relacionam, reconhecendo-se as intensas contradições nele presentes, rompendo com debates homogêneos e lineares sobre o tema, os quais são carregados de preconceitos e visões unilaterais, que culpabilizam o sujeito, sem reconhecer o que há por trás desse fenômeno.

Análises simplórias, que não consideram a complexidade da questão, deixam de reconhecer todas as contradições envoltas no fenômeno da obesidade, especialmente da obesidade mórbida, e nos casos de cirurgia bariátrica. Isso pode ser considerado um problema, pois não percebem o papel importante do Estado, por meio de suas políticas públicas, para materializar direitos. Assim, compreender a totalidade presente no debate é processo obrigatório para que se compreendam as múltiplas relações entre obesidade, CB e determinantes sociais da saúde. É necessário que se analise o contexto social atual, fazendo uma análise da sua conjuntura, para que se perceba a totalidade do que está sendo discutido nesta Tese e a amplitude do tema.

Analisar o movimento real mostra-se como elemento indispensável para a compreensão de todo o processo que envolve a CB, pois os determinantes sociais da saúde são parte fundante do processo que vem sendo constituído através de um movimento histórico. É preciso reconhecer a teia de relações do fenômeno que se conecta a uma raiz comum, de cunho estrutural (Sistema de Produção Capitalista), no qual o movimento histórico e o real estão imbricados. Nesta Tese considera-se que o movimento histórico que constitui a obesidade e as dificuldades dos usuários bariátricos se apresenta através das várias expressões das desigualdades sociais, aguçadas pela precarização do trabalho e que produzem vulnerabilidades.

É preciso, também, considerar as categorias explicativas da realidade: obesidade, cirurgia bariátrica, políticas públicas, fatores de vulnerabilidade e determinantes sociais em saúde. A partir dessas categorias emergiram da realidade outras categorias ligadas a estas, as categorias empíricas: saúde, medicações/suplementos vitamínicos, mudança de vida, transporte, alimentação e rede de atendimento em saúde. Antes de se iniciar a análise dessas categorias, como forma de ilustração, apresenta-se o mapa representativo (Figura 4) que demonstra a lógica da análise das categorias nesta Tese:

Figura 4: Mapa Representativo das Categorias de Análise/2



Fonte: Scherer (2015)

Em uma análise dialética, percebe-se que todas as categorias estão interligadas de uma ou outra maneira, trazendo, portanto, a ideia do constante movimento da realidade social. Para compreender o processo pós-operatório é preciso compreender que para atingir o objetivo da CB determinados fatores (representados nas categorias) também são interdependentes. Segundo o protocolo do COM/HSL PUCRS, quando sai do hospital e volta para sua casa após a CB o sujeito bariátrico precisa dar conta de demandas pós-operatórias que incluem alimentação adequada, uso de medicamentos recomendados, uso de suplementação vitamínica, prática de atividades físicas, entre outras. O que ocorre, muitas vezes, é que esses sujeitos não acessam essas condições por inúmeros fatores, entre os quais: falta de segurança pública; falta de uma rede de saúde adequada para dar conta do atendimento bariátrico; falta de conhecimento sobre cirurgia por parte dos profissionais da rede de saúde; falta de condições de acesso (transporte) para cumprirem a agenda pós-bariátrica; falta de recursos financeiros, “falta”, “falta” e mais “falta”.

São inúmeras faltas que vão se somando a cada dia e que o resultado de tantas faltas é um usuário do SUS operado e sem perspectivas para dar conta de seu tratamento, conforme o indicado. Assim, pode-se afirmar que os determinantes sociais da saúde impactam o pós-operatório, podendo contribuir ou dificultar a recuperação do usuário bariátrico. Por outro lado, é importante considerar que os usuários em situação de vulnerabilidade são os mais suscetíveis a sofrerem com problemas de saúde no pós-bariátrica, o que aumenta ainda mais a necessidade de atenção à saúde destes. É importante considerar que os usuários em condições de vulnerabilidade estão expostos a precárias condições de vida e trabalho, muitas vezes com menor renda, menor escolaridade, condições de trabalho precarizadas (ou falta de), o que afeta diretamente a saúde física e psíquica dos indivíduos. Ou seja, é preciso considerar que o usuário bariátrico carrega dificuldades estruturais (que talvez o acompanhem há muito tempo), e ao longo da sua história como obeso adquiriu outras tantas e que, no pós-operatório novas demandas (e dificuldades) também lhe são apresentadas. Isso significa dizer que para o sujeito comparecer à consulta agendada ele precisa ter as condições necessárias desde a sua moradia até o hospital: condições de moradia, alimentação adequada, suplementação, acesso, transporte, entre outros fatores.

As condições de vida e (a precarização) trabalho produzem vulnerabilidades quando deveriam proteger e podem ser consideradas reflexos do “modo de vida *Just in time*”, uma espécie de “modo de vida reduzida”, segundo ALVES (2014). Sendo assim, é possível estabelecer um paralelo entre o modo de vida *Just in time* e o aumento da epidemia da obesidade que conduz o tempo das pessoas para o consumismo desenfreado, para a lógica da mercadoria e do trabalho estranhado (ALVES, 2013). Em especial no caso dos usuários bariátricos, é preciso compreender que essas vulnerabilidades vão interferir no processo de recuperação/restabelecimento de saúde.

Contudo, o que se pode perceber, na análise, é que a maioria dos entrevistados possui uma renda familiar menor do que três salários mínimos, e isso pode demonstrar o quanto é difícil para um usuário, com essa renda familiar, dar conta de tudo o que lhe é indicado. Uma importante questão, o aspecto financeiro, tem impactos importantes no tratamento bariátrico, pois os usuários, segundo seus relatos, precisam usar seus próprios recursos para dar conta do pós-operatório. Apesar de previsto na Política de Saúde, o transporte, ou custeio das passagens, para comparecer às consultas nem sempre é disponibilizado pelo Estado. E isso é necessário, pois o atendimento pós-operatório precisa ser realizado no próprio hospital devido, principalmente, à falta de rede de atendimento em saúde preparada no sentido de ter conhecimento e estrutura para atender os usuários bariátricos. Um importante aspecto identificado nesta Tese é que os usuários bariátricos, mesmo após a alta em relação à CB, continuam tendo como referência o serviço de cirurgia, pois, quando procuram outro local para o atendimento clínico e não relacionado à obesidade ou à cirurgia são surpreendidos com a sugestão de que retornem ao Centro de Obesidade.

Atualmente, o Estado não disponibiliza as suplementações vitamínicas, e nem sempre disponibiliza transporte para as consultas de rotina no Hospital, o que demonstra a contradição com os próprios Determinantes Sociais da Saúde, pois essas rotinas (medicação e consultas) são determinantes para o usuário bariátrico. Os determinantes sociais da saúde estão ligados aos fatores cotidianos e intimamente ligados à vida dos sujeitos. Então, quando um usuário reside em uma área de risco, sofre com alagamentos, com insegurança, com ruas sem pavimentação ou iluminação, lixo nas ruas, falta de transporte coletivo, entre outras inúmeras questões que poderiam ser elencadas aqui, ele poderá enfrentar maiores

dificuldades para dar conta das recomendações que se apresentam aos usuários bariátricos. Decorrente disso fica difícil, por exemplo, a prática de uma atividade física ao ar livre, que não teria investimento financeiro, apenas um investimento de tempo.

Praticar caminhadas com o risco de ser assaltado, ser alvejado por uma bala “perdida” ou ter a rua tomada por alagamento, torna uma tarefa difícil para a prática de atividades físicas. Essas questões que estão ligadas a problemas estruturais do país, como é o caso da insegurança, sentida pela população brasileira, hoje, impacta diretamente as condições de vida e saúde dessa população. Faz-se necessária a compreensão de que os determinantes sociais da saúde se vinculam aos comportamentos individuais e também coletivos e às condições de vida e trabalho, sempre relacionados com as condições macroestruturais (econômicas, sociais e culturais). Essas condições também são determinantes do modo de vida e das escolhas que a população faz, em termos de alimentação, prática de atividade física, trabalho, lazer e outras.

Mas não somente as faltas ressoam nas entrevistas dos usuários. Muitos ganhos e potencialidades foram elencados pelos usuários quando relataram as mudanças positivas que a CB ocasionou em suas vidas, mostrando ser esta uma alternativa importante na vida dos sujeitos e para o Sistema Único de Saúde, pois o controle da obesidade enxuga os custos das comorbidades decorrentes do excesso de peso.

“O peso social da obesidade é político e econômico e, portanto, social” (FELIPPE, 2003, p. 10). A obesidade é considerada um peso social, justamente por reproduzir relações que se estabelecem, muitas vezes, carregadas de estigmas, discriminação, preconceito e que ocorrem nos espaços de trabalho, estudo, na família, na comunidade e em outros tantos espaços de convívio social cotidiano.

As categorias e subcategorias empíricas mostram que, dentre os operados, muitos retomaram os estudos e uma atividade laboral após a CB. Por si só, isto já mostra que esses sujeitos ao perderem peso melhoraram sua capacidade produtiva, o que, em uma sociedade capitalista, significa muito. Pode-se inferir que, a partir de uma inclusão produtiva melhoraram sua saúde, reduziram comorbidades e para além das questões físicas venceram as barreiras do preconceito e da exclusão e restabeleceram a saúde em seu conceito ampliado.

Restabelecer a saúde em seu conceito ampliado também significa dizer que esses usuários, depois da CB, conseguirão novamente entrar em um ônibus do transporte coletivo sem sentirem vergonha ou medo de ficarem presos na roleta, ou conseguirão subir a escada do ônibus, sentar em um assento comum, caminhar pela cidade sem sentirem dificuldade para respirar, dores, ou simplesmente não conseguirem se locomover em função do peso. Além de restabelecerem o convívio social, antes prejudicado porque deixavam de frequentar certos espaços em função do peso. Fortalecer laços familiares à medida que a família, muitas vezes, mesmo com receio da cirurgia, apoiava, em todos os sentidos (acompanhando-os nas consultas, exames, grupos de usuários, ajudando financeiramente e psicologicamente) o usuário em sua decisão em optar pelo procedimento, a fim de que o mesmo melhorasse suas condições clínicas, físicas, psicológicas e sociais.

Dessa forma, percebe-se que o SUS tem grandes desafios para atender os usuários bariátricos; desafios que precisam ser enfrentados — com o apoio do Estado, através do adensamento do debate ampliado sobre a saúde no Brasil, buscando a participação da sociedade em defesa de um projeto tal qual pensado na Reforma Sanitária e na Constituição de 1988 —, a fim de superá-los. A qualificação do atendimento bariátrico pelo SUS perpassa pelo acesso à informação de qualidade, que objetiva informar a população sobre seus direitos e caminhos a serem percorridos para efetivar tais direitos. Além disso, pressupõe-se qualificar as políticas intersetoriais a fim de que estas compreendam o peso dos determinantes sociais da saúde no pós-operatório. Ressalta-se, novamente, que, sem trabalho, condições de saneamento, acesso à alimentação, à medicação, à rede de atendimento em saúde, entre outros aspectos, o usuário não conseguirá efetivar seu direito à saúde.

A intersetorialidade representa a viabilização de direitos e o enfrentamento das desigualdades sociais. Nesse sentido, o que se observa no SUS em relação à CB é o caráter universal do atendimento ao usuário, no sentido do acolhimento sem distinção de renda, porém, faz-se necessário a atenção às condições de vida desses sujeitos para que se beneficiem com a redução do peso.

Assim, para dar conta da política de saúde faz-se necessária a urgente proposição de políticas públicas intersetoriais que assegurem a melhoria das condições de vida da população, em nível macroestrutural, garantindo acesso à água potável, esgoto, serviços de saúde capacitados e equipados; políticas que

favoreçam a promoção da saúde, a prevenção de doenças, incluindo a obesidade e criação/fortalecimento de redes comunitárias, visando à organização e a participação da população usuária quanto à formulação, execução e controle social no que se relaciona a essas políticas. Se hoje o usuário bariátrico não consegue efetivar seu direito à saúde é porque faltam equipamentos sociais que possam dar conta das condições de vida da população e das demandas que são desencadeadas pela cirurgia.

A cirurgia bariátrica se mostra uma alternativa para perda de peso e diminuição de comorbidades ligadas à obesidade. E percebe-se que o investimento público na referida técnica beneficia não só o usuário operado, mas também o Estado, à medida que consegue reduzir as doenças relacionadas à obesidade, e, assim, ao uso de medicações, de internações hospitalares, de atendimentos médicos, entre outros. Os usuários reconhecem que ter cobertura do SUS para o procedimento cirúrgico e as consultas é essencial, contudo, apontam a urgente e necessária cobertura do SUS para suprir as demandas pós-operatórias. Além disso, a rede de atendimento em saúde, por sua vez, precisa ter profissionais capacitados para atender os usuários bariátricos na região onde residem, evitando gastos financeiros e de tempo com transporte para irem até o hospital. Após a alta do acompanhamento pós-operatório bariátrico é importante que o usuário tenha referências na rede básica de saúde, pois além de “desobstruir” a alta complexidade, possibilitando o atendimento de novos usuários (e ampliação do serviço), o sujeito não mais possui as condições que indicaram a cirurgia. Então, pode ser atendido do mesmo modo que os demais usuários que frequentam os serviços de saúde.

Sendo assim, o que ressoa da voz dos usuários bariátricos, nesse momento, é a necessidade de entendimento e reconhecimento por parte do Estado dessas demandas, e que a obesidade é também consequência das falhas no atendimento do Estado no que se refere às questões amplamente citadas neste estudo: acesso à alimentação saudável e com balanço calórico adequado, à suplementação vitamínica, a condições seguras para a prática de atividade física, entre outras. Nesse sentido, o que se observa é que o usuário bariátrico necessita da garantia do acesso ao que lhe é prescrito no atendimento bariátrico para que a obesidade seja enfrentada e se restabeleçam as condições de saúde.

7 CONCLUSÕES

Diante do que foi apresentado percebe-se que a cirurgia bariátrica — alternativa de tratamento para a obesidade — tem sido bem-sucedida na maioria dos casos. Porém, em algumas situações, principalmente em usuários do SUS, a cirurgia tem se mostrado apenas como a ponta do *iceberg*, ou apenas como o início de um tratamento para a obesidade que, para ter sucesso, depende de inúmeros outros fatores. Entre esses fatores destacam-se: vinculação do usuário ao tratamento de suplementação vitamínica pós-operatória, vinculação a todas as fases da dieta pós-cirúrgica e consequente mudança de hábitos alimentares (reeducação alimentar) prática de exercícios físicos regulares, visita à equipe médica para as consultas da agenda pós-bariátrica, entre outros. Cabe ressaltar, que, não somente os usuários do SUS encontram desafios no que diz respeito a CB. Apesar de todas as limitações do atendimento bariátrico no SUS, sua cobertura, em algumas situações, pode ser considerada como mais ampla do que muitos convênios de saúde suplementar (planos de saúde), pois estes, também oferecem aos seus usuários, coberturas que se tornam parciais e não totais em relação a CB, aproximando e muitas vezes, igualando as demandas dos usuários dos convênios de saúde, com as demandas dos usuários do SUS.

Ressalta-se que a doença da obesidade precisa ser atacada de outras formas, considerando-se o conceito ampliado de saúde, trabalhando também na prevenção e não só no tratamento da doença. No caso da obesidade, o ideal seria que tanto jovens quanto adultos não precisassem chegar ao último recurso de tratamento cirúrgico. Sabe-se que a obesidade é uma doença que pode ser prevenida, salvo algumas exceções, como sujeitos que tem predisposição genética (taxa de metabolismo basal baixa), que é o caso de pessoas que ganham peso por alguma alteração genética ou hormonal, ou ainda agravada pelo uso de certas medicações. Sendo assim, o Estado precisa autorizar a cirurgia para todos os que dela necessitam, mas antes precisa investir drasticamente em ações de prevenção, (conforme já está previsto nas linhas de cuidado para obesidade, descritas na Portaria MS 424/2013), além de prática de exercícios físicos, incentivo a produtos naturais em substituição aos industrializados, normalmente mais carregados de gorduras, sódio, açúcar e outros insumos que prejudicam a saúde.

Nesse sentido, o usuário precisa e tem o direito de conhecer muito bem o procedimento cirúrgico, quais os riscos e benefícios que advirão da cirurgia, que tipo de tratamento e cuidados serão necessários no pós-operatório, inclusive tendo acesso aos gastos (com suplementos vitamínicos, transporte, alimentação, entre outros) que não são cobertos pelo SUS, e que demandarão do usuário certa disponibilidade financeira para dar conta desse aparato decisivo para o sucesso da cirurgia bariátrica, ou seja, o emagrecimento saudável. Assim, o que se entende é que as suplementações vitamínicas, previstas para o pós-operatório bariátrico, deveriam ser disponibilizadas, fornecidas pelo SUS.

Busca-se, com esta tese, chamar a atenção para a importância de fatores que possam prejudicar uma boa vinculação ao tratamento do usuário pós-bariátrico, principalmente no que diz respeito aos fatores de vulnerabilidade e determinantes sociais da saúde que, na maioria das vezes, não estão ao alcance das equipes bariátricas, o que pode vir a prejudicar os usuários. A tese de que **os processos da sociedade capitalista atual contribuem para a epidemia da obesidade e parte do insucesso dos objetivos da cirurgia bariátrica (redução e manutenção de peso e saúde) decorrem também, das condições de vulnerabilidade, dos determinantes sociais da saúde e da fragilidade de políticas públicas que atendam ao pós-operatório bariátrico pelo SUS**, tem como objetivo: auxiliar na reflexão sobre essa temática e contribuir para a consolidação dos direitos dos usuários bariátricos referentes ao acesso, humanização e integralidade da atenção ao sujeito obeso e que, futuramente, possa contribuir com ações a serem disponibilizadas aos usuários do SUS.

Espera-se, também, contribuir para a reflexão sobre as responsabilidades em relação ao obeso que necessita de tratamento cirúrgico, pois, apesar de submetido ao procedimento, não há garantias do peso ideal, nem de que ele não voltará a engordar. E essa responsabilidade não é apenas do sujeito, é também do Serviço de Saúde e do Estado que precisam reconhecer a totalidade do procedimento bariátrico e tudo que envolve um emagrecimento saudável depois da cirurgia. Se o usuário bariátrico não emagrece, ou se ele emagrece, mas de uma forma doente, desnutrido, isso não pode reforçar o estigma e a culpabilização do usuário, pois o mesmo está fragilizado e em uma condição vulnerável que não lhe permite o acesso à alimentação adequada, à suplementação vitamínica e ao acompanhamento médico devido. Este estudo valoriza a importância da CB como tratamento para a

obesidade porque, muitas vezes, mesmo com o estado nutricional comprometido no pós-operatório, o usuário perde peso considerável com a cirurgia e diminui drasticamente o risco de morte por doenças causadas ou agravadas pela obesidade.

Também se faz necessário reiteirar a importância da cirurgia bariátrica para redução de gastos, inclusive do Sistema de Saúde, conseqüentemente do Estado, pois o usuário, estando mais saudável (depois da cirurgia), representa menores custos com atendimento em saúde, no que se refere ao atendimento da obesidade e de todas as suas comorbidades. Evidencia-se, assim, que o investimento no pós-bariátrica, no que diz respeito ao atendimento das demandas dos usuários, efetivando sua saúde, vai representar, no médio e longo prazo, custos menores para o Estado.

No intuito de responder aos objetivos da pesquisa, identificou-se que os determinantes sociais da saúde impactam a vida das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, no âmbito do SUS, de uma forma que varia de acordo com as condições sociais que vivencia cada sujeito. Quanto mais vulnerável se encontrar o sujeito no pós-bariátrico, mais difícil será o acesso e a manutenção do tratamento pós-operatório, conforme recomendado pela equipe bariátrica.

Os determinantes sociais da saúde interferem no processo de emagrecimento das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica pelo SUS, no momento em que tais determinantes como: saneamento básico, segurança pública, condições de moradia, trabalho e renda representam fatores que causam doenças ou dificultam seu tratamento (no caso, a obesidade). Também foi possível identificar, com esta pesquisa, o surgimento de algumas novas demandas em saúde, após a realização da cirurgia bariátrica: aparecimento de hérnias⁷⁰ e a necessidade de intervenção cirúrgica em muitos casos; desencadeamento de hipovitaminoses que podem levar a casos de anemias e desnutrição, entre outros problemas.

Em relação aos fatores que dificultam o cumprimento das recomendações indicadas pela equipe bariátrica no pós-cirúrgico, destacam-se: dificuldades de deslocamento para a ida até o hospital realizar as consultas de acompanhamento, seja por dificuldades com transporte (ônibus que não passa próximo da residência, moradias em morros e locais de difícil acesso; resistência por parte dos motoristas das prefeituras, que trazem usuários do interior do Estado, em esperar os horários

⁷⁰Já especificado em nota anteriormente.

das consultas); seja por falta de dinheiro para pagar a passagem do transporte coletivo. Estar em condição de vulnerabilidade social e mais a falta de apoio familiar também se apresentam como dificultadores para o cumprimento das recomendações pós-operatórias, com especial destaque para as dificuldades econômicas, as quais foram elencadas pelos entrevistados como o principal entrave para o não cumprimento das recomendações pós-operatórias que dizem respeito a: compra das vitaminas, aquisição de uma alimentação mais saudável, prática de atividade física, entre outros.

No que diz respeito às ações desenvolvidas pelo SUS para o atendimento às pessoas no pós-operatório da cirurgia bariátrica verificou-se o quão importante é a cirurgia bariátrica na vida das pessoas submetidas a esse procedimento. Sem exceção, todos os entrevistados responderam que ocorreram muitas mudanças em suas vidas após a cirurgia bariátrica. Os relatos revelaram uma realidade severa em relação à obesidade, e à cirurgia como uma possibilidade de mudar tal realidade. Não há dúvidas em salientar o quanto a cirurgia foi benéfica e transformadora da realidade de vida dos usuários, porém não se pode desconsiderar todos os fatores que envolvem esse procedimento e o quanto é necessário um atendimento mais eficaz por parte do SUS ao sujeito submetido à cirurgia bariátrica.

Enquanto os usuários não tiverem o direito de acessar, além da cirurgia bariátrica, também as medicações pós-operatórias, a suplementação vitamínica e o acesso facilitado às consultas de revisão e atendimento em saúde integral regionalizado, ficará difícil restabelecer a saúde e o emagrecimento saudável, sem desnutrição e outras doenças afins. Por isso, é tão importante que o Estado atente para a questão do atendimento integral em saúde, do preparo de profissionais de Unidades Básicas de Saúde para atender usuários bariátricos, da disponibilização dos suplementos vitamínicos, do acompanhamento terapêutico, quando necessário. Só assim, atento para as condições sociais em que vivem os usuários, ou seja, para os determinantes sociais da saúde e para as demandas que a CB gera, é que os usuários submetidos a essa cirurgia, no âmbito do SUS, poderão ter seu direito à saúde atendido de forma integral. E para que esse atendimento realmente ocorra de forma integral, se faz necessária uma boa leitura de realidade, a qual permita a compreensão das transformações societárias que vêm ocorrendo nas últimas décadas, especialmente no Brasil, que representam desafios para os profissionais que prestam atendimento à população.

As transformações que vêm ocorrendo na sociedade representam novos desafios para pesquisadores e profissionais, por isso, a temática da cirurgia bariátrica, ainda emergente, deve ser reconhecida como campo de intervenção e de estudo para o Serviço Social, pois “mudanças estruturais requerem novos posicionamentos pedagógicos e epistemológicos frente aos conhecimentos já produzidos e frente à produção de conhecimentos novos” (PAVIANI, 2009, p. 64). Além disso, é fundamental que o Assistente Social possa ter clareza das demandas de trabalho e que consiga fazer uma boa leitura de realidade, compreendendo todas as facetas dos fenômenos que lhe são apresentados enquanto demandas profissionais. O modo de produção capitalista produz as mais variadas expressões da questão social, que são objeto de trabalho do Assistente Social.

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos que a experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem (IAMAMOTO, 2001, p. 28).

E essa resistência dos sujeitos que vivenciam as desigualdades também são objeto de trabalho do Assistente Social. É justamente nesse conflito, nessa tensão entre capital x trabalho que o Assistente Social encontra potencialidades e desafios para o desenvolvimento de seu fazer profissional. O Assistente Social desenvolve o seu trabalho tendo um direcionamento ético e político orientado pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social e pelas orientações e bases legais que orientam a profissão no Brasil (Lei de Regulamentação da profissão, Código de Ética Profissional, entre outras).

Resumidamente, o Projeto Ético-Político do Serviço Social traz, em suas bases filosóficas e conceituais, o rompimento com o conservadorismo no Serviço Social e a busca de uma leitura ampliada da realidade social (macro e microssocial). Ele é fruto de uma qualificação teórica e política de lutas na sociedade e tem como principais conquistas: produção acadêmica, presença política, pesquisas reconhecida pelas agências de fomento, articulação de uma categoria profissional (Lei das 30 horas). Além disso, o Projeto Ético-Político do Serviço Social se expressa, na prática, por meio do ensino universitário (que permite a qualificação); da base legal (direitos e deveres do Assistente Social – legislação); e também no

trabalho profissional desenvolvido em diferentes espaços; nas manifestações da categoria profissional – por meio das entidades representativas – CFESS, CRESS, ABPESS, etc.; na vinculação com outros movimentos de lutas por direitos, entre outros.

Dentre outros aspectos, o Projeto Profissional vincula vários princípios, destacando-se: o reconhecimento da liberdade como valor ético central; a defesa intransigente dos direitos humanos; a defesa, aprofundamento e consolidação da cidadania; o empenho na eliminação de todas as formas de preconceitos; etc. Sendo assim, o Projeto Profissional é Ético (comprometido com valores) e Político (voltado a ações concretas e direcionadas para a garantia de direitos).

Dessa forma, efetuar o que está preconizado no Projeto Ético-Político profissional mostra-se um desafio no exercício profissional, contudo, torna-se também importante aliado no desempenho das atividades profissionais que ficam resguardadas pelas prerrogativas legais que balizam o exercício profissional. No que se refere ao atendimento bariátrico, o exercício profissional, como em qualquer outro campo de atuação, necessita de uma importante contextualização e leitura de conjuntura para perceber todas as contradições e possibilidades que o fenômeno social, materializado como demanda, apresenta. Desse modo, e por toda a discussão realizada, destaca-se a relevância da temática para a construção e produção de conhecimento no Serviço Social e a importância de se abordar o tema de forma multidisciplinar.

Destaca-se ainda a importância da intersetorialidade nas políticas públicas para o enfrentamento da epidemia da obesidade, através da articulação das políticas de saúde, de educação e de assistência – através do SUAS – entre outras, pois assim como uma só área do conhecimento não dá conta de trabalhar com a temática da obesidade e da cirurgia bariátrica, uma só política também não dará conta de atender as necessidades das pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica.

Desse modo, o modelo de desenvolvimento econômico da sociedade atual e as atuais condições de trabalho interferem em uma dimensão pessoal e particular da vida humana e da sociedade, reflexos e condicionantes de um modelo estrutural, que, de um ou outro modo, operam nos processos de reprodução social, ditados pelo trabalho. Para entender melhor e melhor intervir na temática de saúde, em especial na cirurgia bariátrica, é necessária uma abordagem interdisciplinar. Isto porque apenas uma área do conhecimento não basta para compreender e atuar em

todos os determinantes sociais que se desenvolvem a partir das transformações do mundo contemporâneo do trabalho, e que acentuam as vulnerabilidades sociais que interferem no processo da cirurgia bariátrica.

Em relação às proposições que se estabelecem a partir do que foi exposto durante este estudo, evidencia-se a necessidade de qualificar a rede de atendimento básico dos municípios, ou, pelo menos, de alguns municípios de referência em cada região do Estado, possibilitando um acompanhamento qualificado ao usuário bariátrico na rede básica de saúde. O que ocorre hoje, nos serviços de alta complexidade (hospitais que realizam a cirurgia bariátrica pelo SUS), é um “inchaço” de público usuário do serviço, em função da falta de uma rede básica nos municípios que possa acompanhar os usuários no pós-operatório.

Utilizando-se o exemplo do COM-HSL, atualmente os usuários são encaminhados das mais diversas regiões do Rio Grande do Sul para realização da cirurgia bariátrica. Porém, tal acompanhamento, que é disponibilizado e essencial para o usuário bariátrico, conforme já evidenciado, é disponibilizado por uma equipe multidisciplinar que já não dá conta de atender a demanda que lhe é imposta. No ano de 2014 foram realizados, no COM, um total de 377 cirurgias, destas, 167 pelo SUS; 198 por convênios e 12 particulares. Pensando nessas 167 cirurgias bariátricas no âmbito do SUS, cada um desses usuários precisa continuar em acompanhamento por toda sua vida, ainda que, após o quinto ano da cirurgia, tal acompanhamento passa a ser anual, caso esteja tudo bem com a saúde do usuário. Então, não é difícil perceber que uma equipe que trabalha no âmbito de alta complexidade, como é o caso do hospital, a qual, em tese, deveria apenas realizar a cirurgia e os primeiros acompanhamentos, não dará conta de atender o número de usuários que já foram operados, tampouco dará conta dos que estão iniciando seu acompanhamento no hospital para realizar a CB.

Fica, portanto, clara a necessidade de se investir no atendimento das Unidades Básicas de Saúde dos municípios do Estado, pelo menos em nível regional, para que as equipes dessas unidades possam realizar o acompanhamento pós-cirúrgico dos usuários bariátricos, a partir do segundo ano decorrido da cirurgia. Essa não é uma tarefa fácil, pois se sabe das dificuldades que tais equipes enfrentam hoje em dia para atender toda a demanda em saúde que lhes é apresentada cotidianamente. Porém, são necessários investimentos públicos para

que tais equipes consigam atender os usuários bariátricos, que neste momento (após dois anos de cirurgia) necessitam apenas de acompanhamento ambulatorial, não tendo necessidade de deslocamento até o hospital, sendo este um equipamento de alta complexidade.

Quando se fala em investimento por parte do Estado, pode-se afirmar que, já existem algumas ações neste sentido, como é o caso do Guia Alimentar (2014), mencionado anteriormente, porém ainda são necessários maiores esforços, por parte do Estado, em relação a investimentos em equipe profissional, aumento do número de profissionais concursados, qualificação profissional, equipamentos, suplementação vitamínica, aumento e melhora das unidades físicas, qualidade nas informações passadas aos usuários, entre outros aspectos. Dentro dessa perspectiva, salienta-se que, nada mais se propõe além do que já é preconizado pelo SUS, no que diz respeito ao atendimento em saúde e organização do Sistema de Saúde.

Ao se falar sobre a qualificação das equipes das unidades básicas, reiteram-se os conceitos de: educação permanente em saúde, educação na saúde e educação em saúde. Cada um deles assim entendidos:

Educação em saúde, fem. 1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. Notas: i) A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população. ii) A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. **Educação na saúde**, fem. Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. **Educação permanente em saúde**, fem. Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2009, p. 22).

A educação permanente em saúde é entendida como uma política de atenção aos trabalhadores da saúde, que tem o objetivo de transformar os processos de trabalho, dando ênfase às práticas de saúde e saberes já existentes, aos valores preestabelecidos e às estruturas de poder e organização do trabalho em vigência,

acrescentando reflexões críticas sobre os processos de trabalho, levando em consideração as necessidades de saúde da população atendida e que sejam dotadas de sentido, tanto para usuários quanto para trabalhadores. A atualização técnico-profissional é apenas um elemento da formação (BRASIL, 2009). A educação permanente em saúde potencializa uma mudança no perfil profissional dos trabalhadores da saúde e lhes possibilita novas perspectivas de trabalho e visões político-sociais, ancoradas nos princípios do SUS. “Educação na saúde”, neste caso, refere-se à formação e à capacitação para o entendimento da cirurgia bariátrica e em como atender essas demandas em uma unidade básica de saúde. Cursos, capacitações e formações, nessa área, deverão fazer parte das agendas dos municípios de referência para capacitarem suas equipes a receber os usuários bariátricos.

Ceccim e Feuerwerker (2004) salientam a importância da educação continuada, também por esta possibilitar ao profissional de saúde romper com antigos e superados conceitos, e estar atentos às transformações e mudanças sociais que levam a novas demandas em saúde (como é o caso da obesidade) e a novas formas de atender tais demandas. “[...] não pode estar atrelada aos valores tradicionais, mas ao movimento de transformações na sociedade e capaz de sofisticada escuta aos valores em mutação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.49).

Ademais, pressupõe que educação na saúde e intersetorialidade caminhem na mesma direção, articulando diferentes setores na resolução de problemas como estratégica para a garantia do direito à saúde, a partir da adoção de práticas multiprofissionais, participativas e fundamentadas sempre na construção de consensos pactuados e jamais de consensos forçados (BELLINI et al., 2014, p.04).

Sendo assim, a educação em saúde pressupõe a participação dos usuários por meio do controle social. Isso se torna essencial no atendimento ao usuário bariátrico, pois o mesmo, estando informado sobre todos os cuidados que necessita no pós-operatório, das suas próprias demandas acerca de seus cuidados, pode tensionar o Estado a lhe oferecer um serviço de qualidade no atendimento que possa efetivar o seu direito à saúde. Sendo assim, a educação em saúde diz respeito a uma série de gatilhos que precisam ser disparados e que vão ao encontro

das necessidades dos usuários do SUS e também das equipes de saúde. É por meio dos debates, com as equipes de saúde, com os gestores, com os aparelhos de controle social que o usuário receberá informações e poderá exercer sua autonomia, buscando atender as suas necessidades em saúde.

Esses conceitos colocados em prática contribuem para qualificar os serviços, os profissionais e, conseqüentemente, o atendimento aos usuários do SUS, de uma forma geral, mas, especificamente, os usuários bariátricos que estão carentes de um atendimento qualificado em suas localidades de residência, respeitando, assim, o princípio da Regionalização do SUS. Tal princípio, juntamente com o da Hierarquização, diz que:

Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (BRASIL/MS, 1990a, p. 05).

O que se propõe com esta discussão é a qualificação das equipes das Unidades Básicas de Saúde dos municípios, ou pelo menos das unidades básicas de referência em cada região do Estado, que possibilite fazer o atendimento ambulatorial dos usuários no pós-operatório tardio. Sendo assim, as equipes precisam ser treinadas para esse atendimento que é bastante específico, porém não demandaria nenhum tipo de qualificação muito diferenciada daquela que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde já possuem. Necessitam fazer parte dessas equipes, nutricionistas, endocrinologistas, além de outros profissionais que já compõem a equipe.

Sugere-se, no caso do Rio Grande do Sul, que as equipes bariátricas já estruturadas, semelhante à do COM/HSL, possam fazer parcerias com a Secretaria Estadual de Saúde (pela própria SES), a qual se disponibilize a escolher e equipar

as equipes das Unidades Básicas de Referência regionais para participarem de cursos, oficinas, treinamentos com as equipes bariátricas e se capacitem para atender as demandas pós-cirúrgicas em suas unidades. Isso afirmaria o direito do usuário ao acesso à saúde, pois, sendo regional, facilitaria o deslocamento do usuário até o serviço, não precisando gastar com transporte até a capital, como é feito hoje, respeitando o atendimento no território do usuário. Em consequência, isso também propiciaria tempo hábil às equipes bariátricas para realização de um número maior de cirurgias, pois diminuiria o número de acompanhamentos no hospital, respeitando-se ainda os tipos de atendimento de média, baixa e alta complexidade. Cabe salientar, aqui, que esse tipo de disponibilidade da Linha de Cuidado de Atenção à Obesidade já existe e são determinações das Portarias MS Nº424 e 425/2013 e seus complementos, as quais estabelecem que a média complexidade deve instituir equipe de cuidados adequados e acolher as pessoas submetidas à cirurgia bariátrica em seu pós-operatório, 18 meses após a realização da referida cirurgia na alta complexidade (hospital). Há que se indagar, portanto, se a lei estabelecida por essas Portarias vem sendo cumprida e quem não a cumpre? E a resposta fica evidente com os resultados da pesquisa desta Tese, que mostram uma rede de média complexidade, até o momento, sem preparo para receber os usuários bariátricos, ao menos no que se refere ao Estado do Rio Grande do Sul.

Para tanto, são necessárias parcerias entre a Secretaria Estadual de Saúde, as equipes bariátricas e as equipes das unidades básicas, o que resultaria em um atendimento adequado ao usuário, efetivando seu direito à saúde, conforme preconizado pelo SUS e pela Constituição de 1988. São esforços necessários que se fazem cruciais para dar conta das novas demandas em saúde apresentadas na atualidade. Trabalhar com a temática da obesidade, sua prevenção e tratamento, era uma demanda, até poucos anos atrás, impensada em um país como o Brasil, onde a fome e a desnutrição se alastravam. Hoje, a realidade do país mudou e se faz necessário mudar também o atendimento a essas novas demandas em saúde, geradas por números alarmantes dos casos de obesidade. Apesar do aumento dos casos de obesidade e, conseqüentemente, de suas comorbidades não diminuiu a desnutrição. Desde 2001, a OMS considera a obesidade como uma forma de desnutrição, o que torna a doença ainda mais perigosa.

Na Tese aqui apresentada buscou-se destacar os sujeitos pesquisados, pois estes não são apenas objetos de pesquisa, mas sim pessoas que por vários e

diferentes motivos estão expostos a iniquidades e se tornam vulneráveis a uma série de fatores. Cada sujeito desta pesquisa tem uma história, uma identidade e atribui significados para sua condição e contribui para a construção do conhecimento científico. Segundo Yamamoto (2008), esse é um desafio para a pesquisa e a produção de conhecimento do Serviço Social: integrar os fundamentos teórico-metodológicos, bastante estudados nos últimos tempos, com a pesquisa de situações concretas, como as apresentadas nestas páginas.

A compreensão da dinâmica entre determinantes sociais da saúde e cirurgia bariátrica pode, em um primeiro momento, parecer uma discussão desconectada. No entanto, compreender o contexto histórico em que essas vulnerabilidades vêm sendo produzidas, onde a obesidade se tornou uma epidemia e a cirurgia bariátrica tem sido apontada como tratamento para esta epidemia, é também compreender a totalidade desses fenômenos e as contradições inerentes a essa dinâmica. “Se o real está em movimento, então que nosso pensamento também se ponha em movimento e seja pensamento desse movimento. Se o real é contraditório, então que o pensamento seja pensamento consciente da contradição” (LEFEBVRE, 1991, p. 174).

Dessa forma, evidenciando-se a necessidade de uma cobertura em saúde plena para o usuário bariátrico, busca-se, com esta tese, mostrar a importância da integralidade na atenção em saúde. Salienta-se que os conceitos de saúde integralizada são importantes em todos os setores que respondem às demandas da saúde, mas nesta tese ressalta-se, especialmente, o caso das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica. Todos esses fatores: alimentação, habitação, saneamento básico, educação, entre outros, são fatores determinantes da saúde e direitos que precisam ser efetivados para que as pessoas possam gozar e acessar plenas condições de saúde. Os resultados deste estudo poderão, futuramente, contribuir com ações a serem disponibilizadas aos usuários do SUS e, paralelamente, corroborar a necessidade da implantação de programas que capacitem profissionais para atuarem na área bariátrica. Sendo assim, será possível apontar perspectivas de intervenção e transformação dessa realidade, conforme se buscou fazer ao longo do curso de Doutorado, evidenciando uma realidade emergente e nova para o entendimento e a intervenção do Serviço Social: o processo da cirurgia bariátrica, no âmbito do SUS, e sua relação com os determinantes sociais da saúde e fatores de vulnerabilidade produzidos pela configuração atual do mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, BID, 2002. 192 p.

ABRAN, Associação Brasileira de Nutrologia, 2015. Disponível em <<http://abran.org.br/para-o-publico/calculadoras/taxa-metabolica/>>. Acesso em 23 de set. de 2015.

ADAMS, Ted D. GRESS, Richard E. SMITH, Sherman C. HALVERSON, Chad. SIMPER, Steven C. ROSAMOND, Wayne. LAMONTE, Michael J. STROUP, Antoinette. HUNT, Steven. Long-Term Mortality after Gastric Bypass SurgeryIn: **The new england journal of medicine**, 2007.

ALLS, Linda. R.D et al. Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, 4 (2008) S73-S108. March, 2008.

AKERMAN, Marco. SÁ, Ronice Franco. MOYSES, Simone. REZENDE, Regiane. ROCHA, Dais. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciências Saúde Coletiva**. vol.19 nº.11 Rio de Janeiro Nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104291&script=sci_arttext>. Acesso em 27 de out. 2015.

ALVES, J. A. L. **Os direitos humanos como tema global**. São Paulo: Perspectiva, 1994.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. Crise estrutural do capital, maquinofatura e precarização do trabalho – a questão social no século XXI. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 235-248, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/15882/10735>>. Acesso em: 5 maio 2015.

_____. **Trabalho e neodesenvolvimentismo: choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil**. Bauru: Canal 6, 2014.

_____. **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho**. 2 ed. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.

AMA- AMERICAN Medical Association. Is an obesity a disease? Sandra A. Fryhofer, MD, Chair. In: **Report of the Council on Science and Public Health**, 2013. Disponível em: <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/ama-councils/council-science-public-health.page?>>. Acesso em: 6 jul. 2015.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009.

AROUCA, Sérgio. **Reforma sanitária**. Biblioteca Virtual. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>> Acesso em: 2 mar. 2015.

ASSOCIAÇÃO Brasileira para o Estudo da Obesidade – ABESO. Página Institucional. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BACAL, Fernando Bacal, 2012. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/doencas/Paginas/tudo-sobre-insuficiencia-cardiaca.aspx>>. Acesso em 05 de out. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 1977.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de política social. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, ABEPSS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Política social no contexto da crise capitalista. 2009. In: CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BELLINI, Maria Isabel Barros; EIDT, Luiza Barreto. Vidas singulares e atos específicos: o cuidado, a família cuidadora e a inserção nas políticas sociais. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camila Susana (Orgs.). **Intersetorialidade e políticas sociais**: interfaces e diálogos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

BELLINI, Maria Isabel Barros. JESUS, Tiana Brum. SCHERER, Patricia Teresinha. FERREIRA, Guilherme Gomes. FALER, Camilia Susana. A Pesquisa sobre intersectorialidade no contexto brasileiro: notas sobre o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camila Susana (Orgs.). **Intersetorialidade e políticas sociais**: interfaces e diálogos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014a.

BELLINI, Maria Isabel Barros. Camila Susana, GALVÃO, Aline Aiko Y. ; BOLZAN, Liana de Menezes. ARSEGO, Livia Ramalho. SCHERER, Patricia Teresinha. La recherche sur des politiques sociales : un exercice de citoyenneté et garantie de droits?. In: XXV Congreso de ALASS- CALASS 2014, Granada, Espanha. **ACTAS CALASS 2014**. v. 00. p. 01-12. Disponível em: <http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2014/sesion15/04-09_sesion15_0.pdf>. Acesso em 27 de out. de 2015.

BELLINI, Maria Isabel Barros. FALER, Camilia Susana. SCHERER, Patricia Teresinha. JESUS, Tiana Brum. ARSEGO, Livia Ramalho. VIEIRA, Ana Luiza Moraes. Políticas Públicas e Intersetorialidade em Debate. In **Anais do I SIPINF**

Seminário Internacional Sobre Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família: Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional. Porto Alegre: PUCRS, 2013. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/>>. Acesso em 26 de out. 2015.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário Crítico Marxista.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

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

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde,** 17 a 21 de março de 1986. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 25 out. 2014.

_____. CARTA DE OTTAWA, 1986. **PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE** Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em 25 de jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios. Brasília, 1990a.

_____. **Lei Nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. O Sistema Único de Saúde: princípios doutrinários e organizativos. Ministério da Saúde. Brasília/DF, Gestão Municipal de Saúde: Textos básicos, 2001, p. 298-304.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social e NOB-SUAS.** Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

_____. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei Nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá

outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 18 set. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato_2004-2006/2006/lei/l11346.htm>. Acesso em: 13 jul. 2015.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A à Z**: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Série F. Comunicação e Educação em Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 480 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático gestão do trabalho e da educação na saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1 ed. 3 reimp. Brasília: DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável-ENPACS**, 2010. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/sistemas/Enpacs/>>. Acesso em: 3 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde Brasil. **Portal Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 16 de set. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. **PORTARIA Nº 425, de 19 de Março de 2013**. Estabelece Regulamento Técnico, Normas e Critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html>. Acesso em nov. de 2015.

_____. Ministério da Saúde 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. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em nov. de 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. 2009, 21 p. In: CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

BURITY, Valéria et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: ABRANDH, 2010. 204p. Disponível em: <<file:///D:/Downloads/SAN+e+DHAAS.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. In: **PHYSIS Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

CALVETE, Cassio da Silva. A redução da jornada de trabalho em questão. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 431-450, dez. 2010.

CAMPOS, F. E. et al. Legislação Básica do SUS. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. 161. **Cadernos de Saúde nº 2**. CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Brasília, 1993.

CAPATTI, A. O gosto pelas conservas. In: FLANDRIN, Jean-Louis e MONTANARI, Massimo. **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

CARVALHO, Antonio Ivo. BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 141-166.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

CHAUÍ, Marilena. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

CHRISTOU, Nicolas V. SAMPALIS, John S. LIBERMAN, Moishe. Look, Didier. AUGER, Stephane. McLEAN, Alexander P.H. McLean, Lloyd. Surgery Decreases Long-Term Mortality, Morbidity, and Health Care Use in Morbidly Obese Patients. In: **Ann Surg**. 2004 SEP; 240(3): 416–424.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez, 1996. 117 p.

COM- Centro da Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas da PUCRS, 2014. Disponível em: <<http://www.centrobobesidademetabolica.com.br/>>. Acesso em nov. de 2014.

COM- Centro da Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas da PUCRS, 2015. Prescrição de todas as fases das dietas pós-cirúrgicas bariátricas. Documentos internos disponibilizados pela equipe nutricional do COM. Acesso em maio de 2015.

COSTA, Nilsion de Rosário. O Banco Mundial e a política social nos anos 90; agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, Nilson Rosaário; RIBEIRO, José Mendes. **Política de saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira**: uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2004.

COUTO, Berenice Rojas; SILVA, Marta Borba. A política de assistência social e o Sistema único da Assistência Social: a trajetória da constituição da política pública. In: MENDES, Jussara Maria; PRATES, Jane Cruz; AGUINSKY, Beatriz Gershenson. **O Sistema Único de Assistência Social entre a fundamentação e o desafio da implantação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel. A política nacional de assistência social e o SUAS. In: COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel; SILVA, Maria Ozanira da Silva. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2011.

CURA, Imagem e Diagnóstico, 2015. Disponível em <<http://www.cura.com.br/especialidades-curarm-oquee.html>>. Acesso em 23 de set. de 2015.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica dos fenômenos educativos. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DAGNINO, Evelina. (Org.). **Anos 90** – política e sociedade no Brasil: São Paulo: Brasiliense, 1994.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute of Future Studies, 1991. Disponível em:

<http://www.ins.gov.pe/repositorioaps/0/0/eve/evento_maestria/CarvalhoBussPDeterminantesSociais.pdf> Acesso em: 24 jun. 2012.

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. Aonde nos levam as diretrizes curriculares? **Revista Temporalis**. Brasília: ABESS, n. 2, p. 163-182, 2000.

FELIPPE, Flávia: **O peso social da obesidade**. 2001. 282 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

FELIPPE, Flavia Maria. O Peso Social da Obesidade. In: **Revista Virtual Textos & Contextos**, Nº 2, ano II, dez. 2003. Porto Alegre, 2003.

FERNANDES, Idília. A dialética das possibilidades: a face interventiva do serviço social. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 4, ano IV, dez. 2005. Porto Alegre, 2005.

FIOCRUZ – CNDSS. **Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde 2006**. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/comissao.asp>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

FISCHLER, C. A “McDonaldização” dos Costumes. In: FLANDRIN, Jean-Louis e MONTANARI, Massimo. **História da Alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.** [online]. Campinas: 2003, v. 16, n. 4, p. 483-492. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000400011>. Acesso em: 21 abr. 2015.

GASTROPLASTIA. Disponível em: <<http://www.gastroplastia.net/>>. Acesso em: 8 jun. 2012.

GOUVEIA, M. J. A. A intersetorialidade e a contemporaneidade. **Salto para o futuro: educação integral e intersetorialidade**, Brasília, ano XIX, n. 13, p. 10-27, out. 2009.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Trabalho e indivíduo social**. São Paulo: Cortez, 2001.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 set. 2010.

JACQUES, Inês Terezinha Oliveira. **Programa bolsa família e direito ao alimento: rompendo o ciclo da pobreza?** 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

JAPIASSU, H. **A crise da razão e do saber objeto.** São Paulo: Letras & Letras, 1996.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto.** 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

LEAL, Cristiano Waihrich. BALDIN, Nelma. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.** vol.29 no.3 Porto Alegre Sept./Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300013>. Acesso em 27 de out. 2015.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal/lógica dialética.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LOPES, Márcia Helena Carvalho. Em direção ao Sistema Único. **Revista Inscrita.** Brasília: CFESS, ano VI, n. IX, p.15-17, nov. 2004.

MARCEAU, Picard. BIRON Simon. HOULD, Frédéric-Simon. LEBEL, Stéfane. Simon Marceau. Odette Lescelleur. Laurent Biertho. Serge Simard. Duodenal Switch: Long-Term Results. **Obesity Surgery**, 17, 1421-1430, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Fundamentos da metodologia científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, A. P. B. et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, p. 656-665, 2013.

MARX, Karl. **Prefácio** [Para a crítica da economia política]. In: _____. Karl Marx (Crítica da economia política; Do capital; O rendimento e suas fontes). Tradução de Edgar Malagodi e colaboração de José Arthur Giannotti. São Paulo: Nova Cultural, 1996, p. 25-48. (Coleção Os Pensadores).

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã.** Tradução de Álvaro Pina. 1ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

_____. **A ideologia alemã** (I- Feuerbach). Tradução de José Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

_____. **Manuscritos econômicos filosóficos.** Tradução Alex Martins. São Paulo: Martin Claret, 2003.

MATOS, Maurílio Castro de. **Cotidiano ética e saúde**: o serviço social frente à contrarreforma do estado e a criminalização do aborto. 270 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=9782>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. **Serviço social ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MATSUDO, Victor, 2014. Disponível em:< <http://blog.cev.org.br/victor-matsudo/>>. Acesso em 20 de out. de 2015.

MEIHY, José Carlos Sebe B. **História oral**: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.

_____. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____; SCHÜTZ, Fernanda. **Intersetorialidade na política social**: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. In: DIPROSUL, 2011. Pelotas, 2011. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, José Paulo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais: um debate necessário. **Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas**, v. X, n. 12, dez. 2011.

_____. Determinantes sociais da saúde: o embate teórico e o direito à saúde. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v 16, n.2, p. 481-491, jul./dez. 2012.

OLIVEIRA, Francisco de. **Vulnerabilidade e carência de direito(s)**. Recife 1994 (mimeo).

OLIVEIRA, Isabella Vasconcellos de. **Cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde: tendências, custos e complicações.** Brasília, 2007. 89 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, 2007.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde – OMS. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional de Alma-Ata, 06-12 set. 1978. 03 p.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde – OMS. Disponível em: <http://www.omsbrasil.com.br>. Acesso em: 08 set. 2011.

PAVIANI, Jayme. **Epistemologia prática: ensino e conhecimento científico.** Caxias do Sul: EDIPUCRS, 2009.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política social: temas & questões.** São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Porque continuo contra as políticas sociais focalizadas:** réplica à recente matéria sobre o Programa Bolsa Família veiculada pelas Organizações Globo. NEPPoS/CEAM/UnB Grupo de Estudos POLITIZA - PPGPS/SER/IH/UnB. Brasília, 19 de junho de 2012.

_____. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do estado e da sociedade civil. **Ser Social**, Brasília-DF: UNB, n 6, p. 119-131, 2000.

_____. **A intersectorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética.** 2012. Disponível em: <<http://matriz.sipia.gov.br/images/acervo/Texto%20Potyara%20-%20intersetorialidade.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central Ir. José Otão. Modelo para apresentação de citações em documentos elaborado pela Biblioteca Central Irmão José Otão. 2011. Disponível em: <<http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/biblioteca/Capa/BCEPesquisa/BCEPesquisaModelos>>. Acesso em: 29 de out. 2015.

POPKIN, Barry M. **O mundo está gordo: modismos, tendências, produtos e políticas que estão engordando a humanidade.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

REPETTO, G; RIZZOLLI, J; CASAGRANDE, D. Cirurgia bariátrica: um tratamento cirúrgico ou clínico? **Revista da ABESO**, ano III, n. 11, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/192/cirurgia-bariarica:-um-tratamento-cirurgico-ou-clinico?.shtml>> Acesso em: 04 dez. 2012.

REPETTO, G.; CASAGRANDE, D. S. Desnutrição x obesidade. **Revista ABESO.** Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade, São Paulo, ano V, v. 22, mar. 2005.

ROCHA, Simone Rocha da. **Possibilidades e limites no enfrentamento da vulnerabilidade social juvenil:** a experiência do Programa Agente Jovem em Porto Alegre. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação da

Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

SANTAELLA, Lucia. **Corpo e comunicação**: sintoma da cultura. São Paulo: Paulus, 2004.

SANTOS, Andréia Mendes dos. **Sociedade do consumo**: criança e propaganda, uma relação que dá peso. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

_____; SCHERER, Patricia Teresinha. Mídia e obesidade infantil: uma discussão sobre o peso das propagandas. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 208-223, jan./abr. 2014.

_____. Política alimentar brasileira: fome e obesidade, uma história de carências. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 92-105, jan./jul. 2012.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHERER, Giovane Antonio. Juventudes e políticas públicas: reflexões quanto à garantia do direito às seguranças. **Revista Eletrônica Juventude e Políticas Públicas**, v. 1, n. 1, 2014. Disponível em: <https://www5.planalto.gov.br/ojs_snj/index.php/snj/article/view/GIOVANESCHERER/GiovaneScherer>. Acesso em: 1º jun. 2015.

SCHERER, Patricia Teresinha. **O peso que não é medido pela balança**: as repercussões da obesidade no cotidiano dos sujeitos. 2012. 112 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2012.

SEGAL, A. **Obesidade não tem cura, mas tem tratamento**. São Paulo: Lemos, 1998.

SES/RS - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2014. Informação prestada por meio do Fale Conosco do INFODATASUS-SES/RS em 14 de out. de 2014.

SILVA, Ademir A. **A gestão da seguridade social brasileira**: entre a política pública e o mercado. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Pobreza, desigualdade e política pública: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 13, n. 2, jul./dez. 2010.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 78). 118 p.

SOCIEDADE Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM, 2011. Página Institucional. Disponível em: <<http://www.sbcb.org.br>>. Acesso em: 25 ago. 2011.

SOCIEDADE Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM, 2015. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/wordpress/pesquisa-revela-que-obesidade-atinge-mais-brasileiros-entre-56-e-65-anos/>. Acesso em: fev. 2015.

SOCIEDADE Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM. Disponível em: <http://www.centrobresidademetabolica.com.br/index.php/pt/sala-de-imprensa/299-2015-02-19-13-37-14>. Acesso em: fev. 2015.

Sociedade Brasileira de Hérnias e Parede Abdominal. Disponível em: <http://www.sbhernia.com.br/esclarecimentos.asp>. Acesso em 19 de out. de 2015

SBC- Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2015. Disponível em <http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>. Acesso em 05 de out. 2015.

SBACV- Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul. 2015. Disponível em <http://www.sbacv.com.br/index.php/publico/arteriosclerose.html> . Acesso em 05 de out. de 2015.

SPINK, Mary Jane. (org). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/disseminacao/renda-de-cidadania/2009/concepcao-e-gestao-da-protecao-social-nao-contributiva-no-brasil/arquivos/concepcao_gestao.pdf/download. Acesso em: 4 mar. 2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUSSENBACH, Samanta Pereira. NUNES, Everton Nunes. PUFAL, Milene Amarante. CASAGRANDE, Daniela Shaan. PADOIN, Alexandre Vontobel. Mottin, Cláudio Corá. Systematic Review of Economic Evaluation of Laparotomy versus Laparoscopy for Patients Submitted to Roux-en-Y Gastric Bypass. **PLoS One**. 2014 Jun 19;9(6):e99976. doi: 10.1371/journal.pone.0099976. eCollection 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24945704>>. Acesso em 15 de out. 2015.

SÜSSENBACH, Samanta Pereira. **Custo orçamentário da cirurgia bariátrica**. Dissertação de Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde. Porto Alegre: PUCRS, 2011. 87 f.: gráf. tab. Inclui artigo científico submetido à publicação.

TARLOV, A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). **Health and social organization**. London: Routledge, p. 71-93, 1996.

TAYYEM, Raed. ALI, Abdulmajid. ATKINSON, John. MARTIN, Colin, 2011. Analysis Of Health-Related Quality-Of-Life Instruments Measuring The Impact Of Bariatric Surgery: Systematic Review Of The Instruments Used And Their Content Validity. In: **The Patient: Patient-Centered Outcomes Research**, 2011, VOL. 4, ISSUE 2, Pages 73-87.

TEIXEIRA, Maria Solange. Políticas sociais no Brasil: a histórica (e atual) relação entre o “público” e o “privado” no sistema brasileiro de proteção social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 13(2): 45-64, jul./dez. 2007.

TINDLE, Hilary A. et al. Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. 2010. **US National Library of Medicine National Institutes of Health**. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4296730/>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VALENTE, Flavio Luiz Schieck. **Direito humano à alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde e Sociedade**, v.12, n.1, p.51-60, jan./jun 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n1/08.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

VARELLA, Dráuzio. **Refluxo Gastroesofágico 31/03/2011**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/crianca-2/refluxo-gastroesofagico/>>. Acesso em 01 de out. 2015.

_____. Apnéia do Sono, 2011a. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/obesidade/apneia-do-sono/>>. Acesso em 05 de out. 2015.

_____. Embolia Pulmonar, 2011b. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/letras/e/embolia-pulmonar/>>. Acesso em 05 de out. 2015.

_____. Anemia, 2011c. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/letras/a/anemia/>>. Acesso em 19 de out. de 2015.

VÉRAS, M. P. B. Notas ainda preliminares sobre exclusão social, um problema brasileiro de 500 anos. In: _____; SPOSATI, A.; KOWARICK, L. (Ed.). **O debate com Serge Paugan**. Por uma sociologia da exclusão social. São Paulo: EDUC, 1999, p. 13-48.

VIGITEL 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>. Acesso em: 23 fev.2014.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012.

_____. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. Globalização, precarização das relações de trabalho e seguridade social. **Cadernos Abong**, s/1, n. 19, out. 1997.

_____. Serviço social e pobreza. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 153-154, jul./dez. 2010.

Zajdenverg, Lenita. Tipos de Diabetes, 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/diabetes/tipos-de-diabetes>>. Acesso em 05 de out. 2015.

APÊNDICE A – Carta de autorização do chefe do serviço

Porto Alegre, 22 de maio de 2013.

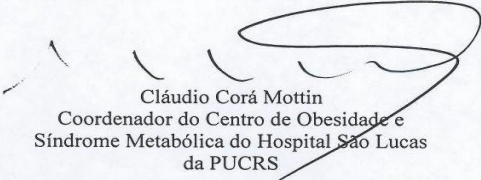
Ao Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS

Prezados Senhores:

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do projeto de Pesquisa intitulado "Desafios e Impactos da Cirurgia Bariátrica no Âmbito do SUS" proposto pelo(s) pesquisador(es) Doutoranda Patricia Teresinha Scherer e Prof. Dra Andréia Mendes dos Santos (orientadora).

O referido projeto será realizado no(a) Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas da PUCRS, e só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente,



Cláudio Corá Mottin
Coordenador do Centro de Obesidade e
Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas
da PUCRS

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Roteiro da Entrevista

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Data da entrevista: ____/____/____

Registro n.º _____

Data da Cirurgia Bariátrica: ____/____/____

Tempo transcorrido desde a cirurgia: _____

ID - ENTREVISTADO

1. Sexo: (1) feminino (2) masculino

2. Idade: _____ anos. 3. Data de nascimento: ____/____/____

4. Altura: _____ 5. Peso atual: _____ 6. IMC atual*: _____

7. Estado Civil:

(1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado (5) divorciado

(6) outros _____

8. Peso quando fez a CB: _____ 9. IMC na CB*: _____

10. Após a cirurgia, você realizou outra intervenção (clínica/cirúrgica) relacionada à CB?
(1) sim (2) não

11. Caso sim, quais? (ex.: hérnia, fístula, anemia, cálculo na vesícula)

12. Escolaridade: _____

13. Estuda atualmente (1) sim (2) não.

14. Faz algum curso de formação ou capacitação profissional? (1) sim (2) não.

Caso sim, qual? _____

15. Você trabalha? (1) sim (2) não (3) está desempregado

16. Profissão: _____

17. Tipo de vínculo empregatício: (1) autônomo (2) servidor público

(3) trabalhador temporário (4) carteira assinada (5) outro _____

18. Renda Familiar Média:

(1) até 1 salário mínimo (2) 1-2 sm (3) 2-3 sm

(4) 3-5 sm (5) 5-10 sm (6) 10-20 sm (7) mais de 20 sm

CONDIÇÕES DE MORADIA

19. Cidade em que reside: _____

20. Bairro em que reside: _____

21. Sua residência é:

(1) Própria quitada (2) própria com financiamento (3) alugada (4) cedida por
alguém. Por quem? _____ (4) área verde (5) outro _____

22. Quanto tempo reside neste local? _____

23. Você gosta de viver neste local (1) sim (2) não Por que?

24. Quantas pessoas residem na casa (crianças, adolescentes, idosos, adultos):

25. Vínculo com as pessoas que residem na casa:

- (1) amigo (2) pais (3) irmãos (4) esposo(a) (5) filhos (6) avós (7) netos
 (8) outros _____

26. A rua de sua residência:

- (1) É pavimentada
 (2) possui iluminação pública
 (3) Possui sistema de água encanada
 (4) Possui sistema de esgoto
 (5) Possui coleta de lixo
 (6) Passa linha (s) de ônibus

27. Caso existam problemas relacionados ao transporte público, pavimentação, poluição, falta de saneamento básico, luz, água, lixo, isso atrapalha sua vida e saúde? Em que sentido?

CONDIÇÕES DE LAZER, ESPORTE, CULTURA E INFORMAÇÃO

28. O que você costuma fazer em seu tempo livre?

29. Que atividades de lazer, esporte e cultura você mais costuma fazer/praticar?

30. Você participa de alguma atividade associativa ou comunitária, tais como: associação de moradores, grupo religioso, partido político, grupo de voluntariado, clube de mães, clube social, entre outros?

31. Você utilizava estes espaços antes da cirurgia? Por quê?

CONDIÇÕES DE ACESSO AO SERVIÇO

32. Como você se desloca/deslocava até o COM para as consultas agendadas?

(1) veículo próprio (2) transporte público coletivo (3) Táxi

(4) transporte fornecido pela Prefeitura (5) transporte público coletivo custeado pela Secretaria de saúde/prefeitura (6) outros _____.

33. Em relação à medicação que você precisou/precisa usar (relacionada à cirurgia), você:

(1) Retira no Posto de Saúde (2) a Prefeitura fornece (3) compra com recurso próprio (4) via judicial (5) outra _____

34. Como você foi encaminhado ao COM?

(1) SMS/Posto (2) judicial (3) paciente de outras unidades HSL

35. Tempo médio de espera entre ser encaminhado e ingressar no COM:

36. Tempo médio entre o início atendimento (COM) e a realização da cirurgia:

37. Você utiliza outro (s) serviço (s) de saúde público além do COM?

(1) Não (2) Sim. Onde, quais e motivo?

38. Você utiliza algum(s) serviço(s) de saúde privado?

(1) Não (2) Sim. Onde, quais e motivo?

39. Você possui plano de saúde privado? (1) sim (2) não (3) não sabe

40. Você utiliza ou já utilizou outro (s) serviço (s) de saúde (público ou privado) para dar conta de alguma demanda relacionada à cirurgia bariátrica, além do COM?

(1) Não (2) Sim. Onde, quais e por qual situação?

ROTEIRO DE ENTREVISTA - QUESTÕES ABERTAS

41. Você pode explicar porque buscou a realização da cirurgia bariátrica?
42. Após a cirurgia, você atingiu o peso estimado na fase pós-operatória? Em quanto tempo?
43. Por que você (quais condições) acha que isso aconteceu?
44. Quais eram suas principais dificuldades antes da cirurgia?
45. E depois da cirurgia, essas situações mudaram?
46. Quais eram suas expectativas de mudança que ocorreriam após a realização da cirurgia? (explorar saúde, relações interpessoais, família, trabalho). Elas foram satisfeitas?
47. Na época da cirurgia e hoje, existia/existe algum tipo de trabalho realizado por agente de saúde, médico comunitário, ou qualquer outra área relacionada à questão do peso em sua comunidade? Quais e como atuam?

FAMÍLIA

48. Para sua família, era necessário que você realizasse essa cirurgia?
49. Você sente que sua família lhe apoiou na decisão de submeter-se ao procedimento cirúrgico?
50. Após a cirurgia, como sua família avalia todo processo. Alguma vez lhe disseram que se fosse necessário você deveria fazer “tudo de novo”? (explorar se “valeu a pena”).

NECESSIDADES PÓS-OPERATÓRIO

51. O que você considera na sua vida/rotina que mudou após a realização da cirurgia?
52. Após a cirurgia, você conseguiu comparecer às consultas de revisão, conforme a agenda do COM? Caso não, explique quais os motivos do não comparecimento. Caso sim, como você se organizou para estar presente?
53. Você considera essas consultas de acompanhamento importantes para seu processo de emagrecimento?

- 54.**Alguma vez você precisou faltar à consulta por dificuldade em relação ao seu deslocamento até o COM? Explique.
- 55.**Que tipo de aporte e com quem você contou no pós-operatório (família, vizinhos, amigos)?
- 56.**Após a realização da cirurgia, você recebeu uma prescrição alimentar específica, você conseguiu seguir tal recomendação? Explique.
- 57.**Os procedimentos (consultas, medicações, entre outros) tiveram algum impacto sobre o orçamento familiar? Explique.
- 58.**Você considera que após a realização da cirurgia, sua saúde melhorou?
- 59.**Hoje, como você faz para garantir a manutenção do peso e sua saúde?
- 60.**Como você acessa os mecanismos que utiliza para manutenção do peso e saúde? (recurso público, atividades ao ar livre, custeia as despesas).
- 61.**Hoje, você possui algum problema de saúde?
- 62.**Caso sim, esse problema é anterior, decorrente da Cirurgia Bariátrica ou sem relação com a cirurgia?
- 63.**De forma geral, como você avalia os resultados da Cirurgia Bariátrica?
- 64.**Para você, a cirurgia foi benéfica? Você faria “tudo de novo” se fosse necessário?
- 65.**Para finalizar, como você se considerava em relação ao seu peso, na época da cirurgia?
- (1) muito magra (2) magra (3) normal (4) acima do peso ideal
(5) gorda (6) muito gorda
- 66.**Como você se considera em relação ao seu peso, atualmente?
- (1) muito magra (2) magra (3) normal (4) acima do peso ideal (5) gorda (6) muito gorda
- 67.**Caso você considere importante mencionar algo que não lhe foi perguntado, sinta-se à vontade!

APÊNDICE C – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
 FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Desafios e Impactos da Cirurgia Bariátrica no Âmbito do SUS

Convidamos o Sr (a), _____ abaixo assinado para participar da pesquisa de doutorado: Desafios e impactos da cirurgia bariátrica no âmbito do SUS. Essa pesquisa tem como objetivo investigar de que forma os determinantes sociais em saúde impactam na vida das pessoas, submetidas à cirurgia bariátrica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a fim de subsidiar o SUS, com informações na perspectiva da qualificação de políticas públicas e do acesso ao serviço público de saúde, voltado ao atendimento e tratamento da obesidade. Sua participação consiste em responder uma entrevista semiestruturada, que terá a duração de aproximadamente 40 minutos e será gravada.

Eu, _____, concordo participar da pesquisa ***Desafios e impactos da cirurgia bariátrica no âmbito do SUS.***

Foi me assegurado:

Rigoroso sigilo de minha identidade na publicação desta pesquisa;
 Possíveis esclarecimentos a quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre minha participação nesta pesquisa;
 Poderei solicitar meu desligamento da pesquisa a qualquer momento.
 Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza. Diante de novos questionamentos poderei entrar em contato com a doutoranda Patricia Teresinha Scherer, pelo telefone (51) 8139-6460, com a Dra. Andréia Mendes dos Santos pelo telefone (51) 3320.3539 ou com a entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone (51) 3320-3345. Declaro participar voluntariamente, e que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Data ___/___/___ Assinatura do Participante: _____

 Orientadora Dra. Andréia Mendes dos Santos

 Doutoranda Patricia Teresinha Scherer

ANEXO A – Parecer Consubstanciado Comitê de Ética da PUC-RS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Desafios e Impactos da Cirurgia Bariátrica no Âmbito do SUS

Pesquisador: Andreia Mendes dos
Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19389013.8.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTÊNCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 354.505

Data da Relatoria: 08/08/2013

Apresentação do Projeto:

Os determinantes sociais em saúde são elencados, pelos profissionais de equipes multidisciplinares, que trabalham com cirurgia de obesidade, como um dos desafios a serem enfrentados e como fator de risco e insucesso no tratamento pós-operatório.

A obesidade é uma doença multifatorial considerada uma epidemia mundial. A cirurgia de obesidade é um procedimento utilizado nos casos de obesidade mórbida, ou com obesidade moderada, mas com doenças associadas. É um método que tem sido bem-sucedido na maioria dos casos. Entre os fatores necessários para o emagrecimento, além do procedimento cirúrgico, os pacientes bariátricos devem aderir ao tratamento medicamentoso pós-operatório, adotar todas as fases da dieta pós-cirúrgica e, conseqüentemente, mudar seus hábitos alimentares, praticar exercícios físicos regularmente e comparecer às consultas da agenda pós-bariátrica, entre outros. Para os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), cumprir essas recomendações nem sempre é simples.

O sujeito obeso encontra-se, muitas vezes, carente e sem condições para acessar os recursos necessários para o sucesso do tratamento. Esses dificultantes têm sido elencados pelas equipes bariátricas como os fatores de vulnerabilidade para os sujeitos que realizam a cirurgia de obesidade pelo SUS. Neste projeto de pesquisa tem-se a finalidade de investigar de que forma os determinantes sociais em saúde impactam a vida das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a fim de subsidiar o SUS com informações, na perspectiva da qualificação de

políticas públicas e do acesso ao serviço público de saúde voltado ao atendimento e ao tratamento da obesidade.

Objetivo da Pesquisa

Objetivo Primário:

- Investigar de que forma os determinantes sociais em saúde impactam a vida das pessoas, submetidas à cirurgia bariátrica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a fim de subsidiar o SUS com informações, na perspectiva da qualificação de políticas públicas e do acesso ao serviço público de saúde voltado ao atendimento e ao tratamento da obesidade.

Objetivo Secundário:

- Analisar de que forma os determinantes sociais em saúde interferem no processo de emagrecimento das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica pelo SUS.

- Verificar o possível surgimento de novas demandas em saúde, no pós-operatório das pessoas submetidas à cirurgia bariátrica pelo SUS.

- Analisar quais são os fatores que dificultam o cumprimento das recomendações indicadas pela equipe bariátrica no pós-cirúrgico.

- Analisar a efetividade das ações desenvolvidas pelo SUS para o atendimento as pessoas no pós-operatório da cirurgia bariátrica.

- Realizar um levantamento das recomendações técnicas e das principais dificuldades do processo pós-cirúrgico para redução e manutenção do peso saudável.

- Mapear e analisar as ações e políticas de saúde voltadas para a atenção ao paciente bariátrico, atenção às questões relativas à obesidade e à segurança alimentar existentes no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta riscos mínimos. Possui como benefícios fornecer subsídios para qualificação das políticas públicas de atendimento a pacientes com obesidade submetidos à cirurgia bariátrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa, embasada no Método Dialético-Crítico, tomando como base as categorias teóricas contradição, totalidade e historicidade. Segundo Triviños (1995), o Materialismo Dialético realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. Este estudo será realizado no Centro da Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas da PUCRS (COM/HSL).

A pesquisa consiste na aplicação de uma entrevista semiestruturada (com perguntas abertas e fechadas), com 39 sujeitos, visando compreender a realidade social destes, conhecer como ocorrem os processos, especialmente os sociais, ligados ao pós-operatório e de enfrentamento as demandas relacionadas à cirurgia bariátrica, e também quais as políticas públicas que conhecem e acessam para

o enfrentamento a tais demandas. A investigação será através de entrevista semiestruturada, com as pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica, no âmbito do SUS, no COM. Serão sujeitos da pesquisa pessoas que se submeteram à cirurgia, há, pelo menos, um ano, e relate sua história, suas vivências, suas expectativas, frustrações, desejos e sentimentos relacionados à sua condição de obeso e à cirurgia. Depois de realizada a coleta de dados, a pesquisa passará pela análise dos dados coletados, a fim de mostrar os resultados da pesquisa e as proposições acerca das intervenções possíveis na realidade constatada. Os dados coletados na pesquisa serão submetidos à análise de conteúdo, com base em Bardin (1977), a fim de mostrar os resultados da pesquisa e as proposições acerca das intervenções possíveis na realidade constatada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Termo de Consentimento em linguagem clara e acessível, aprovação da Comissão Científica da FSS; orçamento adequado e carta de autorização do chefe de serviço carimbada.

Recomendações:

A pesquisadora atendeu a pendência.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está ética e metodologicamente adequado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 09 de Agosto de 2013.

**Assinado por: Caio Coelho Marques
(Coordenador)**

ANEXO B - Aprovação Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Porto Alegre, 25 de junho de 2013

Encaminho o projeto de pesquisa sob o nº 17/2013 "**DESAFIOS E IMPACTOS DA CIRURGIA BARIÁTRICA NO AMBITO DO SUS**" da doutoranda Patrícia Teresinha Scherer que foi revisado quanto ao cumprimento das solicitações realizadas em parecer anterior.

As solicitações foram atendidas:

(X) SIM () NÃO

Com base nas alterações executadas e de acordo com a avaliação o projeto enquadra-se na seguinte categoria:

(X) APROVADO

() Com pendências – anexar parecer

() Não aprovado – anexar parecer

Profª. Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Coordenadora da Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em

Serviço Social -
Campus Central

FSS/PUCRS

PUCRS

Av.

Ipiranga, 6681–P. 15–sala 330–CEP90619-900

Porto Alegre – RS - Brasil

Fone: (51) 3320-3539 – Fax (51) 3320-3606 E-mail: servico-social-pg@pucrs.br

www.pucrs.br/fss/pos