UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

EDUARDA MARQUES RODRIGUES

CIRURGIA BARIÁTRICA: uma análise do perfil e da adesão dos usuários do pós-cirúrgico do Hospital Universitário de Brasília

BRASÍLIA – DF

2015

EDUARDA MARQUES RODRIGUES

CIRURGIA BARIÁTRICA: uma análise do perfil e da adesão dos usuários do pós-cirúrgico do Hospital Universitário de Brasília

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação do Prof. Dr. Cristiano Guedes.

BRASÍLIA – DF

2015

CIRURGIA BARIÁTRICA: uma análise do perfil e da adesão dos usuários do pós-cirúrgico do Hospital Universitário de Brasília

A banca examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, da estudante

EDUARDA MARQUES RODRIGUES

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cristiano Guedes

(Orientador)

Profª. Drª. Karen Santana de Almeida Vieira

(Membro interno do SER - UnB)

Assistente Social Marilene Cardoso Dias

(Membro externo)

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia a todos os usuários do Programa de Obesidade, que me contaram suas vivências e me encantaram com suas lições.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Cristiano Guedes, pela disponibilização em me orientar e contribuir para o meu crescimento profissional. Agradeço pela paciência, pelos conselhos e sugestões.

À professora Patrícia Pinheiro, pelo auxílio durante a reta final deste trabalho.

À professora Karen, por aceitar participar da banca examinadora.

Agradeço à assistente social Marilene Cardoso Dias, por compartilhar comigo seu conhecimento durante meu período de estágio. Obrigada por me inquietar.

À toda equipe e usuários do Programa de Obesidade, que me acolheram e colaboraram para a realização desta pesquisa.

À minha mãe Aldenora Marques, pelo amor e por acreditar em mim em períodos tão adversos.

À Camilla Magalhães, pela leitura e pelos comentários tão valiosos.

À minha querida Cássia Braga, pelo companheirismo, carinho e dedicação.

Aos queridos amigos Luiz, Isadora, Lorena e Dany, pelos momentos de descontração tão essenciais à vida acadêmica.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa, meu mais sincero obrigado.

EPÍGRAFE

A vida é uma grande universidade, mas pouco ensina a quem não sabe ser um aluno.
(Augusto Cury)

RESUMO

Esta pesquisa centra-se na análise do perfil de indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica no Hospital Universitário de Brasília, assim como a adesão dos mesmos às etapas do tratamento. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, este estudo foi realizado entre os meses de abril a novembro de 2014 e garantiu o sigilo e anonimato de todos os participantes. O objetivo foi identificar, de forma geral, o perfil que chega ao hospital e como este garante o acesso dos sujeitos ao tratamento cirúrgico da obesidade. De natureza quantitativa e qualitativa, o estudo analisou cinquenta prontuários de usuários que foram atendidos pela equipe multidisciplinar no período de 2013 a 2014, e realizou vinte entrevistas com os integrantes do Pós-cirúrgico. As informações coletadas nos prontuários eram de cunho socioeconômico, enquanto as das entrevistas abordavam o acompanhamento Pré e Pós-operatório oferecido aos sujeitos no HUB ou em outros hospitais, levando-se em conta a integralidade no tratamento.

Objetivou-se também compreender a intervenção do Serviço Social, uma vez que o Programa de Obesidade do HUB conta com a atuação de assistente social em sua equipe multidisciplinar. O motivo dessa inserção justifica-se pelo caráter multifatorial da obesidade, que não se limita a distúrbios alimentares, genéticos ou psicológicos, envolvendo também questões sociais e econômicas. Assim, foi realizado entrevista com a assistente social que atua no Programa de Obesidade do hospital. Baseado nas informações obtidas, concluiu-se que são as mulheres pardas que mais procuram a cirurgia bariátrica no HUB, motivadas por problemas de saúde desencadeados pelo excesso de gordura. Também revelou-se que todos os entrevistados tiveram acompanhamento Pré e Pós-operatório, mesmo que com tempo de duração diferentes. Em relação à adesão, concluiu-se que muitos usuários não tiveram condições financeiras de manterem as recomendações médicas e que hoje encontram dificuldades em continuarem o tratamento nos níveis básico, médio e especializado de saúde, resultando em ganho de peso.

Palavras-chave: Obesidade, cirurgia bariátrica, integralidade, mulheres, Serviço Social.

ABSTRACT

This research focuses on the profile analysis of individuals whom demanded bariatric surgery at the University Hospital of Brasilia, as well as their commitment to the phases of the treatment. Approved by the Research Ethics Committee of the Institute of Human Sciences at the University of Brasilia, the research was conducted between April and November 2014. The goal is to identify, in general, the profile of who arrives at the hospital and how the hospital provides access to surgical treatment of obesity. Quantitative and qualitative nature, the study analyzed fifty medical records of users who were attended by the multidisciplinary team from 2013 to 2014 and held twenty interviews to the members of the post-surgical's Obesity Program at the university hospital. The information collected from the medical records were of socioeconomic nature, while the interviews were about the medical follow-up performed before and after surgery at the HUB or other hospitals, taking into account the completeness of treatment.

Another issue addressed in this research is the role of the Social Work, since the HUB's Obesity Program includes the performance of social worker in the multidisciplinary team. The reason for this inclusion is justified by the multifactorial nature of obesity, which is not limited to food, genetic or psychological disorders, involving social and economic issues. Thus, we interviewed the social worker from the Obesity Program. Based in the information obtained through this research, it was concluded that brown women are the most seeking for bariatric surgery at the HUB, motivated by health problems caused by overweight. In addition, it was revealed that all the participants had medical follow-up before and after surgery with different duration. Regarding the adherence, we concluded that many users did not have the financial means to maintain the medical recommendations and now they find difficult to have access to the basic, medium and specialized health services, resulting in gained weight.

Key words: Obesity, bariatric surgery, completeness, women, Social Work.

LISTA DE SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CID 10 – Código Internacional de Doenças
CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF – Distrito Federal
DNCT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GM – Gabinete do Ministro
HRAN – Hospital Regional da Asa Norte
HUB – Hospital Universitário de Brasília
IH – Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília
IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation
IMC – Índice de Massa Corporal
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS – Ministério da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAPO – Projeto de Atenção e Prevenção à Obesidade
PBF – Programa Bolsa-Família
PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar
POF – Pesquisa de Orçamento Familiar
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SES – Condições Socioeconômicas
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF – Tratamento Fora de Domicílio
UnB – Universidade de Brasília
VAN- Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 11

CAPÍTULO 1: A OBESIDADE E O SOBREPESO: PANORAMA MUNDIAL E NACIONAL 14

1.1 A cirurgia bariátrica 22

CAPÍTULO 2: O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE..... 25

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA 29

3.1 Cuidados Éticos 32

CAPÍTLUO 4: ANÁLISE DE DADOS 33

4.1 O Programa de Obesidade do Hospital Universitário de Brasília 33

4.1.1 O Projeto de Atenção e Prevenção à Obesidade 34

4.1.2 O grupo Pré-operatório 35

4.1.3 O grupo Pós-operatório 36

4.2 O perfil dos usuários do Pós-cirúrgico do Programa de Obesidade do Hospital Universitário de Brasília 38

4.3 A adesão dos usuários ao tratamento cirúrgico da obesidade 43

CONSIDERAÇÕES FINAIS 51

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53

INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como acúmulo excessivo de gordura corporal, decorrente do desequilíbrio entre o ganho e o gasto de calorias. O aumento dos índices de sobrepeso e obesidade, em nível mundial, vem exigindo de diferentes governos ações que sejam capazes de frear sua disseminação. Em pesquisa recentemente realizada, constatou-se que o sobrepeso e obesidade já atingem mais de 2 bilhões de adultos em todo o mundo (NG *et al.*, 2013). Em relação aos mais novos, a Organização Mundial da Saúde (2015) afirma que em 2013 haviam mais de 42 milhões de crianças menores de 5 anos com sobrepeso e obesidade. Estes são números preocupantes que exigem medidas urgentes para sua diminuição, especialmente no campo de políticas públicas.

Apesar do aumento significante de políticas educacionais que incentivam a prática de exercícios físicos e a alimentação saudável, também notou-se, nos últimos anos, o aumento da procura por métodos cirúrgicos para o tratamento da obesidade. A demanda por tratamentos cirúrgicos trouxe à tona discussões acerca da banalização de cirurgias bariátricas, da segurança e efetividade desses procedimentos, assim como aumento da demanda de alocação de recursos frente aos cofres públicos (OLIVEIRA, 2007).

Sabe-se que a procura crescente por métodos de emagrecimento está relacionada com o estigma social a que são submetidas as pessoas com excesso de peso, onde o padrão de beleza midiático impõe o corpo magro como o único a ser valorizado e reconhecido (MATTOS e LUZ, 2009). O entendimento da obesidade como uma doença não se restringe ao caráter estético, todavia, a alteração da imagem corporal favorece a procura por cirurgias bariátricas (MARIANO *et al.*, 2014), visto que as pessoas buscam cada vez mais obter o corpo propagado nas mídias sociais. Para Mariano e colaboradores (2014) a manutenção de um corpo obeso implica em dificuldades cotidianas, como acesso a vestuário básico e conseguir trabalho, o que repercute nos relacionamentos afetivos dos obesos. Por esse motivo, a realização do tratamento cirúrgico propicia a "recuperação da autoestima e reintegração social, afetiva, familiar e psicológica" (MARIANO *et al.*, 2014, p. 416). A demanda por cirúrgicas bariátrica combina, portanto, questões de saúde e questões de estética.

A obesidade possui código próprio na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo ele o E66 e suas subcategorias. O reconhecimento da obesidade como uma patologia implica no desenvolvimento de medidas preventivas e métodos de tratamento que devem ser disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde. Assim, alguns hospitais são credenciados pelo SUS para realizar procedimentos cirúrgicos no tratamento da obesidade, conhecidas como gastroplastias. No Distrito Federal, apenas o Hospital Universitário de Brasília e o Hospital Regional da Asa Norte possuem tais credenciais.

Todavia, para o estabelecimento do tratamento cirúrgico no SUS é necessário a implementação de uma linha de cuidados da obesidade. O serviço de atendimento à pessoa obesa, como pontua o Ministério da Saúde (2014), é de responsabilidade municipal e estadual e deve iniciar-se na atenção básica por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), cujo foco deverá ser a manutenção ou recuperação do peso saudável. A RAS deve estender-se por todos os níveis de saúde (básico, médio e especializado) favorecendo a comunicação entre diferentes níveis hierárquicos, proporcionando a interdisciplinaridade e intersetorialidade no tratamento da obesidade. Dessa maneira, quando detectada necessidade de tratamento em nível mais complexo, o usuário acessará facilmente outros serviços de saúde, sem que isso implique na perda do vínculo com a rede de atenção básica.

O estabelecimento da linha de cuidados da obesidade é essencial para o tratamento da mesma, uma vez que é fundamental para garantir a integralidade na promoção e recuperação da saúde. O princípio da integralidade, em conjunto com o de universalidade, equidade e participação social que direcionam o Sistema Único de Saúde (SUS), compreende os usuários da saúde como "sujeitos históricos, sociais e políticos", cujas condições de saúde articulam-se aos contextos familiar, ambiental e econômico na sociedade em que vivem (MACHADO *et al.*, 2007, p. 336). Essa concepção fortalece a luta por um SUS que não se limita às ações de cunho preventivo e curativo, mas que concebe a ampliação da saúde em diferentes setores.

A integralidade no tratamento da obesidade, em especial na realização de gastroplastias, deve ser garantido por meio da inserção dos usuários na linha de cuidados, que deve proporcionar aos sujeitos as condições mínimas favoráveis à continuidade do tratamento, que não cessa após o procedimento cirúrgico, tais como a

realização de cirurgias plásticas reparadoras, acesso aos suplementos alimentícios e acompanhamento multidisciplinar previstos nas Portarias GM/MS nº 424 e 425 de 2013.

A abordagem da obesidade nesse estudo compreenderá o seu tratamento cirúrgico, assim como os determinantes sociais da doença, ou seja, a relação existente entre as condições de vida, trabalho e saúde (BUSS e FILHO, 2007). Deste modo, pretende-se com esta pesquisa analisar o perfil dos usuários que realizaram a cirurgia bariátrica no Hospital Universitário de Brasília, assim como a sua adesão ao tratamento. Objetiva-se com isso investigar quais fatores influenciam na adesão e, principalmente, se está sendo garantida integralidade no tratamento aos usuários.

Os resultados serão analisados sob a ótica do Serviço Social, profissional que compõe a equipe multidisciplinar do Programa de Obesidade do hospital universitário. Investigar-se-á os motivos que fundamentam a inserção de assistentes sociais no tratamento da obesidade, assim como a intervenção profissional. Também analisaremos de que maneira a atuação dessa categoria profissional colabora para o cumprimento da integralidade no tratamento, contribuindo para a concepção ampliada de saúde.

Anseia-se, com isso, fortalecer o discurso da importância da linha de cuidados da obesidade, cujo foco não deve ser somente o tratamento cirúrgico no âmbito do SUS. Espera-se contribuir para ampliação de serviços às pessoas obesas nos três níveis de saúde e elaboração de métodos menos invasivos que a cirurgia bariátrica.

Esta pesquisa está dividida em quatro capítulos. O primeiro apresenta panorama mundial e nacional da obesidade, atentando para os determinantes sociais da doença e as consequências inerentes à epidemia da obesidade; também aborda-se os procedimentos cirúrgicos que são realizados pelo Sistema Único de Saúde. O segundo capítulo traz o Serviço Social no campo da saúde e como a sua atuação contribui para a promoção da saúde e, consequentemente, prevenção da obesidade. O capítulo de número três apresenta a metodologia adotada para a realização deste estudo, compreendendo os cuidados éticos. O último capítulo tem por foco a análise de dados, apresentando os resultados obtidos durante o período de pesquisa.

CAPÍTULO 1

A OBESIDADE E O SOBREPESO: PANORAMA MUNDIAL E NACIONAL

Considerada a epidemia[1] do século XXI, a obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, decorrente da ingestão demasiada de calorias e do estilo de vida sedentário adotado pela população nas últimas décadas (MONTEIRO, 2006). A sua etiologia se caracteriza por uma interação complexa entre fatores genéticos, ambientais, culturais, sociais e psicológicos (FRANCHISCHI *et al.*, 2000; FETT *et al.*, 2010), podendo ser destacados distúrbios metabólicos, desordens endócrinas, problemas psicológicos como estresse e ansiedade (FRANSCHISCHI *et al.*, 2000) e a falta de acesso a alimentação saudável e balanceada (MONTEIRO, 2006).

O método utilizado para o diagnóstico da obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC), tal método é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e consiste na divisão do peso (kg) pelo quadrado da altura (m²) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; 2000). De acordo com o cálculo do IMC, são consideradas pessoas em seu peso normal aquelas que apresentam resultados entre 18.5 kg/m² e 24.99 kg/m²; com sobrepeso, de 25 kg/m² a 29.99 kg/m²; com obesidade grau I, de 30 kg/m² a 34.99 kg/m²; com obesidade grau II, de 35 kg/m² a 39.99 kg/m²; e obesidade grau III (mórbida), igual ou maior que 40 kg/m². Além do cálculo do IMC, também utiliza-se a medição da circunferência abdominal como diagnóstico da obesidade, uma vez que a concentração de gordura nessa área é considerada um agravante para as doenças cardiovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Em decorrência da sua etiologia complexa, a obesidade é uma doença que atinge pessoas de diferentes países e culturas, não sendo exclusiva de uma determinada classe social. Pesquisa realizada por Ng e colaboradores (2013) no *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) da Universidade de Washington, Seattle, e publicado pela revista *The Lancet*, fez um levantamento do número de indivíduos com obesidade e sobrepeso em 188 países, de 1980 a 2013. Em 1980, o sobrepeso e obesidade atingiam

---

[1] No ano 2000, a Consultoria da Organização Mundial da Saúde (OMS) se reuniu em Genebra para discutir as políticas e programas de saúde pública para a prevenção e tratamento da obesidade, a partir daí considerada uma epidemia mundial. As principais ideias do encontro renderam a publicação do livro *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global (2004).*

cerca de 875 milhões de pessoas em todo mundo; em 2013, esse número chegou a 2,1 bilhões. Segundo Ng *et al.* (2013), o percentual de variação do número de pessoas com obesidade e sobrepeso nesse período de tempo foi de 28.8% a 36.9% para os homens, e de 29.8% a 38% para as mulheres.

Mais do que somente o aumento alarmante do número de pessoas com sobrepeso/obesidade, a pesquisa revela como essa doença está se alastrando pelo mundo, sendo mais presente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, inclusive nos continentes africano e asiático, onde percebe-se aumento do número de indivíduos com sobrepeso nas zonas urbanas (PINHEIRO *et al.*, 2004; WANDERLEY e FERREIRA, 2010; NG *et al.*, 2013).

Dados disponibilizados por Ng *et al.* (2013) revelam que o Brasil não foge à regra no quesito obesidade da população, estima-se que 57.8% das mulheres estão acima do peso; entre os homens, a taxa de incidência é de 52%. Ao todo, 55% da população brasileira possui índice de massa corporal igual ou maior que 25 kg/m². Levando-se em conta apenas os que possuem obesidade (IMC $\geq$ 30 kg/m²) os números ainda são assustadores: 11.6% e 20.4% para homens e mulheres, respectivamente.

Nos últimos anos, o Brasil tornou-se palco para o crescimento da obesidade e do sobrepeso, chegando a ser considerado o 5º país com mais pessoas acima do peso, atrás apenas dos Estados Unidos, China, Índia e Rússia (NG *et al.*, 2013). Analisando a partir das regiões do país, pode-se ressaltar algumas características do sobrepeso e da obesidade na cultura brasileira. Dados disponíveis no Datasus, provenientes da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2010), do Ministério da Saúde, revelam que a região Norte é responsável pela maior porcentagem de mulheres obesas (17.1%); enquanto para os homens, o Sul apresenta maior número de obesos (16.3%). Isso reafirma a noção de que obesidade não é uma doença isolada, restrita a um grupo de pessoas, mas sim uma patologia que extrapola as diferenças culturais e socioeconômicas.

Isso revela a gravidade da doença e a necessidade de Políticas Públicas que objetivam a sua diminuição, incidindo não apenas no tratamento cirúrgico, mas sim na promoção da saúde e prevenção da obesidade. Entretanto, em virtude das múltiplas causas dessa patologia, faz-se necessário o estabelecimento de políticas que abrangem o social, o econômico, o cultural e a saúde. Além disso, deve-se levar em conta os

agravantes da obesidade, em especial os fatores ambientais. Para Stunkard (2006), os fatores genéticos são responsáveis por apenas um terço da variança no peso corpóreo, destacando a influência que o ambiente exerce no desenvolvimento da obesidade, especialmente as condições socioeconômicas (SES).

Estudo realizado por Gigante e colaboradores (2006) buscou analisar a associação entre obesidade/excesso de peso e as variáveis socioeconômicas por meio dos dados disponibilizados pela pesquisa Vigitel. As variáveis abrangidas foram: escolaridade, cor, estado civil e sexo. De acordo com o estudo, mulheres com menos anos de estudo são mais propícias a estarem acima do peso, sendo o contrário no caso dos homens. O casamento é um fator de risco para ambos os sexos, sendo mais incisivo no caso dos homens. Em relação a cor, foi verificado uma relação apenas entre mulheres pardas e negras, sendo elas as mais atingidas pela obesidade.

Partindo do mesmo ponto, pesquisa realizada por Wanderley e Ferreira (2004) por meio dos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2002/2003 revela que o sobrepeso atinge mulheres de baixa renda que habitam as áreas rurais do país, tendo como única exceção a região Nordeste, onde a maior concentração de mulheres com sobrepeso é na área urbana. No caso dos homens, o sobrepeso acomete os que possuem melhor situação econômica e que habitam as áreas urbanas, independente da região. Para Stunkard (2006), a relação entre SES e obesidade é facilmente percebida entre as mulheres, onde a "condição socioeconômica determina a prevalência de obesidade e a obesidade leva a um declínio na SES" (p. 30).

Para Monteiro (2006), fator determinante para aumento dos índices de sobrepeso no país foi a mudança no estado nutricional dos brasileiros, desencadeada pela transição nutricional. Para o autor, o termo transição nutricional refere-se a "mudanças profundas na dieta das pessoas, fruto de alterações econômicas, sociais, demográficas e de saúde" (p. 77). O Brasil vem passando pela transição nutricional deste o final do século XX que, por sua vez, foi impulsionada pelo aumento da industrialização e maior inserção da mulher no mercado de trabalho.

O cardápio dos brasileiros sofreu diversas alterações, sendo agora composto por alimentos tradicionais (arroz e feijão) em conjunto com alimentos ultraprocessados[2] com altos teores de gordura, sódio e açúcares, e pobres em micronutrientes e proteínas (POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 2012). A mudança de hábitos alimentares que vem ocorrendo nas últimas décadas, e as consequências advindas dela, são pontos centrais no debate acerca da segurança alimentar. Dados do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA, 2010) mostram que 18.7 % dos domicílios brasileiros (período de 2006-09) estavam em situação de insegurança alimentar leve; 6.5% em situação de insegurança alimentar moderada; e 5% em situação grave. A insegurança alimentar leve é caracterizada pelo receio de passar fome em um futuro próximo; a moderada, quando há restrição na quantidade de comida para o grupo familiar; a insegurança alimentar grave, quando há a falta de alimentos. Isso nos revela a outra faceta da obesidade que atinge, principalmente, pessoas de baixa renda e que, por sua vez, não está relacionada com o excesso da ingestão de alimentos, mas sim com o consumo de produtos ricos em gorduras e pobres em nutrientes. Segundo o informe publicado pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2010, p.17):

> Evidencia-se a associação entre a insegurança alimentar e o acesso à alimentação saudável, que se traduz não apenas na dificuldade em adquirir alimentos saudáveis, mas também no crescente acesso a alimentos de baixo teor nutricional. Esses fenômenos estão diretamente associados ao aumento do sobrepeso e da obesidade, bem como de doenças relacionadas à má alimentação, principalmente nas populações mais pobres.

[2] Monteiro et. al (2010) propõe a classificação de alimentos em três grupos diferentes: não-processados/minimamente processados, processados e ultraprocessados. O primeiro grupo compreende alimentos frescos, consumidos sem adição ou remoção de nenhum componente. As técnicas de manipulação utilizadas nesse primeiro grupo abrangem as destinadas a maior conservação natural do alimento, como engarrafamento, congelamento, secagem, pasteurização, etc. O segundo grupo compreende alimentos que foram extraídos ou purificados do primeiro grupo. Segundo Monteiro *et al.* (2010), os alimentos pertencentes a esse grupo foram radicalmente alterados por meio de processos como a pressão, moagem, refino, hidrogenação e emprego de enzimas e aditivos. Os alimentos pertencentes ao último grupo são aqueles "prontos para o consumo" e "pronto para aquecer", necessitando de pouco ou quase nenhum processo de cozimento por parte do consumidor. Tem-se como principal exemplo de alimentos ultraprocessados os refrigerantes, sorvetes, pizzas e massas congeladas, salsichas, hambúrgueres, dentre outros (MONTEIRO *et al*., 2010).

A obesidade passa a ser entendida como um problema social, onde relacionam-se a falta de acesso a uma série de direitos: alimentares, de saúde, educacionais e de segurança. Não surpreendente, a obesidade e o sobrepeso configuram-se em um grande problema de saúde pública (FELIPPE e SANTOS, 2004; MONTEIRO *et al*., 2004; WANDERLEY e FERREIRA, 2010). A sua existência torna-se fator determinante no desenvolvimento de outras doenças que atingem o povo brasileiro e que fazem parte do grupo conhecido como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2011), as principais DCNT que acometem a população brasileira são: câncer, diabetes, infarto, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e doenças respiratórias crônicas. Ainda de acordo com o Plano, o crescimento das DCNT entre a população brasileira está relacionado com fatores de risco modificáveis, tais como: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011) revela que esse grupo de doenças é responsável por 72% dos óbitos no país, atingindo de forma mais incisiva as camadas pobres e grupos vulneráveis da população, em virtude, principalmente, das desigualdades sociais, das diferenças no acesso a bens e serviços, da baixa escolaridade e na desigualdade no acesso às informações. Dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (2005) indicam que em 2002 o gasto do SUS no tratamento das DCNT ultrapassou os 7 bilhões de reais, exigindo do Governo medidas mais sérias na prevenção e promoção da saúde. Estima-se que a prevalência das DCNT gerará uma perda de 4.18 bilhões de reais na economia brasileira no período de 2006 a 2015, principalmente em decorrência das sequelas deixadas pelas DCNT e pelos anos de vida perdidos (GOULART, 2011). A superação desse panorama de expansão das DCNT envolve estratégias de longo prazo, abrangentes, que fortaleçam a prevenção e incentivam as linhas de cuidados contínuos, trabalho esse que deve iniciar-se na atenção básica e se estender por toda a rede de saúde (GOULART, 2011). Medidas de prevenção do sobrepeso e obesidade devem integrar essa linha de cuidados.

Apesar do número significante de obesos no Brasil e o custo que essa patologia acarreta aos cofres públicos, a incidência de políticas públicas voltadas para prevenção da obesidade ainda é tímida. Atualmente, conta-se com dois grandes programas cujo

objetivo é garantir acesso a uma alimentação mais saudável: o Fome Zero e o Programa Bolsa Família. Ambos não focam a prevenção da obesidade, mas dão o primeiro passo na garantia do direito humano à uma alimentação adequada, prevenindo casos de desnutrição e obesidade ao mesmo tempo.

O Programa Fome Zero foi criado em 2003 como uma estratégia de combate à fome, em decorrência da identificação da fome com a pobreza aguda e exclusão social e econômica. O seu principal objetivo é garantir o direito humano à alimentação saudável por meio de políticas sociais e estratégias multissetoriais (MENEZES e SANTARELLI, 2013). De acordo com Menezes e Santarelli (2013), a elaboração do Programa Fome Zero foi o ponto de partida para o enfretamento da fome e elaboração de políticas públicas voltadas a esse fim. Exemplo disso foi a promulgação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Lei nº 11.346/2006) e a instituição da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Decreto nº 7.272/2010), ambos fundamentais para a "melhoria dos indicadores de pobreza, nutrição e acesso à alimentação" (SANTARELLI e MOREIRA, 2010, p.14).

As ações do Programa Fome Zero se concretizam por meio de outros Programas, Políticas em âmbito nacional e benefícios que são concedidos à população. Tem-se como principais ações do Programa Fome Zero: o Programa Bolsa Família, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)[3], instituição de redes de restaurantes e cozinhas comunitárias e distribuição de alimentos a grupos específicos (remanescentes de quilombos, famílias acampadas, povos indígenas etc.) (SANTARELLI e MOREIRA, 2010; MENEZES e SANTARELLI, 2013).

O Programa Bolsa Família (PBF) integra o eixo estratégico do Programa Fome Zero, tendo como objetivo "o combate à fome, à miséria e à exclusão social e a promoção da inclusão social, voltada à emancipação das famílias pobres e extremamente pobres" (MENEZES e SANTARELLI, 2013, p. 28). De acordo com Menezes e Santarelli (2013), a criação do PBF unificou diversos benefícios de transferência de renda que estavam dispersos entre as esferas governamentais, sendo os

[3] O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) foi criado na década de 50 sendo, portanto, anterior ao Programa Fome Zero. Todavia, em decorrência da proximidade dos objetivos defendidos por ambos os Programas, o PNAE foi inserido como uma das ações defendidas pelo Fome Zero. O PNAE consiste na transferência de recursos por parte do Governo Federal às escolas públicas dos Estados, Municípios e do Distrito Federal para a aquisição de alimentos que serão servidos como merenda escolar (FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO, 2015).

principais o Bolsa-Escola, a Bolsa-Alimentação e o Auxílio Gás. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) explica que público-alvo do PBF são famílias com renda de até R$ 77,00 per capta, existindo ainda benefícios diferenciados para famílias que tenham em sua composição crianças, adolescentes, gestantes e mães que amamentam.

Entende-se que o Programa Bolsa Família representa um avanço no combate à pobreza e à fome. A garantia da transferência de renda permite às famílias a gestão do benefício de acordo com as suas principais necessidades. Para Lício e Curralero (2010), o gasto do benefício do Bolsa Família é destinado, em sua maioria, à aquisição de alimentos, o que contribui para a segurança alimentar das famílias brasileiras. Todavia, é preciso ressaltar que a transferência de renda por meio do PBF está sujeito a uma série de condicionalidades, sendo as principais: acompanhamento do cartão de vacinação de crianças de até 7 anos; realização do pré-natal e acompanhamento da saúde do bebê por mulheres gestantes e lactantes; crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem possuir frequência de, no mínimo, 85% da carga horária mensal escolar (FAHEL *et al*., 2012; MDS, 2015). Segundo Fahel e colaboradores (2013), essas condições existem como forma de romper o ciclo de pobreza da família, uma vez que, garantindo acesso às escolas, crianças e adolescentes teriam maiores chances de continuar nos estudos e conseguir melhores postos no mercado de trabalho. Schwarzman (2009) reforça a ideia de que o Programa Bolsa Família não atinge seus objetivos de quebra do ciclo da pobreza apenas pelo aumento da presença escolar de crianças e adolescentes, uma vez que o aumento da demanda de serviços escolares pouco implicou na melhora da qualidade da educação no Brasil. Schwarzman (2009, p. 2-3) ainda pontua que:

> Proporcionar a estas pessoas uma renda mínima, que ajuda na sobrevivência do dia a dia, é uma política necessária, independentemente de qualquer condicionalidade, e não há nenhuma razão para crer na ideia malthusiana de que elas precisam da miséria para serem incentivadas a buscar trabalho.

Além da criação de programas como o Bolsa Família e o Fome Zero, algumas medidas legais também foram concretizadas na tentativa de frear o crescimento da obesidade no país. No Distrito Federal, o Governador sancionou, em 2013, a lei nº 5.146 que estabelece diretrizes para alimentação mais saudável nas escolas da rede pública do DF. A lei distrital proíbe a comercialização de lanches como refrigerantes,

balas, biscoitos recheados e frituras em geral nas cantinas escolares. A lei ainda prevê a promoção e a discussão de temas relacionados a hábitos alimentares mais saudáveis pelo corpo docente escolar. Em consonância a isso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2005) passou a regulamentar a rotulagem nutricional, que deve conter informações sobre o valor energético e de nutrientes como: carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, gorduras *trans*, fibra alimentar e sódio.

Iniciativas como essas objetivam a prevenção da obesidade. Pra Coutinho *et al.* (2008), é fundamental a associação entre medidas de incentivo, que envolvem campanhas educativas e informacionais, e medidas de apoio, que auxiliem os sujeitos a escolherem hábitos alimentais mais saudáveis. Para os autores, tanto as ações de rotulagem nutricional quando à produção de alimentos de qualidade devem ser incentivas. Contudo, sinalizam que, tão importante quanto à melhora na produção e campanhas educativas, é fundamental que sujeitos tenham acesso físico a alimentos mais saudáveis.

No campo do tratamento das pessoas que já são obesas ou que estão acima do peso ideal, torna-se necessário a linha de cuidados da obesidade. A linha de cuidados do sobrepeso e obesidade foi elaborada recentemente e não pode-se afirmar que começou a ser, de fato, implantada. No entanto, a linha de cuidados representa avanço na prevenção e tratamento da obesidade. Segundo a Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2014), a linha de cuidados da obesidade baseia-se nos conceitos de promoção da saúde e prevenção da obesidade, sendo a segunda realizada por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), cujo objetivo é identificar sujeitos que estão acima do peso recomendado e oferecer-lhes tratamento adequado, seja nos centros e postos de saúde, seja no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Quando identificada a situação de obesidade, avalia-se a presença de doenças agravantes, como hipertensão e diabetes, sendo o sujeito redirecionado para tratamento compatível com a sua situação. De acordo com a linha de cuidados, o tratamento oferecido baseia-se, quando há a necessidade, na realização "de terapia comportamental e da farmacoterapia" (SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014, p. 34), além da reeducação alimentar e incentivo à prática de atividades físicas.

Casos em que o sujeito atinge IMC acima de 40 kg/m², torna-se fundamental o atendimento na Rede de Atenção Especializada e, se persistirem os episódios de insucesso, o obeso deve ser encaminhado para a realização da cirurgia bariátrica.

1.1 A cirurgia bariátrica

O Sistema Único de Saúde oferece a cirurgia bariátrica desde 1999 (OLIVEIRA, 2007), com um crescimento considerável da sua demanda ao longo dos anos. Estatísticas elaboradas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica e pelo sítio Portal Brasil (2014) revelam que o número de cirurgias bariátricas obteve uma elevação de 258% em 10 anos, sendo realizados 1813 procedimentos em 2003 e 6493 em 2013.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2014) a realização da cirurgia bariátrica é recomendável quando o usuário já tentou diversos tratamentos para emagrecer, tais como: dietas, tratamento por meio de medicamentos, atividades físicas, mudanças de hábitos. A cirurgia é um procedimento que deve ser realizado quando todas as tentativas se esgotaram, sendo aconselhada pelo médico que acompanhou o tratamento da obesidade do usuário.

A Portaria GM/MS nº 424/2013 ressalta que o tratamento cirúrgico da obesidade é recomendado para: indivíduos com IMC maior que 50 kg/m², tendo sido realizado tratamento previamente ou não; aos usuários com IMC maior que 40 kg/m², com ou sem comorbidades[4], que não obtiveram resultados significativos no tratamento longitudinal; aos indivíduos com IMC maior que 35 kg/m² que possuem alguma comorbidade e realizaram tratamento de, no mínimo, dois anos sem resultados positivos. A Portaria GM/MS não delimita idade máxima para a realização da cirurgia, apenas idade mínima de 16 anos.

Oliveira (2007) destaca que existem três tipos de cirurgias: as disabsortivas, que acarretam a má absorção do intestino; as restritivas, que diminuem o tamanho do estômago; e as mistas, que combinam os dois tipos anteriores. Segundo a SBCBM

[4] Comorbidades são doenças que surgiram e/ou foram agravadas em decorrência da obesidade (Portaria GM/MS nº 424, 2013).

(2014), existem quatro técnicas cirúrgicas que são legalizadas no Brasil e são realizadas por meio do SUS.

A cirurgia mais realizada atualmente, em 75% dos casos, é a *Bypass* gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em "Y de Roux" ou cirurgia de Fobi-Capella). Considerada um procedimento misto, a cirurgia consiste na redução do estômago entre 30 a 40 ml por meio de grampos cirúrgicos - formando uma pequena bolsa - e depois religado ao intestino. De acordo com a SBCBM (2014), essa reconexão promove crescimento na produção de hormônios que controlam a saciedade e está diretamente ligada com o controle do diabetes e de outras doenças. Essa cirurgia garante a perda de 40-45% do peso inicial.

Segundo as informações disponibilizadas pela SBCBM (2014), o procedimento com Banda gástrica ajustável foi trazido para o Brasil em 1996 e consiste na inserção de um anel de silicone inflável ajustável, sendo considerada uma técnica restritiva. Esse tratamento garante a perda de 20 a 30% do peso inicial e, apesar de não favorecer a produção de hormônios como a *Bypass* gástrico, também favorece o controle do diabetes. É utilizado em 5% dos casos de tratamento da obesidade.

Outra intervenção cirúrgica restritiva legalizada no Brasil é a Gastrectomia Vertical. Segundo relatório da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2014), nesse procedimento o estômago é transformado em um pequeno tubo com capacidade 80 a 100 ml, garantindo perda de peso maior que o procedimento com banda gástrica, sendo o resultado final comparável com o da cirurgia de *Bypass* gástrico. Além disso, a SBCBM afirma que o procedimento ajuda no controle da hipertensão, do colesterol e dos triglicérides.

O Duodenal Switch é uma cirurgia disabsortiva criada em 1978 e é um procedimento que associa a Gastrectomia Vertical com o desvio intestinal. Segundo a SBCBM (2014), essa cirurgia retira 85% do intestino, mantendo a fisiologia de esvaziamento e a anatomia do órgão. O desvio intestinal prejudica a reabsorção de nutrientes, acarretando a perda de peso. Estima-se que a perda total varia de 40 a 50% do peso inicial.

Dados da Clínica de Cirurgia Bariátrica do HUB (2013) revelam que há predominância na realização da cirurgia de Fobi-Capella realizada por meio da videolaparoscopia, cuja técnica consiste em pequenas incisões na região abdominal

onde há inserção de cânulas (tubo de borracha, plástico ou metal) por onde são inseridos os instrumentos cirúrgicos (AZEVEDO, 2015). A realização dos procedimentos cirúrgicos por meio da videolaparoscopia reduziu os números de complicações, uma vez que é um procedimento menos invasivo e mais seguro (VALENTE e TERZI, 2012). Apesar disso, a cirurgia bariátrica pode trazer algumas complicações, seja no ato da cirurgia ou no pós-operatório.

Segundo a Secretaria de Atenção Básica (2014, p. 155), as principais complicações são: "seromas, infecções cutâneas, atelectasia pulmonar, infecção urinária, esplenectomia, fístula gástrica, enterorragia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, pancreatite, peritonite, abscesso cavitário". Oliveira (2007) ainda destaca a Síndrome de *Dumping*, que ocorre no período pós-operatório e acomete 70% dos casos. Tal síndrome é caracterizada pela rapidez no esvaziamento gástrico após as refeições e vem acompanhada de sintomas como "dor abdominal, sudorese, palpitação e fraqueza" (OLIVEIRA, 2007, p. 27; LOSS *et al*., 2009). Loss *et al*., (2009) ressaltam que a Síndrome de *Dumping* aumenta a insegurança dos obesos em relação aos tipos de alimentos que podem ingerir, causando, em casos extremos, uma fobia alimentar.

Percebe-se que a cirurgia bariátrica implica em grandes mudanças na rotina, nos hábitos e relacionamentos dos sujeitos, e requer, portanto, um período significativo de acompanhamento multidisciplinar, seja ele antes ou após a cirúrgica. A Portaria GM/MS nº 425/2013 prevê a composição de equipe mínima e complementar, considerada multiprofissional, no acompanhamento dos obesos mórbidos. A primeira equipe é composta por médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, nutricionista, psicólogo ou psiquiatra, clínico-geral ou endocrinologista. A segunda destina-se a categorias profissionais como: clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular, cirurgião plástico, anestesiologista, enfermeiro, assistente social e fisioterapeuta. Apesar de ser considerada equipe complementar, a Portaria frisa a necessidade de manutenção permanente de ambas as equipes nos hospitais credenciados. Dentre as profissões abrangidas pela Portaria GM/MS nº 425/2013, a que mais se distancia da área biomédica é o Serviço Social. Entender a importância da sua inserção no tratamento da obesidade é fator fundamental para a realização desta pesquisa.

CAPÍTULO 2

O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE

O entendimento da intervenção do assistente social na área da obesidade assenta-se sobre as construções históricas conduzidas pela profissão no campo da saúde. Portanto, entender o cenário de surgimento da profissão no país e na saúde é fundamental para compreendermos a relação entre Serviço Social e obesidade. O Serviço Social originou-se no Brasil na década de 30, influenciado pela corrente europeia; todavia, sua expansão acontece durante a década de 40 em virtude das necessidades e mudanças ocorridas no cenário internacional ao término da 2º Guerra Mundial (BRAVO e MATOS, 2006). Tal período caracteriza-se pela absorção de assistentes sociais no setor saúde e pela aproximação téorico-prática do Serviço Social brasileiro com o americano, cujo foco era a "substituição de julgamentos morais no atendimento aos clientes por uma análise de cunho psicológico" (BRAVO e MATOS, 2006, p.198). Dessa forma, como afirmam Bravo e Matos (2006), a inserção de assistente sociais na saúde deu-se, basicamente, no nível curativo e hospitalar, cujo foco era o Serviço Social de Casos e a participação "era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do 'cliente no tratamento'" (p. 201).

A década de 60, período de implantação da ditadura militar brasileira, influencia diretamente a intervenção profissional. Bravo e Matos (2006) apontam que tal década foi marcada por mudanças conduzidas pela corrente de "modernização conservadora" que coloca a intervenção profissional na saúde como algo sedimentado, perpassado por uma prática curativa com maior enfoque na assistência médica previdenciária. Resultado disso é a expansão de postos de trabalho em hospitais e ambulatórios para o assistente social, onde a intervenção profissional focalizava a saúde individual em prol da coletiva e o assistente social era conhecido pela sua "atuação psicossocial junto a pacientes e familiares" (KRUGER, 2010, p.4).

Algumas alterações surgem no âmago da profissão na transição da década de 70 a 80, onde recupera-se a crítica ao conservadorismo e, consequentemente, expõe a necessidade de construção de um projeto profissional novo (NETTO, 2006). Estimulado pela crescente mobilização política - após anos de repressão- e principalmente pelo movimento na saúde coletiva, amplia-se no Serviço Social o "debate teórico e a

incorporação de temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo" (BRAVO e MATOS, 2006, p. 203). Essa concepção de Estado enquanto responsável pela criação, aplicação e ampliação das políticas sociais é fundamental para entendermos a construção do projeto ético-político[5] na profissão e a similaridade entre o que é defendido pela categoria dos assistentes sociais e o movimento sanitário[6].

O movimento sanitário surge da efervescência dos movimentos políticos e sociais em meados da década de 70, impulsionados pelos anos de repressão política, e contrapõe-se ao modelo privatista que ganhou forças durante os anos de ditadura. A luta central do movimento é a concepção ampliada de saúde, defendendo: "universalização do acesso; concepção de saúde como direito social e dever do Estado; reestruturação do setor por meio do Sistema Unificado de Saúde; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local por meio de novos mecanismos de gestão - os Conselhos de Saúde" (BRAVO, 2006, p. 96).

Bravo (2006) pontua que a realização da 8º Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, foi um fator determinante para a conquista dos direitos defendidos pela Reforma Sanitária, uma vez que contou com grande público e centrou-se no debate da "saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o Financiamento Setorial" (p. 96). Os ideais defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária ganharam espaço na Assembleia Constituinte em decorrência da grande mobilização social, contrapondo-se ao projeto privatista de saúde.

Em face disso, na Constituição Federal de 1988 – também conhecida como a Constituição Cidadã, a saúde é posta como um direito social e dever do Estado. Bravo (2006) afirma que, em relação à saúde, o texto constitucional atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, tendo como avanço a criação do Sistema

---

[5] O projeto ético-político do Serviço Social, como afirma Netto (2006), caracteriza a dimensão ética e política da categoria profissional de assistentes sociais. A diretriz ética tem como valor central o reconhecimento da liberdade e "se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero" (p. 155). Em sua dimensão política, o projeto se posiciona a favor da equidade e justiça social, tendo como perspectiva a "universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; [...] garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras" (Netto, 2006, p.155).

[6] O movimento da Reforma Sanitária surgiu no início da década de 1970, fruto da luta contra a ditadura militar brasileira. Tinha como objetivos a defesa da saúde pública e a valorização de práticas democráticas no setor saúde (Bravo e Matos, 2006).

Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 que, em 1988, passa a ser denominado de Sistema Único de Saúde (SUS), sendo regulamentado pelas leis nº 8.080 e 8.142 de 1990. Entretanto, como aponta a autora, as medidas provenientes do Movimento de Reforma Sanitária não se efetivaram na sociedade, pelo contrário, sofreram grandes e constantes ataques da Política de Ajuste Neoliberal implantada na década de 90.

O projeto neoliberal, contraditório ao que é defendido pelo projeto profissional do Serviço Social e do movimento sanitário, consolida-se na saúde defendendo a "contenção de gastos, racionalização da oferta e descentralização com o objetivo de isentar o poder central de responsabilidades" (BRAVO e MATOS, 2006, p. 205-206). A saúde, quando olhada pela ótica neoliberal, prevê a intervenção do Estado como meio de garantir o mínimo de acesso àqueles que não podem pagar, cabendo ao setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado de trabalho (BRAVO, 2006). Assim, a manutenção do Sistema Único de Saúde funcionaria apenas para os comprovadamente pobres, com atenção médico-curativas e medidas focalizadoras.

Ambos os projetos requerem do assistente social diferentes ações. Como aponta Bravo e Matos (2006), o projeto privatista exige do profissional ações que visem: "seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais" (p. 206). Enquanto o projeto da reforma sanitária demanda do Serviço Social: "a busca da democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã" (p. 206).

Mioto e Nogueira (2009) aponta que a premissa para ação profissional em saúde assenta-se em três pilares: "necessidade sociais em saúde, direito à saúde e produção da saúde" (p.223). Segundo a autora, o primeiro pilar é historicamente construído e determinado pelo movimento da sociedade; já o direito à saúde é mediado por meio de políticas públicas e "operacionalizado por meio dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, planejamento e a avaliação, além do controle social" (p. 223); a produção da saúde se constitui em uma articulação "a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de

assistência à saúde" (p. 223). O profissional do Serviço Social, imbuído desse conhecimento, tem a capacidade crítica e analítica de lutar pela melhoria da qualidade da saúde, não de maneira individual, mas sim coletiva. Dessa maneira, a sua atuação volta-se para a defesa dos princípios do SUS (universalidade, integralidade, participação social) que encontra respaldo no Código de Ética do Assistente Social (1993) que prevê, entre outros princípios, a defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, atuação no intuito de eliminar o preconceito e a discriminação (CFESS, 2011).

Portanto, a presença do assistente social na obesidade volta-se para a ampliação de direitos sociais e elaboração de políticas públicas que abordem a problemática da obesidade e do sobrepeso (SCHERER e SANTOS, 2011; FELIPPE, 2003). Scherer e Santos (2011) afirmam que o assistente social "contribui para o fortalecimento dos sujeitos frente às políticas sociais, com o compromisso da defesa e efetivação dos direitos sociais, viabilizando a participação dos sujeitos no coletivo para a socialização desses direitos" (p.6). A utilização das políticas públicas nesse âmbito é fundamental para combater as expressões da questão social que são resumidamente descritas por Mortoza (2011, p. 164).

> Os obesos têm uma taxa de acesso ao ensino superior mais baixa do que os não obesos. Eles estão menos inseridos no mercado de trabalho, com mais dificuldade de encontrar um emprego e quando empregados, sofrem mais discriminação. Seu nível de rendimentos é significativamente mais baixo. Sua promoção profissional é reduzida. Enfim, a obesidade nas sociedades ocidentais, pode ser considerada como um verdadeiro obstáculo social.

Estudo realizado por Rigo e Santolin (2012) analisou os projetos de lei e portarias voltados para a obesidade que tramitam no judiciário brasileiro. De acordo com os autores, os projetos objetivavam, em sua maioria, a garantia ao tratamento da obesidade, incluindo acesso a medicamentos, equipamentos, acompanhamento por equipe multidisciplinar, orientação nutricional adequada e procedimentos cirúrgicos. Rigo e Santolin (2012) ressaltam que ainda são escassos os projetos de leis que tem como objetivo viabilizar direitos sociais e constitucionais, e que abordam a obesidade como uma "questão política, cultural e social - como uma questão de governo" (p.292). Logo, o exercício profissional de assistentes sociais na obesidade justifica-se pelas

transformações que precisam ser concretizadas para um tratamento universal, integral e que tenha a participação dos usuários como sujeitos sociais portadores de direitos.

CAPÍTULO 3

MÉTODO DE PESQUISA

Essa pesquisa foi realizada no Programa de Obesidade do Hospital Universitário de Brasília e teve como público-alvo o grupo de obesos do Pós-operatório da Cirurgia Bariátrica. A necessidade de realizar a pesquisa nessa área, relacionando a intervenção do Serviço Social com a obesidade, surgiu durante o estágio curricular da pesquisadora no Programa de Obesidade do hospital universitário. Ao longo do período de estágio alguns desafios foram notados pela pesquisadora e ressaltados pela assistente social do Programa. Dentre eles, podem ser citados a dificuldade de conhecimento do perfil de usuários que participam do Programa, em razão da grande demanda e de poucos profissionais para realizarem pesquisa nesse âmbito. Apenas uma assistente social atende todos os grupos pertencentes ao Programa de Obesidade, público que vem aumentando nos últimos anos. Outro tema que se tornou desafiante desde a inserção do Serviço Social no Programa de Obesidade foi a continuidade do tratamento, fator que influencia a adesão dos usuários. Por esses motivos, essa pesquisa terá como foco o perfil dos usuários do Pós-operatório e a adesão dos mesmos ao tratamento realizado, sendo conduzidos sob a ótica do Serviço Social.

Essa pesquisa foi realizada em duas etapas complementares. Na primeira parte da pesquisa foi realizado um levantamento documental quantitativo com o objetivo de buscar identificar o perfil da população dos usuários do Pós-cirúrgico do hospital universitário. Segundo Creswell (2010, p. 178), a partir dos resultados do levantamento, é possível ao pesquisador fazer afirmações e propor intervenções e programas em uma determinada população. Sendo assim, foram analisados cinquenta prontuários pertencentes aos indivíduos que já realizaram a cirurgia bariátrica - no HUB ou em outros hospitais - e que continuaram o tratamento no hospital universitário. Atualmente, o hospital conta com cerca de 250 usuários no Pós que ainda necessitam realizar as

cirurgias reparadoras ou que foram reconduzidos ao hospital em decorrência da ausência de acompanhamento.

Para a seleção dos prontuários, foi entregue à pesquisadora uma lista com 174 nomes que continha o número dos respectivos prontuários e o número de telefone para contato. Foram selecionados os usuários que tiveram atendimento com a equipe multidisciplinar entre o período de 2013 a 2014, dado que foram atendidos em decorrência da continuidade do tratamento no HUB. Os prontuários foram consultados na Chefia do Arquivo Médico e manuseados no espaço físico da Divisão de Serviço Social. As informações coletadas foram: idade, gênero, escolaridade, estado civil, número de filhos, naturalidade, cidade de residência, situação trabalhista, renda individual e familiar, ano da cirurgia e IMC antes e após o procedimento. A extração desses dados justifica-se pela necessidade e importância de conhecer tais informações para a intervenção do Serviço Social, uma vez que por meio delas será possível a elaboração de projetos e redes de auxílio[7] que atendam as necessidades dos usuários do Programa.

A segunda parte da pesquisa consistiu na aplicação de um questionário semi-estruturado a vinte usuários do Pós-operatório da cirurgia bariátrica. A seleção ocorreu por meio da mesma lista utilizada para a escolha dos prontuários. Os selecionados para a segunda etapa da pesquisa não necessariamente tiveram seus prontuários analisados. O questionário aplicado possuía doze questões (quatro fechadas e oito abertas) e estava direcionado para a identificação do tipo de acompanhamento Pré e Pós-operatório oferecido ao usuário. Buscou-se identificar as mudanças ocorridas na vida dos sujeitos após a cirurgia bariátrica e o papel do assistente social no tratamento da obesidade.

Para melhor compreensão de como se dá o tratamento antes e após a cirurgia bariátrica, almejou-se seleção de usuários que realizaram a redução de estômago em outros hospitais e que hoje se encontram inseridos no grupo Pós-operatório do HUB. Os usuários de outros hospitais procuram o HUB para dar continuidade ao tratamento e poder realizar as cirurgias plásticas. Atualmente, o HUB conta com uma mesma fila

[7]As redes de auxílio e proteção são entendidas aqui como um vínculo entre instituições e/ou organizações que tem por objetivo atender as demandas dos usuários. O trabalho em redes defendido pelo Serviço Social abarca a noção de rompimento dos modelos assistenciais cristalizados no âmbito das instituições que são guiados por uma visão pontual e fragmentária (MIOTO, 2002). A Proteção Social Básica prevê o estabelecimento de redes para atendimento dos sujeitos, uma vez que as redes funcionam como porta de entrada para diversos outros serviços (MDS, 2014).

para a cirurgia bariátrica e para a cirurgia plástica requisitada por usuários de outros hospitais. Apesar de serem duas demandas diferentes, os usuários provenientes de outros hospitais são incluídos na mesma fila de espera dos usuários que desejam realizar a gastroplastia. Só é identificado o tipo de procedimento a ser realizado (bariátrica ou plástica) quando da convocação para os exames pré-operatórios. Assim, a inclusão de indivíduos que vieram de outros hospitais é mais demorada e, portanto, não há uma lista com a identificação dos sujeitos que já foram chamados para a realização da plástica, uma vez que ao serem convocados já ingressam nos grupos de acompanhamento, sem a necessidade de identificar a sua proveniência. Apesar da dificuldade para identificar usuários vindos de outros hospitais, conseguiu-se realizar a entrevista com três sujeitos que procuraram o HUB para acompanhamento no Pós-operatório.

Como forma de aprofundamento das demandas postas ao Serviço Social pelo grupo de usuários do Pós-operatório, foi realizada observação simples nas reuniões da Associação dos Obesos Mórbidos do HUB, criada para facilitar a organização das reivindicações dos obesos do hospital.

> Por observação simples entende-se aquela em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem. Neste procedimento, o pesquisador é muito mais um espectador que um ator. (GIL, 2008, p. 105).

O roteiro utilizado na observação do encontro da Associação baseou-se nas demandas que eram postas ao Serviço Social, ao Programa e ao hospital. Foram coletados dados essenciais para análise de como o tratamento da obesidade é percebido pelo grupo de obesos, especialmente no âmbito do hospital universitário.

Como forma de enriquecimento das informações coletadas acerca do Serviço Social e a obesidade, também realizou-se uma entrevista com a assistente social do Programa. Os temas abordados durante a entrevista foram: os instrumentos utilizados, a intervenção profissional, as conquistas e os desafios no campo da obesidade. Os resultados provenientes da entrevista serão utilizados no capítulo referente à análise dos dados.

3.1 cuidados éticos

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (IH/UnB) e também pelo Programa de Obesidade do Hospital Universitário de Brasília. Os cuidados éticos foram fielmente seguidos na realização desta pesquisa, estando de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Garantiu-se o anonimato dos participantes em todas as etapas realizadas. Os dados retirados dos prontuários não foram relacionados a nenhum usuário, não sendo identificados na planilha elaborada. Apenas foram coletadas as informações referentes às condições socioeconômicas, não quebrando o sigilo médico em relação ao estado de saúde dos usuários.

Para a aplicação do questionário, foi entregue a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde assegurava-se o anonimato, a não obrigatoriedade de participação, a importância do estudo e o retorno dos resultados aos participantes. Tomou-se o devido cuidado na realização das entrevistas, uma vez que lidou-se com um grupo que é estigmatizado e vítima de preconceitos em decorrência da sua condição física. Tanto a análise dos prontuários como a aplicação dos questionários aconteceram no espaço físico da Divisão de Serviço Social do HUB, em uma sala reservada para a pesquisadora, respeitando o sigilo garantido a todos os participantes.

No encontro realizado pelos usuários, foi explicado aos participantes o motivo da presença da pesquisadora e também foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista realizada com a assistente social aconteceu em seu ambiente de trabalho, o que pode muitas vezes constranger o profissional em relação à sua fala (NOGUEIRA e SILVA, 2012). Por esse motivo, procurou-se garantir à assistente social o total sigilo em relação ao seu discurso e à sua identidade.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DE DADOS

4.1 O Programa de Obesidade do Hospital Universitário de Brasília

Para compreendermos as implicações referentes ao perfil e a adesão dos indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica no HUB – objetivo desta pesquisa - é essencial entendermos como funciona o Programa voltado para esses usuários.

De acordo com a assistente social da obesidade, o Programa foi criado em 2002 e tinha como único objetivo a inscrição de indivíduos para a realização da cirurgia bariátrica. Sendo assim, os obesos mórbidos começavam o acompanhamento com a equipe multidisciplinar apenas quando eram convocados para a cirurgia, o que acarretava tempo de espera consideravelmente longo que, muitas vezes, resultava em uma piora no estado de saúde.

Algumas mudanças ocorreram em 2007 com a Portaria GM/MS nº 492/2007, quando foi detalhado o tratamento cirúrgico da obesidade pelo SUS. A Portaria estabelece, de forma mais detalhada, os critérios, os equipamentos e os recursos humanos para a intervenção cirúrgica. Colocando a obesidade mórbida como uma grave doença, a Portaria estabelece a Unidade de Alta Complexidade ao obeso mórbido, incluindo atendimento local e regional, ações de prevenção e promoção da saúde, detecção precoce da obesidade, diagnóstico e tratamento nos hospitais credenciados. A Portaria ainda prevê uma rede de saúde articulada que garanta ao obeso atendimento nos centros e postos de saúde, diagnóstico e tratamento nos hospitais regionais e, após a realização de todas as cirurgias plásticas, o retorno aos postos e centros de saúde.

Com a inserção do Serviço Social como parte da equipe no tratamento da obesidade pela Portaria GM/MS nº 492/2007, o Serviço Social passa a compor a equipe multidisciplinar do Programa de Obesidade do HUB em 2009. Segundo a assistente social, no mesmo ano o Serviço Social da obesidade elabora o Projeto de Atenção e Prevenção à Obesidade (PAPO), baseado em pesquisas conduzidas pelo Departamento que expunham a falta de acompanhamento prévio dos inscritos na fila para a cirurgia, demostrando que apesar da elaboração de uma rede de atenção à saúde do obeso ser destacada na Portaria, não alcançou-se a sua implementação. Tanto o Projeto de

Atenção e Prevenção à Obesidade quanto o Programa de Obesidade serão abordados com maiores detalhes posteriormente.

4.1.1 O Projeto de Atenção e Prevenção à Obesidade

O PAPO é constituído pelo grupo Preparatório, formado por inscritos para a gastroplastia que ainda não foram convocados para a mesma, não integrando o Programa de Obesidade. Portanto, esse grupo é acompanhado apenas pelo Serviço Social e não por toda equipe multidisciplinar. As atividades referentes ao grupo voltam-se para encontros mensais que abarcam palestras com profissionais que atuam no tratamento da obesidade, socialização de informações acerca dos direitos dos obesos, informações sobre as legislações pertinentes e as etapas no tratamento da obesidade. Como aponta a assistente social, o PAPO colabora para a promoção da saúde, uma vez que auxilia na aproximação do usuário com o HUB e proporciona contato com profissionais do hospital universitário mesmo que este não faça parte do Programa de Obesidade.

A justificativa de implantação do projeto assentou-se na longa espera dos usuários, que ficavam anos aguardando a convocação para a cirurgia, havendo, na maioria dos casos, aumento do peso e piora no estado de saúde. O Serviço Social também constatou que poucos possuíam acompanhamento na atenção básica ou média, não seguindo o fluxo de encaminhamento proposto pela Portaria GM/MS nº 492/2007. Assim, o PAPO começou a ser implantado em 2010, tendo como recorte usuários que possuíam número de inscrição a partir de mil.[8] Para a assistente social, o PAPO tem grande demanda dos obesos que veem, nos encontros realizados, oportunidades de ter acesso às novas informações. Entretanto, alerta que o Projeto continuará até o momento em que a linha de cuidados do sobrepeso e obesidade for, de fato, implantada.

A assistente social aponta que o Preparatório exige do Serviço Social atuação que rompe com as rotinas institucionais, uma vez que o atendimento ao Preparatório não cabe ao hospital universitário, visto que não integra o Programa. Em razão disso, o atendimento ao PAPO se reveste, cotidianamente, de exigências postas à categoria

[8] De acordo com o cadastro de usuários do Programa de Obesidade, há cerca de 1.700 inscritos para a gastroplastia, sendo que apenas 800 já realizaram o procedimento ou já foram convocados para os exames pré-operatórios.

profissional em garantir atendimento àqueles que procuram o serviço de saúde. Um dos caminhos utilizados para proporcionar contato dos obesos com os profissionais que tratam da obesidade – além das palestras – foi a parceria com grupos de estudantes e profissionais em âmbito interno e externo. A assistente social cita como exemplo a parceria com a Terapia Ocupacional do HUB, onde estudantes supervisionados e terapeutas ocupacionais atendiam exclusivamente os usuários do Preparatório. Outro exemplo foi o encaminhamento de usuários que não tinham acompanhamento psicológico para o Departamento de Psicologia da Universidade de Brasília, que mantém um grupo de atendimento comunitário a pessoas obesas.

Apesar do estabelecimento de parcerias importantes para o tratamento da obesidade, critica-se aqui a dificuldade de inserção dos usuários na rede básica do SUS, revelando a penosa luta em garantir os princípios de universalidade e integralidade do sistema público de saúde. Nogueira e Mioto (2006) destacam que a crescente demanda nos níveis de maior complexidade do SUS decorrem da baixa resolutividade na atenção básica, posta como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. Há um deslocamento da demanda dos centros e postos de saúde para hospitais de média e alta complexidade reforçando a noção médico-hospitalar com "prejuízos das ações de promoção e proteção" (ASSUMPÇÃO, 2007, p. 24) que deveriam ser executadas, principalmente, na atenção básica. Movimenta-se, assim, um ciclo vicioso em que tanto a atenção básica quanto a atenção de alta complexidade não conseguem absorver toda a demanda, refletindo nas ações e intervenções tomadas pelo Serviço Social.

4. 1.2 O grupo Pré-operatório

O grupo Pré-operatório destina-se a usuários que foram convocados para a realização da cirurgia bariátrica e que integram o Programa de Obesidade do HUB. Tal período é marcado por exames e consultas com a equipe multidisciplinar, cujo foco é a verificação das condições mínimas de saúde para que o usuário realize a cirurgia. A Portaria GM/MS nº425/2013 prevê avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e, quando for necessário, pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista. As

avaliações são caracterizadas por exames diversos e mensuração do risco cirúrgico. A Portaria ainda pontua a necessidade de indivíduos com IMC maior que 50 kg/m² perder de 10 a 20% do peso no pré-operatório, objetivando a diminuição de complicações durante o ato cirúrgico.

A Portaria GM/MS nº 425/2013 prevê reuniões do grupo multiprofissional com os obesos durante o Pré-operatório a fim de orientar, informar e educar para a mudança de hábitos. A Secretaria de Atenção Básica (2014), ressalta que o período Pré-operatório deve ser marcado por orientações ao indivíduo e a sua família em relação ao procedimento que será realizado, assim como as mudanças que ocorrerão no corpo dos sujeitos.

A intervenção do Serviço Social no Pré-cirúrgico volta-se para as orientações relativas aos direitos sociais dos usuários, como benefícios, auxílios e acesso às medicações. É uma intervenção temporária, que busca investigar o quão bem amparado assistencialmente está o indivíduo.

4.1.3 O grupo Pós-operatório

O último grupo, foco desta pesquisa, é o Pós-operatório. A esse grupo são destinados usuários que já realizaram a redução de estômago e que apresentam demanda consistente do acompanhamento multiprofissional. Em razão disso, o Pós-cirúrgico exige muito em termos de acessibilidade aos serviços de saúde, principalmente da integralidade no tratamento oferecido. A assistente social frisa que, logo após a cirurgia, os usuários passam por constantes atendimentos ambulatoriais em decorrência da adaptação ao novo estilo de vida, o que torna esse período extremamente delicado para o indivíduo e sua família.

A Portaria GM/MS nº 425/2013 estabelece que o acompanhamento multiprofissional na rede especializada deve ter duração de até 18 meses – podendo ser estendido em caso de necessidade -, sendo mais frequente no primeiro ano após a bariátrica, onde há acentuação da perda de peso em decorrência da restrição alimentar. A mesma Portaria também estabelece a realização de cirurgias plásticas que devem ser realizadas nas mamas, no abdômen e nos membros superiores e inferiores, quando se fizerem necessárias. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

(SBCBM, 2015) aponta que as cirurgias plásticas reparadoras devem ser realizadas quando há estabilização do peso, que ocorre entre o primeiro e segundo ano após a cirurgia, e quando o indivíduo atinge IMC abaixo de 30 kg/m².

Além da espera para as cirurgias plásticas, os usuários do pós-operatório também lindam com os constantes episódios de desnutrição. Repetto *et al*. (2002) apontam que casos de desnutrição são relativamente comuns no período pós-bariátrica em decorrência da má absorção de nutrientes. As alterações mais comuns são: deficiência de ferro, deficiência de ácido fólico, deficiência de vitamina B12, hipoalbuminemia, anemia e hiperuricemia (REPETTO *et al*., 2002). Assim, são prescritos aos obesos suplementos vitamínicos e complementos proteicos. Os usuários do HUB, quando possuem receita médica, são autorizados a retirarem os suplementos e complementos na Farmácia do hospital universitário.

Apesar das etapas estabelecidas nas Portarias GM/MS nº 424 e 425 de 2013, o Programa de Obesidade encontra constantes empecilhos na garantia do tratamento integral da obesidade. A assistente social cita como exemplos: a enorme fila de espera, desfalque na equipe multidisciplinar, atraso nas realizações das cirurgias bariátricas e plásticas e ausência dos complementos e suplementos na farmácia do hospital. Paim (2004) destaca que muitos dos problemas encontrados no Sistema Único de Saúde "possuem relações com os problemas referentes à infraestrutura, ao financiamento, à organização e à gestão (p.26), resultando em uma "desatenção à saúde".

Nesse panorama, a demanda do Serviço Social aumenta consideravelmente, culminando em solicitações de medicamentos e cestas básicas e consultas médicas, ações que, em sua maioria, fogem das atribuições da assistente social. Em função disso, exige-se do profissional a capacidade crítica e reflexiva sobre a realidade dos usuários e da saúde como um todo, "articulação com demais profissionais da saúde e movimentos sociais em defesa do projeto da Reforma Sanitária" (CFESS, 2010, p. 23). Para isso, o assistente social precisa conhecer suas atribuições, do perfil dos usuários que atende, das reivindicações dos mesmos, das dificuldades e avanços do campo em que atua, para que assim seja capaz de propor melhoras que objetivam a defesa de um sistema de saúde universal, integral e de qualidade, não apenas para as camadas menos favorecidas economicamente, mas para todos os cidadãos.

Exemplo do papel transformador do Serviço Social foi a criação da Associação dos Obesos Mórbidos do HUB, criada em 2010 com o incentivo da assistente social e amplamente aceita pelos usuários do Programa. A assistente social frisa a necessidade de organização política dos obesos, para que sejam capazes de ocupar espaços sociais e expor as suas reivindicações. A Associação realiza encontros quando há pautas para serem discutidas, sempre no espaço físico do HUB. Os temas abordados nas reuniões voltam-se para o cumprimento das etapas do tratamento abrangidas pelas Portarias GM/MS nº 424 e 425, tais como as cirurgias plásticas e distribuição dos suplementos e complementos alimentícios. Para a assistente social, a principal conquista da Associação é a mobilização política dos usuários, que antes inexista nos grupos. A Associação é um instrumento de participação social e se constituiu em um espaço de discussões que fundamentam as mudanças que devem ser iniciados no HUB e no sistema de saúde como um todo.

4.2 O perfil dos usuários do Pós-operatório do Programa de Obesidade do Hospital Universitário de Brasília

O perfil dos usuários do Pós-operatório foi traçado por meio da análise de prontuários. De abril a agosto de 2014 foram consultados cinquenta prontuários pertencentes a usuários que realizaram a cirurgia em diferentes anos, mas que foram atendidos pela equipe multidisciplinar entre os anos de 2013 e 2014. Os dados coletados do material foram: idade, gênero, raça/cor, escolaridade, estado civil, número de filhos, naturalidade, cidade de residência, situação trabalhista, renda individual e familiar, ano da cirurgia e IMC antes e após o procedimento. Os prontuários foram selecionados por meio de uma lista disponibilizada pelo Programa de Obesidade.

A análise dos prontuários possibilitou uma visão geral dos sujeitos que procuram o tratamento cirúrgico da obesidade. Em relação aos resultados, houve predominância do gênero feminino (92%), sendo que a idade média das mulheres foi de 47 anos. Segundo Ferreira e Magalhães (2011), a obesidade está mais presente nas mulheres em decorrência da predisposição feminina ao acúmulo de gordura, necessária nos períodos de gestação e lactação. A assistente social do Programa afirma que muitas mulheres, ao solicitarem a inscrição na fila para a cirurgia bariátrica, afirmam que

ganharam peso excessivamente após a gestação, não sendo perdido o excesso nos primeiros anos de vida do bebê. Dessa forma, o acúmulo de gordura transforma-se em obesidade ao longo dos anos, acirrando o quadro de saúde das mulheres que muitas vezes prolongam a procura por tratamento.

O perfil da mulher que realizou a cirurgia bariátrica revela que a maioria (41%) é declarada parda nos prontuários, 34% brancas, 17% negras e 7% não possui classificação. Importa ressaltar que em alguns prontuários as usuárias eram tidas como brancas em um relatório médico e pardas em outro, havendo discordância na cor/raça da paciente. Questiona-se, portanto, se os profissionais interpelam aos usuários qual a sua cor/raça/etnia. Para Araújo *et al*. (2009) a definição de "raça/cor deve ser compreendida, não do ponto de vista biológico, mas como variável social que traz em si a carga das construções históricas e culturais, representando um importante determinante da falta de equidade em saúde entre grupos raciais" (p. 384).

Além da predominância da cor parda, a análise revelou que 49% são casadas e que a maioria das participantes (27%) exerce a função de dona do lar, não desempenhando ocupação remunerada no mercado formal de trabalho[9]. Em relação ao nível de escolaridade, o estudo dos prontuários apontou que 35% das mulheres concluíram o Ensino Médio, enquanto 19% não terminaram o Ensino Fundamental. Das que possuíam o segundo grau completo, 38% eram negras, sendo a maioria solteiras (53%). Das que não concluíram o Ensino Fundamental, 50% eram pardas e tinham, em média, 5 filhos; a maioria (50%) eram casadas e já aposentadas. Dentre as que possuíam Ensino Superior Completo ou Pós-Graduação, 50% eram brancas, sendo 67% solteiras.

Em razão da falta de preenchimento dos dados referentes as rendas individual e familiar na grande maioria dos prontuários, não se pôde analisar a relação entre renda, cor e gênero nas mulheres que realizaram a cirurgia bariátrica. Entretanto, estudos como o de Monteiro (2006) e Ferreira e Magalhães (2011) destacam que as brasileiras pardas e negras de classes menos favorecidas são mais acometidas pela obesidade, em função da pauperização e da falta de acesso aos serviços de saúde de qualidade. São também essas mulheres as que mais sofrem com o estigma da obesidade, uma vez que recaem sobre elas o estereótipo de beleza construído socialmente que

[9] Não foi possível analisar a presença das mulheres no mercado informal de trabalho em decorrência da ausência/incompletude de dados relativos ao social nos prontuários.

coloca o corpo magro como sinônimo de “felicidade, prestígio, sucesso pessoal, *status*, autocontrole e autodisciplina” (FERREIRA E MAGALHÃES, 2011, p. 2285), culpabilizando, portanto, a mulher pelo seu estado de saúde.

Tratando-se de cidade de residência, o estudo dos prontuários apontou que a Ceilândia é local de moradia da maioria das mulheres (26%), sendo seguida por Taguatinga (10%). As mulheres residentes nos estados de Goiás e Minas Gerais representam 24% das usuárias do Pós-operatório, revelando a demanda crescente proveniente de estados próximos ao Distrito Federal. Fator determinante para isso foi a difusão de informações acerca do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), benefício regulamentado pela Portaria GM/MS nº 055/1999. O TFD tem como objetivo proporcionar aos usuários tratamento no âmbito do SUS em outros Estados e Municípios - com no mínimo 50 km de distância do local de residência - disponibilizando assistência financeira para o pagamento do transporte (aéreo, terrestre e fluvial), diárias e alimentação para paciente e acompanhante, quando este se fizer necessário. O TFD deve ser requerido na Prefeitura ou na Secretaria Estadual de Saúde do local de residência, sendo requisitado o relatório médico que comprove a necessidade do tratamento. A assistente social afirma que muitos obesos do Programa requerem o TFD e muitos o conseguem, não em decorrência do quadro de obesidade, mas sim pela presença de doenças que foram geradas ou agravadas por meio da obesidade.

A maioria das mulheres (23%) realizaram a cirurgia no ano de 2008, com o IMC em média de 47 kg/m². Após o procedimento, o IMC das mulheres caiu para 33 kg/m², o que representa a efetividade da cirurgia na perda de peso. Observou-se que as mulheres negras apresentavam maior IMC, em média 52 kg/m², em contraste com os 48 kg/m² das mulheres brancas e os 45 kg/m² das mulheres pardas. Entre os mesmos grupos, o IMC caiu para 35, 36 e 34 kg/m², respectivamente. A perda de peso após a cirurgia foi menor entre as mulheres brancas, com uma variação de 12 pontos entre o IMC antes e após a cirurgia.

Em relação ao gênero masculino, a análise dos prontuários propiciou a demarcação de algumas características do perfil dos homens do Pós-operatório. Apesar de representarem minoria no Programa de Obesidade, a assistente social relata que a demanda por parte dos homens cresce timidamente a cada ano. A Associação Brasileira

para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2002) aponta que os homens sofrem menos com os padrões de beleza impostos pela mídia, o que não acontece no caso das mulheres. Assim, os homens prolongam/adiam o tratamento da obesidade, incluindo-se aí a realização de procedimentos cirúrgicos.

A idade média dos homens no Pós-cirúrgico é de 44 anos e, na análise dos prontuários, não houve predominância de cor, sendo igualmente distribuídos entre brancos (50%) e pardos (50%). Cerca de 75% dos homens analisados nesse estudo eram casados, tendo em média um filho, possuíam trabalho/emprego remunerado e tinham concluído o segundo grau (50%). Tais dados condizem com o que foi observado por Gigante *et al*. (2006) em relação ao nível de escolaridade e estado civil enquanto fator de influência do sobrepeso e obesidade em pessoas do gênero masculino. Em relação à cirurgia bariátrica, constatou-se que os homens realizaram a cirurgia com IMC em média de 56 kg/m², havendo uma redução após o procedimento para 37 kg/m².

A assistente social sinaliza que a obesidade nos homens não se constitui um agravo social como ocorre nos casos das mulheres, refletindo na limitada procura pela cirurgia bariátrica.

> [...] obesidade para os homens constitui situação de poder, pra eles não é doença... então eles vão se tratar muito menos que as mulheres [...]. O homem, dentro da família, vai ter a mulher para cuidar dele e vai se preocupar menos com a sua saúde.

Pontua que a manutenção de um corpo “grande” e forte por parte dos homens nas camadas pobres da sociedade constitui-se em fator de saúde, de masculinidade, não sendo o excesso de peso/obesidade associado com a deterioração da saúde. Aguirre (2006), em estudo realizado nas comunidades argentinas, destaca que apesar de ambos os gêneros adquirirem o mesmo tipo de alimento, com a mesma qualidade, a obesidade é mais presente nas mulheres em função de condicionamentos baseados em gênero e preconceitos. Esses condicionamentos assentam-se nas oportunidades de trabalho oferecidos a homens e mulheres pobres, onde cabe ao gênero masculino trabalhos braçais e intensos, que exigem grande esforço físico. Às mulheres pobres recaí o dever de manutenção da casa, do cuidado com o lar, trabalho que se torna exaustivo em função da quantidade de horas desprendidas pelas donas de casa. Apesar de ambos desempenharem atividades cansativas, o reconhecimento social do trabalho do homem é maior, o que para Aguirre (2006) justifica o fato de muitas mulheres

argentinas oferecerem aos maridos e filhos os alimentos adquiridos de melhor teor nutricional, ficando as mesmas com restos de pães e chás.

Além do sacrifício alimentar, Aguirre (2006) postula que o desempenho de atividades físicas está condicionado à masculinidade, onde há estímulo para que meninos pratiquem esportes para melhor desenvolvimento corporal. O mesmo não acontece com as meninas, que muitas vezes são redirecionadas para brincadeiras e atividades que envolvam o ambiente familiar: o cuidar, o limpar e o cozer.

Ademais de pontos diferenciados entre homens e mulheres, a análise dos prontuários permitiu a exposição de uma característica dos usuários do Pós-cirúrgico do HUB. Em torno de 70% dos sujeitos que realizaram a cirurgia bariátrica não são naturais do Distrito Federal, sendo provenientes das regiões sudeste (34%) e nordeste (22%). Para a assistente social, a migração para a região centro-oeste implica em mudanças que desempenham papel importante no estado de saúde de homens e mulheres. Para ela, o deslocamento familiar implica em adaptação cultural, que por sua vez envolve hábitos alimentares diferentes. Esses casos são mais impactantes em famílias que saíram de zonas rurais para as zonas urbanas, onde há a ruptura da agricultura familiar em função da adoção de uma dieta industrializada. A profissional ainda pontua que essa é uma realidade que perpassa o Programa de Obesidade, sendo ancorada na busca por uma melhor qualidade de vida (traduzida em acesso a serviços de saúde, transporte, educação etc.) que as cidades têm a oferecer.

Em decorrência da incompletude de dados referente ao social nos prontuários, dificultou-se análise profunda do perfil dos usuários. Contudo, foi possível pincelar algumas características dos sujeitos que procuram o tratamento cirúrgico. O mapeamento do perfil dos usuários fundamentou a segunda parte desta pesquisa, que aborda a adesão dos sujeitos do Pós ao tratamento da obesidade. Não se objetiva avaliar os resultados pessoais dos usuários ou mensurar a resolutividade da cirurgia bariátrica, mas sim entender os fatores fundamentais que garantem um tratamento universal, integral e de qualidade para a obesidade e que deveriam ser estendidos às ações de prevenção e promoção da saúde.

4.3 A adesão dos usuários ao tratamento cirúrgico da obesidade

A adesão dos usuários foi abordada durante as entrevistas por meio do tipo e duração do acompanhamento que tiveram antes e após o procedimento cirúrgico. Assim, também seria possível analisar de que maneira o HUB possibilitou o acesso dos usuários a um tratamento integral. Tendo como base o princípio da universalidade enquanto precursor do acesso aos serviços de saúde, buscou-se identificar a acessibilidade no âmbito do SUS, principalmente nos níveis básico e especializado. Por acessibilidade na saúde entende-se serviços que "extrapolam a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população" (ASSIS e JESUS, 2012, p. 2866).

Dos 20 usuários entrevistados para esta segunda parte, 17 realizaram a cirurgia bariátrica no hospital universitário, sendo 2009 o ano da cirurgia para a maioria dos usuários participantes. A motivação para a procura pelo tratamento cirúrgico justificava-se pela presença de comorbidades que agravavam o quadro de saúde dos usuários. Também foram ressaltados pelos participantes as dificuldades de locomoção, movimentação e realização de atividades cotidianas que tiravam a autonomia dos sujeitos. Para as mulheres, as limitações do corpo obeso representavam a sua desvalorização no cotidiano familiar, em que ela tornara-se incapaz de conduzir e realizar trabalhos domésticos. Por esse motivo, muitas mulheres afirmavam que fizeram a cirurgia por recomendação médica, mas logo depois complementavam dizendo que estavam "gordas demais", "grandes demais" e que não aguentavam mais ser "desse tamanho".

> [...] eu era muito gorda, pesava 120 kg... queria ter uma vida melhor. Me sentia discriminada, quando saía as pessoas ficavam olhando... não conseguia encontrar roupas que ficassem boas no meu corpo. Mas a cirurgia mesmo eu fiz por causa da saúde, não aguentava andar muito e já ficava cansada [...] (mulher, 53 anos, cirurgia em 2009).

Quando interrogados sobre tratamentos anteriores para emagrecer, 19 usuários afirmaram que fizeram diversos tratamentos, sendo que 3 deles o fizeram em clínicas e hospitais particulares. Entre os tratamentos destacavam-se: dietas, exercícios

físicos e automedicação para inibir o apetite. Os resultados desses tratamentos eram satisfatórios nos primeiros meses, mas depois culminavam no reganho de peso. Souza e colaboradores (2005) buscaram identificar os desafios dos obesos em perder e manter o peso ao longo prazo. Para os autores, além de hábitos alimentares e comportamentais irregulares (se alimentar apenas 3 vezes ao dia, geralmente assistindo à televisão), os sujeitos logo perdiam o foco do tratamento em função do estresse do dia-a-dia. Para Peña e Bacallao (2006) a perda de peso entre obesos de camadas pobres é mais difícil do que das classes médias e altas da sociedade. Para eles, os obesos pobres não possuem condições financeira de manter hábitos alimentares mais saudáveis, com ingestão diária de verduras, legumes e frutas. A cesta básica desses indivíduos se resume a alimentos com alto poder de saciedade, com grandes quantidades de gordura e que são comercializados com preços mais baratos. Além disso, os autores pontuam que os ambientes agressivos e inseguros que caracterizam o local de moradia de indivíduos pobres impedem que os sujeitos se comprometam com o exercício físico diário. Esses podem ser alguns motivos que nos ajudem a entender o porquê de tratamentos convencionais para emagrecer surtem efeitos limitados em pessoas de baixa renda.

Em função do tratamento cirúrgico realizado, questionou-se aos usuários o nome do procedimento a qual foram submetidos e apenas 3 souberam identificar o tipo de cirurgia bariátrica realizada; dez participantes relataram algumas etapas do procedimento cirúrgico como forma de tentar identificá-los; e 7 afirmaram que não lembravam ou que realmente desconheciam. Apesar de mais da maioria não ser capaz de reconhecer o tipo de cirurgia por qual passaram, o Serviço Social da obesidade garante que todos os usuários, desde o grupo Preparatório, são orientados sobre as etapas da cirurgia bariátrica, inclusive por meio de vídeos, folhetos e palestras. Em confirmação a isso, uma participante afirmou que tomou conhecimento sobre a cirurgia em uma das reuniões com a equipe multidisciplinar, cujo foco era o esclarecimento aos usuários e seus familiares sobre a cirurgia bariátrica.

Todavia, importa questionar os motivos pelos quais algumas informações não foram absorvidas pelos usuários e tem-se, como primeiro ponto, a linguagem técnico-médica que pode ter sido utilizada pela equipe. Nassar (2005) contempla a comunicação entre profissionais da saúde, usuários e familiares como algo que extrapola o uso das palavras e envolve ações, atitudes e sentidos que, em determinadas

situações, se constituem em entraves no entendimento dos vários discursos proferidos. Assim, o emprego da linguagem comum, simples, deve incorporar nas ações dos profissionais quando estes se predisporem a repassar informações, para que assim os usuários possam questionar, absorver e produzir sentido sobre o que está sendo dito.

Outro tópico abordado nas entrevistas foi o acompanhamento Pré-cirúrgico realizado. Para a Portaria GM/MS nº 425/2013, o período pré-cirúrgico volta-se para avaliações médicas que serão utilizadas como pareceres para a liberação ou não do ato cirúrgico. Portanto, além de diversos exames solicitados, os usuários passam por constantes consultas com a equipe multidisciplinar, com enfoque na equipe biomédica. Em função disso, apesar do acompanhamento pré-cirúrgico ser estimado em 6 meses, o tempo de duração dependerá da saúde do sujeito e do acesso do mesmo aos laboratórios, aos exames e à equipe multiprofissional. O que foi percebido por meio do discurso dos usuários é que o acompanhamento no HUB durou cerca de um a dois anos, em contraste com o acompanhamento de menos de 6 meses realizados pelos usuários que fizeram a bariátrica em hospitais particulares. Em partes, o encurtamento do acompanhamento nos hospitais privados é justificado pela rapidez nas marcações de consultas e exames; por outro lado, sabe-se que a saúde é concebida como uma mercadoria e não há necessidade de preparar o sujeito para as mudanças que virão, mas sim apenas avaliar se ele está apto a realizar a cirurgia.

A Secretaria de Atenção à Saúde (2014) e a Portaria GM/MS nº 425/2013, como já dito anteriormente, concebe a etapa Pré-operatória como um momento de avaliações médicas, mas também de preparação dos usuários e dos seus familiares. Há o enfoque nas mudanças que precisam ser concretizadas antes do procedimento cirúrgico e que são abordadas mais paulatinamente por nutricionistas e psicólogos. A assistente social frisa que trabalha-se nos usuários a sua relação com a comida, muitas vezes concebidas como via de escape para sentimentos contraditórios, elevando a obesidade a uma doença desencadeada por fatores psicológicos. Segal e Fandiño (2002) salientam que a obesidade não deve ser entendida como uma relação de causa-efeito entre distúrbios psicológicos, renegando os aspectos sociais, culturais e econômicos da obesidade a um segundo patamar. Os autores concluem que o acompanhamento psicológico deve buscar rastrear transtornos psíquicos passados e atuais (desencadeados por abuso ou dependência) que são fatores de risco para o reganho de peso, sem

subjugá-los como causas da obesidade. O psicólogo também deve atentar para a capacidade do sujeito de suportar as modificações impostas pela cirurgia. O nutricionista agrega ao tratamento a instituição de novos hábitos alimentares, que não devem ser compreendidos como dietas pelos usuários, mas sim como algo permanente e que influenciará os resultados da cirurgia.

Assim, 10 usuários afirmaram que mudaram seus hábitos alimentares antes da cirurgia e que conseguiram manter tais hábitos após o procedimento. Apenas uma usuária alegou que as mudanças vieram após a bariátrica, principalmente durante o período de restrição alimentar no pós-operatório imediato. No entanto, 9 usuários afirmaram que não conseguiram manter bons hábitos alimentares e que desenvolveram compulsões alimentar, como beliscar, comer doces em excesso ou parar de comer. Neste último grupo, dois usuários alegaram que não possuem condições financeiras para manter uma alimentação adequada, o que acarreta sentimentos de frustração e angústia por não seguir as recomendações da equipe multidisciplinar. Além disso, muitos relataram que sentiam medo de retornar à situação física anterior ao procedimento, pois acreditavam que a cirurgia consistia na última oportunidade de perda de peso em grande quantidade.

Em relação à adesão dos usuários à prática de atividades físicas, 11 responderam que não praticam nenhum exercício, sendo que 6 alegaram problemas de saúde (dores no corpo, artrose, osteoporose, úlceras), 2 afirmaram que não possuíam tempo e uma respondeu que o local mais propício fica longe da sua casa.

> [...] eu sei que tem que fazer atividade física, temos que seguir a recomendação médica... mas *pra* mim é muito corrido [...] eu trabalho muito e ainda tenho 3 filhos, acaba que não sobra tempo (mulher, 43 anos).

> [...] fazia caminhadas *pra* emagrecer e porque os médicos recomendavam... sempre gostei e continuei fazendo depois da redução, só dei uma diminuída no ritmo, sinto muita dor na coluna (mulher, 62 anos).

Apesar de integrar a equipe multidisciplinar na Portaria GM/MS nº 425/2013, o Programa de Obesidade não conta com a presença de fisioterapeutas no acompanhamento pós-operatório. A função desempenhada por este profissional junto ao grupo pós-cirúrgico é essencial, uma vez que cabe a ele a avaliação físico-funcional do paciente e o redirecionamento do processo de reabilitação músculo-esquelético (NASSIF *et al*., 2011). Assim, a inserção do fisioterapeuta no acompanhamento pós-

cirúrgico proporciona melhor adequação dos usuários ao novo estilo de vida e às mudanças que ocorreram no corpo; em conjunto com o educador físico, seria possível adequar determinados exercícios ao quadro de saúde dos sujeitos, prevenindo surgimento de dores e maiores complicações no pós-cirúrgico. Apesar disso, todos os participantes negaram contato com educador físico, sendo que o contato com o fisioterapeuta ocorreu apenas durante o período de internação hospitalar.

No período Pós-operatório, a mesma equipe multiprofissional se mantém, mas há distanciamento da equipe biomédica em razão da diminuição da demanda por exames laboratoriais, que são mais frequentes nos primeiros meses após a cirurgia. Assim, permanecem no acompanhamento o psicólogo, o nutricionista, o endocrinologista e a assistente social, que irão avaliar as respostas dos sujeitos ao procedimento cirúrgico. Os participantes de hospitais particulares afirmaram que não obtiveram acompanhamento pós-operatório de longo prazo e, por esse motivo, procuraram o HUB para dar continuidade. Já os usuários do hospital universitário ressaltaram, em sua grande maioria, que tiveram acompanhamento com a equipe multiprofissional após a cirurgia, mas que o contato com o HUB foi prejudicado pelas mudanças iniciadas no ano de 2013.

A assistente social afirmou que os anos de 2012 e 2013 foram marcados por dificuldades materiais e mudanças na gestão, com constantes alterações nos quadros profissionais. Com o início da gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no hospital universitário, houve substituição de profissionais que possuíam vínculo empregatício por meio de contratos por aqueles provenientes de concurso público. Dessa maneira, o Programa de Obesidade perdeu endocrinologista, psicólogo e nutricionista, deixando os usuários sem acompanhamento desde meados de 2013. O resultado disso é que dos 17 usuários que realizaram a bariátrica no hospital, 11 afirmaram reganho de peso após a perda do acompanhamento. Além disso, houve paralisação nas cirurgias plástica e bariátrica, uma vez que os mesmos profissionais atendiam o Pré e Pós-operatório. Portanto, dos usuários que realizaram a cirurgia bariátrica nos anos de 2007, 2008 e 2009, e que participaram desta pesquisa, apenas um tinha realizado todas as cirurgias reparadoras que desejava. Os outros 10 ainda estavam no aguardo, mesmo depois de 8, 7 e 6 anos de espera. O quadro é o mesmo para

usuários provenientes de outros hospitais, que ainda aguardam as cirurgias plásticas após 8 anos de bariátrica.

A interrupção do acompanhamento também implicou no acesso dos usuários aos complementos e suplementos necessários após a cirurgia. Quatorze participantes afirmaram que estão comprando os medicamentos e que procuram terceiras vias para a obtenção das receitas. Enquanto isso, 6 usuários alegaram que simplesmente pararam de tomar, pois não obtêm as prescrições médicas e não conseguem arcar com a compra dos suplementos e complementos. Para a assistente social, houve um descumprimento das normas que regulamentam a cirurgia bariátrica:

> [...] Quando o indivíduo realiza a cirurgia, ele permanece dependente do tratamento... pelo resto da vida ele vai ter que ter um acompanhamento diferenciado e uma assistência social do Estado, que não vinha cumprindo com suas obrigações de dar suporte ao usuário. Ele (o usuário) não tinha a parte de nutrição, nem de medicação.

A assistente social ainda explica que houve regularização na entrega das medicações na Farmácia após consecutivas reivindicações por parte dos usuários. Segundo aponta a profissional, em 2013 foram enviadas à Secretaria de Saúde 50 solicitações de medicamentos para que fossem distribuídos pelo Hospital Universitário de Brasília. Todavia, apesar da regularização do suprimento na Farmácia, atualmente os usuários não conseguem as receitas médicas - imprescindíveis para a retirada da medicação - por falta de profissionais.

Em decorrência da incompletude da equipe multiprofissional, as demandas dos usuários do Programa de Obesidade recaem sobre o Serviço Social. Para tentar amenizar a situação do Pós, a assistente social elaborou uma parceria com a equipe da cirurgia bariátrica no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) que consiste na avaliação do estado de saúde dos usuários do Pós e prescrição de receitas. Apesar disso, o HRAN não consegue atender toda a demanda e são poucos os usuários do HUB que conseguem marcar uma consulta com a equipe médica de lá. Dos usuários abordados para essa pesquisa, apenas 4 possuíam acompanhamento ou realizavam atendimento nos centros/postos de saúde e hospitais regionais. É um número pequeno para uma doença que engloba diversos fatores e que requer uma rede de atenção articulada entre os diversos níveis e especializações para o seu tratamento.

Em relação aos resultados obtidos por meio da gastroplastia, 18 participantes concordaram que houve melhora no quadro de saúde, apesar de todos os contratempos após a cirurgia. Os pontos positivos ressaltados foram a melhora na mobilidade e saúde, o acesso a produtos como roupas e calçados que eram difíceis de encontrar, a diminuição do constrangimento social em lugares públicos e meios de transporte, a elevação da autoestima e a melhora nos relacionamentos sociais. Dois usuários apresentaram arrependimento por terem realizado a gastroplastia, alegando piora no estado de saúde e abandono por parte do HUB.

A assistente social conclui que um dos principais empecilhos para a adesão dos usuários ao tratamento cirúrgico é a dificuldade de manutenção de uma equipe fixa, que conheça o histórico de saúde-doença dos sujeitos desde o momento em que apresentaram quadro de sobrepeso. O Serviço Social do Programa de Obesidade reafirma a necessidade de fortalecimento da referência e contrarreferência como forma de evitar o desamparo aos usuários do SUS. Pontua que maioria do obesos que buscam o tratamento cirúrgico não conseguiram acompanhamento nos centros e postos de saúde, muito menos nos hospitais regionais. De acordo com os dados apresentados pela profissional, muitos usuários conseguem encaminhamento médico para a cirurgia por meio de contatos com amigos e familiares que trabalham na saúde. Não há, portanto, a inserção do obeso na atenção básica e tão pouco há o retorno dos usuários após o tratamento nos hospitais especializados. Exemplo disso é o quadro que se configurou no HUB, onde há centenas de usuários no Preparatório e Pós-operatório que só conseguiram/conseguem atendimento no hospital universitário.

Todavia, a assistente social sinaliza para as mudanças que ocorrerão nos próximos anos em decorrência da elaboração das Portarias GM/MS nº 424 e 425 de 2013, que instituem as diretrizes para a linha de cuidados do sobrepeso e obesidade. Segundo o Manual Instrutivo da Secretaria de atenção à Saúde (2014, p. 4), a linha de cuidados tem como objetivo:

> [...] fortalecer e qualificar a atenção à população, garantindo acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno, ofertando infraestrutura, bem como mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos indivíduos. Isso se dará por meio de ações de promoção à alimentação adequada e saudável, de práticas corporais e de atividades físicas adequadas, da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

A existência de uma linha de cuidados que alcance tal objetivo garantirá aos sujeitos amparo em todos os níveis de tratamento, evitando que situações como as que se encontram hoje no Hospital Universitário se repitam. Será um avanço que expandirá o cuidado da obesidade para além do modelo hospitalocêntrico e proporcionará um outro olhar sobre o sobrepeso e obesidade, combatendo o estigma e a discriminação que os obesos sofrem. Pode-se afirmar, que a concretização dessa linha reforçará os princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, participação social e igualdade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Espera-se que a rede de cuidados do sobrepeso e obesidade consiga ser implantada nos próximos anos e que não se restrinja ao "passo-a-passo" do que fazer para prevenir a obesidade. Anseia-se por uma linha de cuidados que promova a acessibilidade dos sujeitos aos serviços de saúde e que seja capaz de articula-se com as políticas de educação, segurança e alimentação, para que assim seja possível aos indivíduos aderir, em todos os setores da sua vida, ao tratamento oferecido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa centrou-se na análise do perfil e na adesão dos usuários que realizaram a cirurgia bariátrica no Hospital Universitário de Brasília, possibilitando conhecer as características do tratamento da obesidade no Distrito Federal. Os dados coletados por meio da análise de prontuários salientaram que são as mulheres pardas, casadas, donas do lar, que mais demandam a cirurgia de redução de estômago no hospital universitário. Analisando pela ótica do Serviço Social, percebemos os determinantes sociais da obesidade que, no Brasil, envolvem questões de classe, gênero e cor, tornando imprescindível a inserção de assistentes sociais no campo da obesidade, quer seja nos espaços de formulação de políticas públicas, ou nos serviços de atenção à saúde.

O estudo também possibilitou expor, em partes, o panorama do acompanhamento multiprofissional nos diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde. Entretanto, o que percebeu-se foi a crescente "desatenção" à saúde, fruto dos ataques neoliberais aos princípios e diretrizes do SUS. A maioria dos participantes desta pesquisa não estavam incluídos na atenção básica e o único acompanhamento que possuíam era realizado no HUB. Inexistiam, portanto, as relações de referência e contrarreferência na saúde, fortalecendo o tratamento para obesidade sob a ótica focalizadora e remediativa. Apesar da composição multriprofissional garantida pelo hospital universitário, os usuários se encontram, desde meados de 2013, sem acompanhamento ou condições de acessar outros serviços que são garantidos nas regulamentações, como os medicamentos e as cirurgias reparadoras. Isso denota não somente o caos na saúde pública, mas também a importância de estabelecer uma rede de acompanhamento que promova a saúde, não apenas a prevenção de doenças.

Para uma doença como a obesidade, considerada multifatorial e complexa, necessita-se de uma rede que envolva ações nos diversos campos públicos: na saúde, educação, segurança, transporte, lazer etc. É a concepção de saúde ampliada, defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária e pela categoria profissional dos assistentes sociais. O Serviço Social deve lutar pela garantia da universalidade, integralidade e participação social no SUS e, na obesidade, essa luta torna-se ainda mais necessária, em função do preconceito e estigmatização a que são submetidos os obesos. A obesidade

ainda é tida por muitos como um descuido do indivíduo com a própria saúde, subtraindo-se os problemas de cunho psicológico, social, econômicos que estão por trás da doença.

Por meio desta pesquisa, foi possível expor a intervenção do Serviço Social na obesidade, onde a atuação centra-se na garantia e ampliação dos direitos às pessoas obesas. A entrevista com a assistente social colaborou para o entendimento das demandas que chegam ao Serviço Social por meio dos usuários e de como o profissional lida com os desafios postos à acessibilidade dos mesmos aos serviços de saúde. Salienta-se ainda a postura de organização política dos usuários, incentivada pelo Serviço Social e que preconiza a participação nos espaços públicos. Tal fator é fundamental para as reivindicações dos direitos dos obesos mórbidos, que envolve não apenas o acesso ao tratamento cirúrgico, mas também a métodos menos invasivos e às condições necessárias para a adesão ao tratamento.

Assim, acredita-se que a implementação da linha de cuidados da obesidade, tal como é concebida nas Portarias GM/MS nº 424 e 425/2013, fará jus às demandas iminentes dos obesos e dos profissionais, que serão igualmente beneficiados pelo fluxo de encaminhamento elaborado. Apesar disso, ressalta-se a necessidade de discussão da obesidade como um problema de saúde pública, cuja solução não deve se restringir à realização de cirurgias bariátricas. Os determinantes sociais da obesidade devem ser levados em conta, principalmente entre as populações de baixa renda, que sofrem com a falta de acesso aos serviços básicos da sociedade.

Ressalta-se a importância de realização de outros estudos que analisam a repercussão da cirurgia bariátrica na vida dos sujeitos e dos seus familiares, principalmente entre usuários de estratos sociais de menor renda, onde o excesso de gordura constitui em mais um obstáculo de acesso a bens e serviços.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, Patricia. *Aspectos Socioantropológicos da obesidade na pobreza*. In. PEÑA, Manuel; BACALLAO, Jorge (ed.) **Obesidade e Pobreza: um novo desafio à saúde pública.** Editora Roca, 2006, p. 12-26

ARAÚJO, Edna Maria *et al*. *A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites*. **Interface - Comunic., Saude, Educ**., v. 13, n. 31, pp. 383-94, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a12v1331.pdf> Acesso em: fevereiro de 2015.

ASSIS Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. *Acesso aos Serviços de Saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise*. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf> Acesso em: fevereiro de 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. *Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos*. **Rev. Abeso**, nº 11, dez/2002. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pagina/194/metodos-de-avaliacao-de-obesidade-e-alguns-dados-epidemiologicos.html> Acesso em: janeiro de 2015.

ASSUMPÇÃO, Patrícia Freitas Schemes. *A Integralidade em Saúde e o Debate do Serviço Social*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

AZEVEDO, João Luiz Moreira Coutinho de. *Bases Técninas da Videocirurgia*. Disponível em: <http://www.cirurgiaonline.med.br/bases.htm> Acesso em: janeiro de 2015.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasil, 1990.

_____. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. DCNT no contexto do Sistema único de saúde brasileiro*. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

_____. *Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011*. Brasil, 2011.

_____. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. *Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências.*

_____. 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*. Brasil, 2006.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasil, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Rotulagem Nutricional Obrigatória: manual de orientação às indústrias de alimentos*. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/5f53be80474583c58ee8de3fbc4c6735/manual_industria.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em: novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022*. Brasília, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de alimentação e nutrição***,** 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>Acesso em: outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n˚ 492, de 31 de agosto de 2007. *Diretrizes para a atenção ao paciente com obesidade grave*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-492.htm> Acesso em: outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 055, de 24 de fevereiro de 1999. *Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências*. Brasil, 1999. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/leigos/pdf/Tratamento_fora_do_domicilio.pdf> Acesso em: novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. *Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.* Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html> Acesso em: outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. *Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.* Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html> Acesso em: outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade*. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL).* Brasil, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?vigitel/vigitel10.def> Acesso em: outubro de 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Política de Saúde no Brasil*. In: MOTA, Ana Elizabete *et al*. (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Editora Cortez, 2006, p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. *Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate*. In: MOTA, Ana Elizabete *et al*. (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Editora Cortez, 2006, p. 197-217.

BUSS, Paulo Marchiori. PELLEGRINI FILHO, Alberto. *A saúde e seus Determinantes Sociais*. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES_SOCAIS_E_SAUDE.pdf> Acesso em: fevereiro de 2015.

CFESS. *Parâmetros para atuação de assistente sociais na Política de Saúde*. Brasília, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). *A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil: indicadores de monitoramento da Constituição de 1988 aos dias atuais*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/a-seguranca-alimentar-e-nutricional-e-o-direito-humano-a-alimentacao-adequada-no-brasil> Acesso em: outubro de 2014.

COUTINHO, Janine Giuberti; GENTIL, Patrícia Chaves; TORAL, Natacha. *A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição*. **Cad. Saúde Pública**[online]. 2008, vol.24, suppl.2, pp. 332-340. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/18.pdf> Acesso em: novembro de 2014.

CRESWELL, John. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Editora Brookman, 3º ed., Porto Alegre, 2010.

DISTRITO FEDERAL. Lei nº 5.146, de 19 de agosto de 2013. *Estabelece diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal*. Disponível em: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2014/01/LEI-DF-2013-5146.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

ELÍCIO, Elainei; CURRALERO, Cláudia. *Programa Bolsa Família e a Segurança Alimentar e Nutricional*. In: ARANHA, Adriana (Org.) **Fome Zero: uma história brasileira**. V. 2, pp. 75-85, Brasília, 2010.

FAHEL, Murilo *et al*. *O impacto do Bolsa Família na inclusão educacional: análise da matrícula escolar em Minas Gerais*. **Rev. SER Social,** Brasília, v. 14, n. 30, pp. 98-126, 2012.

FELIPPE, Flávia. *O peso social da obesidade*. **Rev. Virtual Textos e Contextos**, nº 2, 2003. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br> Acesso em: novembro de 2014.

FELIPPE, Flávia. SANTOS, Andreia Mendes dos. *Novas demandas profissionais: obesidade em foco*, 2004. Disponível em: <http://www.adppucrs.com.br/informativo/obesidade.pdf>. Acesso em: novembro de 2014.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHAES, Rosana. *Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, abril/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a27.pdf> Acesso em: fevereiro de 2015.

FETT, Carlos Alexandre *et al*. *Estilo de vida e fatores de risco associados ao aumento da gordura corporal de mulheres*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a19v15n1.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

FRANCISCHI, Rachel Pamfilio Prado de *et al*. *Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento*. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 1, abril/2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n1/7919.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMNETO DA EDUCAÇÃO. *Sobre o PNAE*. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar> Acesso em: outubro de 2014.

GIGANTE, Denise Petrucci; MOURA, Erly Catarina de; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos. *Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados*, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.43, suppl.2, pp. 83-89. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao788.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Editora Atlas, 6. ed. São Paulo, 2008.

GOULART. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégia de controle e desafios para os sistemas de saúde*, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

KRUGUER, Tânia Regina. *Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS*. **Rev. Serviço Social & Saúde.** UNICAMP, Campinas, v. IX, n. 10, 2010.

LOSS, Angelo Bustani *et al*. *Avaliação da síndrome de dumping em pacientes obesos mórbidos submetidos à operação de bypass gástrico com reconstrução em Y de Roux*. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, outubro/2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n5/09.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al*. *Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual*. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

MARIANO, Maria Luiza Lobato *et al*. *Cirurgia Bariátrica: repercussões na sexualidade da pessoa obesa*. **Rev. Col. Bras**. Cir., 2014, pp-412-420.

MATTOS, Rafael da Silva; LUZ, Madel Therezinha. *Sobrevindo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre a obesidade*. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.

MENEZES, Francisco; SANTARELLI, Mariana. *Da estratégia Fome Zero ao Plano Brasil Sem Miséria: elementos da Seguridade Social no Brasil*. **Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase)**, 2013. Disponível em: <http://www.ibase.br/pt/wp-content/uploads/2013/02/proj-fomezero.pdf> Acesso em: novembro de 2014.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. *Bolsa Família*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia> Acesso em: outubro de 2014.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. *Proteção Social Básica*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica> Acesso em: outubro de 2014.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. *O trabalho com Redes como Procedimento de Intervenção Profissional: o desafio de requalificação dos serviços*. **Rev. Katálysis**, v. 5, nº 1, 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/index> Acesso em: janeiro de 2015.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. *Serviço Social e Saúde-desafios intelectuais e operativos*. **Rev. SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009

MONTEIRO, Carlos A.; MOURA, Erly C.; CONDE, Wolney L; POPKIN, Barry M. *Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review*. **Bull World Health Organ** [online], 2004, vol.82, n.12, pp. 940-946. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v82n12/v82n12a11.pdf> Acesso em: dezembro de 2014.

MONTEIRO, Carlos Augusto *et al*. *A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing*. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.11, pp. 2039-2049. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n11/05.pdf> Acesso em: dezembro de 2014.

MONTEIRO, Carlos**.** *A transição epidemiológica no Brasil*. In. PEÑA, Manuel; BACALLAO, Jorge (ed.) **Obesidade e Pobreza: um novo desafio à saúde pública**. Editora Roca, 2006, p.77-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a14.pdf> Acesso em: fevereiro de 2015.

MORTOZA, Andréa Sugai. *A Obesidade como Expressão da Questão Social: Nutrição e Estigma*. Tese (Doutorado em Política Social). Universidade de Brasília, 2011.

NASSAR, Maria Rosana Ferrari. *Comunicação e Humanização: a reconstrução do relacionamento médico – paciente como critério de qualidade na prestação de serviço*. **Rev, Contemporânea,** nº 05, 2005. Disponível em: <http://www.contemporanea.uerj.br/pdf/ed_05/contemporanea_n05_01_mariarosana.pdf> Acesso em: fevereiro de 2015.

NASSIF, Denise Serpa Bopp *et al*. *Efeito da fisioterapia contra-resistida com relação à massa corporal magra em pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica*. **ABCD, arq. bras. cir. dig.** São Paulo, v. 24, n. 3, setembro/ 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v24n3/a08v24n3.pdf > Acesso em: fevereiro de 2015.

NETTO, José Paulo. *A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social*. In: MOTA, Ana Elizabete *et al*. (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Editora Cortez, 2006, p. 141-160.

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

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde-SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete *et al*. (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Editora Cortez, 2006, pp. 218-41.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SILVA, Vini Rabassa da. *Ética em pesquisa, Plataforma Brasil e a produção de conhecimento em ciências humanas e sociais*. **Rev. Ser Social, Brasília**, v. 14, nº 30, 2012.

OLIVEIRA, Cristhiani Barbosa Arruda Celestino de. Obesidade: um olhar social. Monografia (Bacharel em Serviço Social). Universidade de Brasília, 2013.

OLIVEIRA, Isabella Vasconcellos de. *Cirurgia Bariátrica no Âmbito do Sistema Único de Saúde: tendências, custos e complicações.* Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, 2007.

OLIVIER, Marilene *et al*. *A Obesidade Mórbida e Seus Impactos sobre as Relações Interpessoais.* In: GARCIA, Agnaldo; MACEDO, Maria Daniela Corrêa de; NUNES, Tatiana Amaral (orgs). **Relações Interpessoais e Saúde**. pp. 19-31, Vitória, UFES, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. *Atenção à Saúde no Brasil*. In:GUIMARÃES, Reinaldo (org.). **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Ministério da Saúde, 2004.

PEÑA, Manuel; BACALLAO, Jorge. *Obesidade entre os pobres: um problema emergente na América Latina e no Caribe*. In. PEÑA, Manuel; BACALLAO, Jorge (ed.) **Obesidade e Pobreza: um novo desafio à saúde pública**. Editora Roca, 2006, p. 2-11.

PINHEIRO, Anelise; FREITAS, Sérgio; CORSO, Arlete. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. de Nutrição**, Campinas, 2004. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13482/1/ARTIGO_AbordagemEpidemiologicaObesidade.pdf> Acesso em: novembro de 2014.

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

REPETTO, Giuseppe; RIZZOLLI, Jacqueline; CASAGRANDE, Daniela. *Cirurgia bariátrica: tratamento clínico ou cirúrgico?* **Rev. Abeso**, nº 11, dez/2002. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pagina/192/cirurgia+bariarica:+um+tratamento+cirurgico+ou+cl%C3%ADnico?.shtml> Acesso em: novembro de 2014.

RIGO, Luiz Carlos; SANTOLIN, Cezar Barbosa. *Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira*, 2012.

SALVADOR, EVILASIO. *A reforma tributária desmonta o financiamento da Seguridade Social*. **Rev. SER Social**, Brasília, v. 11, nº 25, pp. 42-54, 2009.

SANTARELLI, Mariana; MOREIRA, Crispim. *Da Lei à Mesa: a construção institucional da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. In: ARANHA, Adriana (Org.) **Fome Zero: uma história brasileira**. V. 2, pp. 14-26, Brasília, 2010.

SCHERER, Patrícia Teresinha; SANTOS, Andreia Mendes dos. *A contribuição das Políticas Públicas no enfrentamento a obesidade no Brasil*, 2011.

SCHWARZMAN, Simone. *Bolsa Família: mitos e realidade*. 2009. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/bolsa09.pdf> Acesso em: novembro de 2014.

SEGAL, Adriano; FANDIÑO, Julia. *Indicações e Contra-Indicações para realização das operações bariátricas.* **Rev. Brasileira de Psquiatria**, 2002. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/set/Segal-Contra%20ind%20para%20cir%20bariatrica.pdf> Acesso em: janeiro de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. *Cirurgia Plástica*. Disponível em: <http://www.sbcb.org.br>. Acesso em: novembro de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. *Técnicas cirúrgicas***.** Disponível em: <http://www.sbcb.org.br>. Acesso em: novembro de 2014.

SOUZA, Jakeline Maurício Bezerra de *et al*. *Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social*. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, jun. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: fevereiro de 2015.

STUNKARD, Albert J. *Fatores na obesidade: visões atuais*. In. PEÑA, Manuel; BACALLAO, Jorge (ed.) **Obesidade e Pobreza: um novo desafio à saúde pública**. Editora Roca, 2006, p 27-33.

VALENTE, Christiany; TERZI, Renato. *Complicações da Cirurgia Bariátrica*, 2012. Disponível em: <http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/21082012Microsoft%20Word%20-%20BARIATRICA%20-%20CHRYSTIANY.pdf> Acesso em: janeiro de 2015.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. *Obesidade: uma perspectiva plural*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a24v15n1.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Genva, 2000. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva, 1995. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf> Acesso em: outubro de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Childhood overweight and obesity.* Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/> Acesso em: março de 2015.