

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA  
POLÍTICA**

Bárbara Michele Amorim

**NOVO CORPO, NOVA VIDA: O MERCADO DE CIRURGIA  
BARIÁTRICA EM PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA**

Tese submetida ao Programa de  
Pós-Graduação em Sociologia  
Política da Universidade Federal de  
Santa Catarina para a obtenção do  
título de Doutorado em Sociologia  
Política.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marcia da  
Silva Mazon

Florianópolis  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca  
Universitária da UFSC.

Amorim, Barbara Michele

Novo corpo, nova vida : o mercado de  
cirurgia bariátrica em perspectiva sociológica /  
Barbara Michele Amorim ; orientadora, Marcia  
da Silva Mazon, 2018.

213 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências  
Humanas, Programa de Pós-Graduação em  
Sociologia Política, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.



**Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política**

Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Campus Universitário - Trindade  
Caixa Postal 476  
Cep: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil  
E-mail: ppgsocpol@contato.ufsc.br

**“Novo corpo, nova vida: o mercado de cirurgia bariátrica em perspectiva sociológica”**

**Bárbara Michele Amorim**

Esta tese foi julgada e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pelos demais membros da Banca Examinadora, composta pelos seguintes professores.

Prof.ª Dr.ª Márcia da Silva Mazon  
(PPGSP/UFSC) – Orientadora/Presidente

Prof.ª Dr.ª Elaine da Silveira Leite

**Ernesto Seidl**  
Coordenador PG em Sociologia Política  
PPGSP/CEH/UFSC

Prof.ª Dr.ª Sandra Noemi Cucurullo De  
Caponi  
(PPGSP/UFSC)

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires  
(PPGE/UFSC)

Prof. Dr. Ernesto Seidl  
(Coordenador PPGSP/UFSC)



## AGRADECIMENTOS

Agradeço às professoras Elaine da Silveira Leite, Sandra Noemi Cucurullo de Caponi e ao professor Rodrigo Otávio Moretti-Pires, membros da banca de doutorado, pelas críticas, comentários e por me ajudarem a ver o quanto este trabalho pode se desdobrar em futuras pesquisas.

Esta tese foi realizada com o apoio financeiro, via bolsa de doutorado, da CAPES.

Agradeço à Marcia da Silva Mazon, por me aceitar como orientanda já no meio da trajetória do doutorado. Agradeço também por me estimular a realizar a pesquisa de maneira justa frente às minhas experiências e ao rigor sociológico necessário.

Aos meus familiares e amigos agradeço a paciência e o estímulo em sempre buscar o melhor de mim.

Agradeço especialmente ao Gabriel Bozzano pelos diálogos pessoais e científicos, mas, principalmente, pela nossa convivência diária.



## RESUMO

A ideia de urgência para tratar a obesidade e controlar o Índice de Massa Corporal (IMC) da população aparece como divulgação positiva, propaganda da cirurgia bariátrica e metabólica, sempre vinculada a sua excelência/eficiência, mesmo quando há possibilidade de complicações pós-cirúrgicas. Esta pesquisa pretendeu explorar o quanto a atuação médica e seu discurso nesse espaço abrangente de definições, soluções e interpretações sobre o tema joga um papel fundamental, os quais igualmente disputam nesse espaço o mercado simbólico da obesidade. Entendemos que a obesidade é disputada por diversas categorias profissionais da saúde como uma violência simbólica. Partindo da hipótese de que o cirurgião é mais ou tão importante no momento da produção discurso (veiculação de informações em *blogs*, *sites* e Facebook) que antecede a cirurgia quanto no momento da prática no campo, pretendemos compreender como a cirurgia bariátrica é legitimada pelos diversos atores (cirurgiões, endocrinologistas, psicólogos, nutricionistas e pacientes), como estes discursos circulam pelas mídias sociais e analisar alguns aspectos dos sentidos e riscos negociados entre saúde e doença. Nosso trabalho, com o auxílio dos autores da NSE, posicionou-se em oposição a duas frentes: a primeira é a da Nova Economia Institucional e sua pressuposição do ator racional; a segunda é a racionalização da saúde com sua noção de risco. Tanto em uma abordagem como em outra, os indivíduos agiriam apenas de forma racional diante da obesidade e fariam a cirurgia como forma de diminuir os riscos. O que essas análises não questionam é como o risco é criado e se torna um quadro cognitivo legitimado; igualmente não articulam os fatores sociais (como o estigma), históricos e políticos na análise sobre a tomada de decisão frente à cirurgia. De uma forma ou de outra – aceitando ou não a cirurgia como legítima –, todos os atores envolvidos sofrem a pressão do campo. Pudemos observar a reprodução dos termos, vantagens e conhecimentos científicos pelo pacientes/clientes nos grupos do Facebook. Constatamos igualmente o uso de imagens para exemplificar e mostrar as transformações do corpo pré e pós-cirurgia – o conhecido “antes e depois”, que tem sua origem nos livros didáticos da área médica e que passaram ao uso público de pessoas candidatas à cirurgia ou recém-operadas. Esses usos são manifestações visíveis da imposição simbólica do saber médico.

**Palavras-chave:** Mercado; Cirurgias bariátricas; Facebook.





## ABSTRACT

The idea of urgency to treat obesity and control the body mass index (BMI) of the population appears as positive publicity, advertisement of bariatric and metabolic surgery, always linked to its excellence / efficiency, even when there is possibility of post-surgical complications. This research aimed to explore how the medical practice and its discourse in this comprehensive space of definitions, solutions and interpretations on the subject plays a fundamental role, which also compete in this space : symbolic market of obesity. We understand that obesity is disputed by several professional health categories such as symbolic violence.

Based on the hypothesis that the surgeon is more or more important at the time of the speech production (posting of information on blogs, sites and Facebook) that precedes the surgery and when the practice in the field, we intend to understand how bariatric surgery is legitimized by the various actors (surgeons, endocrinologists, psychologists, nutritionists and patients), as these discourses circulate in social media and analyze some aspects of the meanings and risks negotiated between health and disease. Our work, with the help of the authors of the NSE, has stood in opposition to two fronts: the first is the New Institutional Economy and its presupposition of the rational actor; the second is the rationalization of health with its notion of risk. In one approach as in another, individuals would act only rationally in the face of obesity and would do the surgery as a way to reduce the risks. What these analyzes do not question is how risk is created and becomes a legitimated cognitive framework; also do not articulate social factors (such as stigma), historical and political factors in the analysis of decision-making in the face of surgery. In one way or another (accepting surgery as legitimate), all the actors involved are under pressure from the field. We were able to observe the reproduction of terms, advantages and scientific knowledge by the patients / clients in the Facebook groups. We also note the use of images to exemplify and show the changes in the pre and post-surgery body – the so-called 'before and after' that originates in the textbooks of the medical area and that have passed to the public use of people who are candidates for surgery or recently operated. These uses are visible manifestations of the symbolic imposition of medical knowledge.

**Keywords:** Market; Bariatric surgery; Facebook.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Técnica Bypass gástrico.....	77
Figura 2: Técnica Banda gástrica ajustável. ....	78
Figura 3: Técnica Gastrectomia vertical.....	79
Figura 4: Técnica Duodenal Switch. ....	80
Figura 5: Planta baixa da distribuição das salas no XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da SBCBM em 2017.	115
Figura 6: Imagem de capa do grupo Bariatricados – tire suas dúvidas. ....	137
Figura 7: Imagem de capa do grupo Bariátrica sem censura.....	137
Figura 8: Imagem expandida da capa do grupo Bariátrica sem censura. ....	138
Figura 9: Imagem de capa do grupo Bariátrica – Realizando sonhos para uma vida nova!.....	138
Figura 10: Imagem de capa do grupo Bariátricos bem informados ....	139
Figura 11: Imagem expandida da capa do grupo Bariátricos bem informados.....	139
Figura 12: Imagem de capa do grupo Reganho de peso X Segunda bariátrica.....	140
Figura 13: Imagem de capa do grupo Gastroplastia/Bariátrica/Redução de Estômago.....	140
Figura 14: Imagem de capa do grupo Bariatrica/Dúvidas, antes e depois. ....	140
Figura 15: Imagem de capa do grupo Bariatricando saudável. ....	141
Figura 16: Imagem de capa do grupo Bariatricando sem censura..	141
Figura 17: Imagem das regras do grupo do Facebook. ....	142
Figura 18: Imagem das regras do grupo do Facebook. ....	142
Figura 19: Imagem da apresentação de uma participante do grupo do Facebook. ....	145
Figura 20: Imagens de antes e depois do manual didático. ....	154
Figura 21: Imagens de antes e depois publicadas no grupo do Facebook - resultado da cirurgia reparadora de braço.....	155

Figura 22: Imagens de antes e depois publicadas no grupo do Facebook – resultado da cirurgia reparadora abdominal.....	155
Figura 23: Imagens de antes e depois publicadas no grupo do Facebook – foto de perfil.....	156
Figura 24: Imagens de antes e depois publicadas no grupo do Facebook – selfies. ....	156
Figura 25: Imagens de antes e depois publicadas no grupo do Facebook – roupas largas. ....	157

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Formas de acesso à cirurgia. ....	84
Gráfico 2: Quantidade de cirurgias realizadas anualmente de 2003 a 2015. .....	85
Gráfico 3: Percepção sobre o início da obesidade.....	88
Gráfico 4: Classificação dos pacientes por sexo. ....	89
Gráfico 5: Distribuição de cirurgias realizadas por planos de saúde.....	91
Gráfico 6: Tipo de cirurgia submetida pelos respondentes ao questionário. .....	146
Gráfico 7: Idade dos respondentes ao questionário. ....	147
Gráfico 8: Ano da realização do procedimento cirúrgico dos respondentes ao questionário. ....	149
Gráfico 9: Grau de escolaridade dos respondentes ao questionário. ...	150
Gráfico 10: Renda média familiar dos respondentes ao questionário.	151



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Tabela de classificação de IMC.....	40
Quadro 2: Normas de acompanhamento ao paciente. ....	69
Quadro 3: Consultas de acompanhamento no pós-cirúrgico. ....	70
Quadro 4: realização de cirurgias bariátricas por região, de 2010 a maio de 2016. ....	87
Quadro 5: Distribuição da obesidade e excesso de peso entre os anos de 2006 e 2016. ....	90
Quadro 6: Tabela Naturalidade dos respondentes ao questionário.	147





## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica  
ANM – Academia Nacional de Medicina  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CAISAN – Câmara Governamental Intersecretarial de Segurança Alimentar e Nutricional  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CFN – Conselho Federal de Nutrição  
COESAS – Comissões de Especialidades Associadas  
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS  
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IMC – Índice de Massa Corporal  
NSE – Nova Sociologia Econômica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PIB – Produto Interno Bruto  
PLANSAN – Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional  
POF – Pesquisa de Orçamento Familiar  
SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgias Bariátricas e Metabólicas  
SIH-SUS – Sistema de Informação Hospitalar do SUS  
SUS – Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
Hipótese e Objetivo Geral .....	28
Objetivos Específicos .....	28
Procedimentos Metodológicos e Capítulos.....	28
<b>1 RELAÇÃO SAÚDE E MERCADO</b> .....	<b>35</b>
1.1 Sociologia em diálogo com a saúde e o Brasil: a obesidade como um problema .....	35
1.1.1 Índice de Massa Corporal: o surgimento do risco.....	39
<b>2 SOCIOLOGIA ECONÔMICA</b> .....	<b>55</b>
2.1 O mercado e suas Características.....	55
2.2 Quando o Estado cria o mercado: o mercado das cirurgias bariátricas e metabólicas .....	58
2.2.1 As Técnicas.....	75
2.2.2 Novas Técnicas .....	81
2.3 Bariátricas: um mercado em ascensão.....	83
<b>3 PODER MATERIAL E SIMBÓLICO: REIFICANDO O SABER MEDICO</b> .....	<b>97</b>
3.1 Contexto e História da medicina.....	97
3.2 A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica .....	105
3.3 Divulgação da doxa: Relato do Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica 2017 .....	113
3.4 Consensos e dissensos .....	128
<b>4 BORBOLETANDO: OS GRUPOS DO FACEBOOK</b> .....	<b>133</b>
4.1 O ciberespaço e a negociação da cirurgia .....	133
4.2 O Facebook, os grupos e A cirurgia bariátrica.....	137
4.2.1 O perfil dos participantes .....	146

4.2.1.1	Motivação/histórias de vida .....	151
4.2.2	O recurso do “antes e depois” .....	153
4.2.3	Disputa simbólica: a corrida pelos laudos .....	158
4.2.4	O grupo de apoio e os principais temas abordados.....	162
4.2.4.1	Preço/valor .....	163
4.2.4.2	Apoio ou exclusão familiar .....	164
4.2.4.3	Prestação de Serviços.....	165
4.2.4.4	Vendas/doações.....	167
4.2.4.5	Confirmação/negação das receitas médicas/nutricionais e exames .....	168
4.2.4.6	O pós-cirúrgico.....	169
4.2.4.7	Dumping .....	170
4.2.4.8	Complicações .....	171
4.2.4.9	A Morte .....	173
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>175</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>179</b>
	<b>ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética .....</b>	<b>197</b>
	<b>ANEXO B – Declaração de Consentimento livre-esclarecido.....</b>	<b>199</b>
	<b>ANEXO C – Lista de grupos acompanhados no Facebook.....</b>	<b>203</b>
	<b>ANEXO D – Questões do questionário autoaplicado .....</b>	<b>205</b>
	<b>ANEXO E – Quadro comparativo das Portarias do CFM para cirurgia bariátrica .....</b>	<b>207</b>

## INTRODUÇÃO

Desde a década de 1920, a gordura corporal se tornou objeto específico de pesquisas científicas. Cresceu o interesse pelas causas da obesidade tão bem como com quais outras doenças a gordura estaria relacionada e como combatê-las. Os métodos de perda de gordura corporal já passaram por massagens, banhos, uso de espartilhos, dietas, controle energético, exercícios específicos etc. (VIGARELLO, 2012). No ato extremo, o gordo ou obeso, para ser controlado, tem um pedaço do seu estômago retirado num procedimento cirúrgico que o impeça de colocar mais alimento dentro de sua boca.

O termo “cirurgia bariátrica” engloba todas as cirurgias no aparelho digestivo (gastrectomias<sup>1</sup> e gastroplastias<sup>2</sup>, com e sem derivação intestinal) que têm como objetivo o tratamento da obesidade. A cirurgia bariátrica inclui também o adjetivo “metabólica” por sua importância na diminuição das doenças que são causadas, agravadas ou mesmo que tem seu controle ameaçado pela obesidade – como o diabetes e a hipertensão –, também chamadas de comorbidades<sup>3</sup>.

Cobrimdo este grande espectro de novos sentidos sobre o tema, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2006) define a cirurgia como: “Conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, com ou sem uso de órteses<sup>4</sup>, destinadas à promoção de redução ponderal e ao tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas pela obesidade”.

O interesse público sobre o tema, apontado em editorial do jornal Folha de São Paulo (2016), afirma que “[...] o gasto anual estimado do SUS com a obesidade é de R\$ 460 milhões, distribuídos em internações por diabetes, hipertensão, problemas cardiovasculares e cirurgias bariátricas”. Igualmente circulam nos livros e artigos quais os perigos e riscos que a obesidade traz aos pacientes. Não é raro frases do tipo: “Depois do tabagismo a obesidade é considerada, hoje, a 2ª causa de morte passível de prevenção.” (TAVARES et al., 2011, p. 112); “Para o obeso mórbido, o risco de morte prematura dobra quando comparado à

---

<sup>1</sup> Remoção total ou quase total do estômago.

<sup>2</sup> Intervenção cirúrgica plástica para correção de deformidades do estômago.

<sup>3</sup> Presença ou associação de duas ou mais doenças numa mesma pessoa.

<sup>4</sup> Aparelho ortopédico de uso externo que se destina a compensar ou corrigir a alteração morfológica de um membro, de parte de um membro, de um órgão ou a deficiência de uma função.

obesidade classe II.” (KELLES; MACHADO; BARRETO, 2014, p. 261); “[...] pacientes obesos e com obesidade grave, também chamada de obesidade mórbida, têm esse risco magnificado, com aumento expressivo da mortalidade (250% em relação a pacientes não obesos).” (MANCINI, 2006, p. 1); “Estar acima do peso significa um risco até 28% maior de ter um ataque cardíaco, mesmo se todos os exames estiverem bons — como níveis de açúcar no sangue, colesterol e pressão arterial, por exemplo.” (PAINS, 2017).

A ideia de urgência para tratar a obesidade e controlar o Índice de Massa Corporal (IMC) da população aparece como divulgação positiva, propaganda da cirurgia, sempre vinculada a sua excelência/eficiência, mesmo quando há possibilidade de complicações pós-cirúrgicas. A relação vantagem/desvantagem sempre está a favor da cirurgia. Ao fazer um estudo dos artigos científicos da área, Oliveira (2007) conclui que academicamente a cirurgia é considerada o método mais eficaz no tratamento da obesidade em longo prazo, visto que o tratamento convencional (não cirúrgico) apresenta 95% de pacientes que recuperam o peso em dois anos.

Assim como os médicos estudam e publicam estudos sobre a cirurgia bariátrica, ela é igualmente tema e preocupação de pacientes; eles circulam suas informações, dúvidas e testemunhos pelas redes sociais como veremos no quarto capítulo desta tese. Eles fazem parte do que a literatura nomeia como “paciente informado”.

A expressão “paciente informado”, ou “paciente *expert*”, nos auxiliam a situar essa discussão. Os termos dizem respeito ao paciente que – a partir de informações retiradas dos meios de comunicação e do convívio (*on-line* e *off-line*) com outros portadores da mesma doença – considera-se entendido sobre determinado assunto. Ou seja, é o fenômeno recente em que muitos pacientes antes da visita ao médico acessam redes sociais em busca de informação sobre sua doença e possíveis prescrições médicas para o seu caso (PEREIRA NETO et al., 2015). Em última instância, esse paciente pode confrontar o saber médico (a principal característica do domínio desta profissão).

Uma das questões levantadas por esse fenômeno é com relação ao grau de autonomia possível nesta situação: o processo de difusão de informações via *sites* e *blogs* amplia a autonomia dos pacientes ou promove uma onda de novos estilos de dominação através dos saberes biomédicos instituídos? Destacamos aqui a pesquisa realizada a respeito do paciente informado (PEREIRA NETO et al., 2015) onde a grande questão discutida pelos autores é se a profissão médica perde sua

dominação à medida que seus pacientes se tornam mais informados ou, se ao contrário, o discurso biomédico ganha ainda mais força.

Durante a análise, três características chamam atenção: primeiro, as comunidades *on-line* funcionam como uma rede social de apoio entre seus membros. “Ela oferece um ambiente no qual as pessoas que compartilham um estado patológico podem socializar seus medos e aflições” (PEREIRA NETO et al, 2015, p. 1661). A segunda característica é que esse espaço de compartilhamento de informações contribui para o empoderamento desses sujeitos, estimulando a prática do autocuidado. A terceira, e última característica, está relacionada com a relação médico-paciente. O que os autores puderam perceber é que as críticas ao médico e seus saberes só acontecem como reação “[...] diante da negligência, ignorância e desrespeito dos profissionais” (PEREIRA NETO et al, 2015, p.1665).

A conclusão dos autores: “[...] embora seja possível observar tensões pontuais entre o ‘paciente informado’ e o profissional de saúde, os saberes médicos parecem não ter perdido a validação ideológica sobre o mundo do cuidado em saúde” (PEREIRA NETO et al, 2015, p. 1668). Em outras palavras, o paciente informado pressupõe e reafirma o saber médico.

Esta pesquisa pretendeu explorar o quanto a atuação médica e seu discurso nesse espaço abrangente de definições, soluções e interpretações joga um papel fundamental, os quais igualmente disputam nesse espaço um mercado simbólico da obesidade. O que se estudou nessa tese foi como se construiu a produção da crença no produto cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil.

Bourdieu, ao tratar sobre a violência simbólica, a caracteriza como uma forma de coerção que se institui unicamente pelo intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de dar ao dominante, quando, para pensá-lo, o dominado dispõe apenas dos instrumentos de conhecimento que tem em comum com o dominante, o que faz esta relação parecer natural. A doxa<sup>5</sup> é mobilizada pelos dominantes no campo

---

<sup>5</sup> O termo “doxa” vem dos gregos: Platão fala em doxa como opinião oposta à ciência, Husserl retoma o termo como forma de relação com o mundo, ainda sem conotação negativa; Shütz fala em parcela evidente própria da experiência ordinária não questionada, tomada como natural. Bourdieu questiona estas visões anteriores como a-históricas, pois ignoram relações de poder no seu processo de construção. A doxa para Bourdieu contém um sentimento de familiaridade ajustando o *habitus* à estrutura objetiva como história feita corpo e contribui para

e apropriada pelos dominados como evidência natural, “sendo assim mesmo”, consensualmente verdade.

É nesse sentido que a violência simbólica é mobilizada pelos profissionais de saúde que se tornam autorizados a se impor sobre os corpos e os sentidos das pessoas que buscam respostas, segundo Vigarello (2012), às exigências atuais da magreza e à denúncia do gordo como mau.

A exigência de magreza continua sendo uma norma da aparência, mas a denúncia do gordo vira indicador de ameaça sanitária. A origem desses problemas, sobretudo, é diferente: cultural no primeiro caso, com seu código de silhueta e comportamento, e econômica no segundo, com sua percepção de risco coletivo (VIGARELLO, 2012, p. 324-325).

O alarme desta situação é definido a partir da transição nutricional: passamos de uma era em que predominava a fome para outra em que predomina a obesidade. Mesmo que a falta de alimentos tenha sido um problema mundial por séculos, hoje a obesidade é considerada um fardo global mesmo sem a eliminação da fome (NUTRANS, 2016; POPKIN, 1999). Constrói-se paulatinamente a obesidade como problema de saúde pública, com demandas do Estado em controlá-lo como uma nova ameaça que pode atingir as populações<sup>6</sup>.

O intuito desta pesquisa foi refletir sobre como a sociedade radicaliza ainda mais os padrões e coloca a figura do corpo opulento como criticável e passível de transformação. Obviamente que esta é uma questão muito ampla. O recorte eleito para nossa análise foi de que

---

reproduzir a ordem existente. Opõe-se à ideologia no sentido que ignora o mecanismo de dominação de ordem simbólica (THIRY-CHERQUES, 2006).

<sup>6</sup> Não podemos negar a influência direta da reestruturação do capitalismo na construção desses novos corpos e problemas. Boltanski e Chiapelo (2009), ao analisarem as transformações nos espíritos do capitalismo, sugerem que vivemos hoje em um mundo conexcionista, em uma cidade por projetos. Nessa configuração, são necessárias novas capacidades no mundo do trabalho, como flexibilização seja dos percursos laborais, do tempo, e, por que não, dos corpos. Cada vez mais os indivíduos precisam estar prontos para novos desafios e estilos de trabalho e de vida, novos projetos. É necessário um corpo ágil, adaptável, flexível. A análise completa sobre a cidade por projetos está em: BOLTANSKI, Luc; CHIAPELO, Ève. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.



maneira médicos, profissionais da saúde e seus discursos contribuem para construir e legitimar a cirurgia bariátrica como procedimento cirúrgico possível e necessário.

A cirurgia bariátrica é realizada no Brasil desde 1974 (RAMOS, 2016). A diferença é que atualmente mais pessoas a procuram como forma de combater a obesidade. Em 2017 foram mais de 105.000 cirurgias realizadas no Brasil (ALVES, 2018). Esse número é bastante alto, visto que em 2003 foram apenas 16.000 (SBCBM, 2014). No total o Brasil realizou, de 2003 a 2015, mais de 665.000 cirurgias.

Ramos (2016), retirando dados do DATASUS<sup>7</sup>, afirma que existem em média 4.500.000 brasileiros indicados a realizarem a cirurgia. O autor faz uma estimativa na qual seriam necessários 50 anos para que todos esses indicados fossem submetidos à cirurgia, dentro da média de 90 mil cirurgias ao ano. Essa estimativa não leva em consideração os grupos sociais que ao longo dos 50 anos desenvolverá a doença e entrará no grupo de indicados. De acordo com estudos publicados em 2011, naquele ano já existiam meio bilhão de pessoas obesas em 199 países (FREEDMAN, 2011). Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2025 serão 2,3 bilhões de pessoas com sobrepeso e 700 milhões de obesos (ABESO, 2017).

O Brasil acompanha essa tendência e já apresenta mais de 50% da população acima do peso, incluindo obesidade e sobrepeso. O último levantamento oficial feito pelo IBGE entre 2008/2009 (Pesquisa de Orçamento Familiar – POF) apontou o aumento do sobrepeso entre os adultos (20 anos ou mais): 50,1% entre os homens e 48% entre as mulheres (ABESO, 2017; FREEDMAN, 2011).

A literatura acadêmica alimenta esta ideia afirmando que a intervenção cirúrgica é a melhor opção a médio e longo prazo. Os canais midiáticos contribuem ao mostrar sempre a saúde e beleza a partir das pessoas magras e fazendo das pessoas gordas um ser a ser estudado e compreendido. Em geral, os mecanismos de coesão social colocam o gordo como um patológico, aquele que não consegue se controlar e controlar sua vida e seu corpo. É nesse espaço que a cirurgia tem seu caráter ambíguo: ela “diminui” a obesidade, porém realça o estigma social<sup>8</sup> vinculado à “incapacidade” do obeso: submeter-se ao

---

<sup>7</sup> DATASUS é o departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.

<sup>8</sup> De acordo com Erving Goffman, estigma é qualquer característica, física ou não, que não condiz com o que é socialmente aceito como “normal”. Em suas

procedimento cirúrgico para emagrecer seria reconhecer a incapacidade de fazê-lo sem intervenção.

No Sistema Único de Saúde (SUS), pacientes que desejam fazer a cirurgia precisam dispor-se a permanecer dois anos tentando emagrecer pelos métodos “tradicionais” (alimentação, atividade física e remédios). Este procedimento ao final dá direito a um atestado de impossibilidade do atingimento do peso ideal e então a cirurgia entra em cena. O outro extremo é o setor privado, que oferece a cirurgia com pouco ou quase nenhum acordo intermediário, inclusive para pessoas apenas com sobrepeso e que não passaram por tratamentos não invasivos prévios.

É necessário ter o mapeamento do campo para podermos compreender as disputas de poder. Num primeiro olhar ao tema, destacou-se a atuação do profissional da saúde, em particular, o cirurgião, com capital simbólico suficiente para convencer o paciente pela cirurgia. Porém, podemos observar que, no momento da consulta com o cirurgião, o paciente já está convencido da cirurgia e domina parte do vocabulário médico que a justifica. Então, nesse sentido, mais do que os atores, propomos como eixo norteador da pesquisa compreender os discursos e os meios (de comunicação) por onde circulam os discursos em torno da obesidade e cirurgia bariátrica.

Propomos nesta pesquisa tratar o mercado das cirurgias bariátricas como um campo. Conforme Bourdieu (2005), o campo se faz a partir de disputas. Este processo de disputa – seja por legitimidade, preferência no mercado ou ganho financeiro – constitui a dinâmica interna do mercado. Por essa razão, o conceito de campo (econômico e científico) nos permite visualizar a dinâmica entre os atores. O referencial da Sociologia Econômica permite vislumbrar as tensões que povoam este espaço das cirurgias bariátricas tão bem como as relações de poder e de que forma estas relações se hierarquizam em torno da disputa pela definição do risco.

No mercado de cirurgias bariátricas, entendemos esse espaço como “[...] um campo de ação socialmente construído onde se afrontam agentes dotados de recursos diferentes” (BOURDIEU, 2005, p. 33). Nesse sentido, acreditamos que os indivíduos mobilizam diferentes capitais e recursos para dar sentido a cirurgia, ou seja, os diferentes atores disputariam a apropriação de seu capital específico mediante estratégias que são determinadas pela sua posição na estrutura social e a quantidade

---

palavras: “[...] a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos”. GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982. p. 13.

de capital ou recurso disponível para tanto. Para Bourdieu (2005), o capital se classifica em: financeiro, comercial, simbólico e tecnológico, que no campo estão distribuídos de diferentes formas. Assim, as estratégias de luta não seriam definidas unicamente pelo livre interesse dos agentes pela cirurgia, nem tampouco pelo cálculo estritamente utilitarista, mas estariam condicionadas à pressão estrutural do campo, bem como à posição relacional do agente em relação aos demais parceiros.

O discurso oficial da categoria médica se baseia majoritariamente nos critérios de risco. Como na contemporaneidade, a ideia de indivíduo é caracterizada pela autonomia, independência e atomização, eles devem ser autônomos, mas deter conhecimento o suficiente para fazer escolhas racionais para contenção dos riscos. Os indivíduos são levados a crer na individualidade das escolhas e ações, mesmo estando intimamente ligados a padrões já definidos de saúde e bem-estar.

Ainda na reflexão sobre riscos na Sociologia Econômica, Zelizer (1978) traz pistas para esta pesquisa. Esta autora mostra como os seguros de vida foram inicialmente recusados pela sociedade ao final do século XIX já que eles significavam intervenção no valor sagrado da vida. É a partir do início do século XX e no contexto de passagem de uma sociedade organizada de maneira comunitária (baseada em relações de vizinhança e parentesco) para a sociedade industrial baseada nas modernas instituições burocráticas que o discurso em torno da legitimação da valoração da vida passa a ser renegociado. Com o suporte da igreja (que não tinha mais como apoiar os fiéis e seus enterros), emerge um discurso que redefine tanto a vida, a morte como o dinheiro. Um valor sagrado passa a ser atribuído ao dinheiro. A imagem projetada pela igreja e pelas companhias de seguro é aquela dos fiéis que ao realizar o seguro de vida não deixam os seus familiares desamparados quando da sua morte. Neste sentido, a negociação em torno dos riscos é um processo social no qual diferentes atores participam. Nossa reflexão é sobre a cirurgia bariátrica enquanto uma negociação em torno dos riscos do processo saúde/doença.

Nosso trabalho, com o auxílio dos autores da NSE, posicionou-se em oposição a duas frentes: a primeira é a da Nova Economia Institucional e sua pressuposição do ator racional; a segunda é a racionalização da saúde com sua noção de risco. Tanto em uma abordagem como em outra, os indivíduos agiriam apenas de forma racional diante da obesidade e fariam a cirurgia como forma de diminuir os riscos. O que essas análises não questionam é como o risco é criado e

se torna um quadro cognitivo legitimado; igualmente não articulam os fatores sociais (como o estigma), históricos e políticos na análise sobre a tomada de decisão frente à cirurgia. De uma forma ou de outra (aceitando ou não a cirurgia como legítima), todos os atores envolvidos sofrem a pressão no mercado.

## **Hipótese e Objetivo Geral**

Partindo da hipótese de que o cirurgião é mais ou tão importante no momento da produção discurso (veiculação de informações em blogs, *sites* e *Facebook*<sup>9</sup>) que antecede a cirurgia quanto no momento da prática no campo, pretendemos compreender como a cirurgia bariátrica é legitimada pelos diversos atores (cirurgiões, endocrinologistas e pacientes), como estes discursos circulam pelas mídias sociais e analisar alguns aspectos dos sentidos e riscos negociados entre saúde e doença.

## **Objetivos Específicos**

- Mapear os atores que participam da legitimação do campo da cirurgia bariátrica no Brasil; profissionais da saúde como cirurgiões e endocrinologistas; pessoas que realizaram a cirurgia e participação do paciente informado.

- Analisar a história das cirurgias bariátricas no Brasil.

- Situar e analisar o contexto em que o Estado/planos de saúde passam a disponibilizar este procedimento.

- Mapear os discursos e fontes produtoras da justificativa das cirurgias bariátricas e suas contestações (revistas científicas, congressos, *sites* e *Facebook*).

- traçar o perfil dos participantes de grupos na rede social *Facebook* através de questionários autoaplicados.

## **Procedimentos Metodológicos e Capítulos**

A análise proposta nesta tese foi dividida em quatro etapas. A primeira etapa tratou de um levantamento bibliográfico e histórico da cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil. Nosso intuito foi compreender

---

<sup>9</sup> *Facebook* é uma mídia social e rede social virtual lançada em 4 de fevereiro de 2004, e hoje é considerada a maior rede social virtual do mundo, com mais de 1 bilhão de usuários ativos.

como o campo se configurou, quais foram as transformações e os marcos históricos desse objeto.

Apresentamos as discussões das ciências sociais para a temática da obesidade e como ela se transforma em um problema e risco à saúde dos indivíduos. Analisamos também a atuação do Estado na área da saúde, bem como as leituras sociológicas sobre o tema. Situamos as leis, regulamentos que versam sobre a cirurgia bariátrica e metabólica. Fazemos também um mapeamento do campo das cirurgias bariátricas tentando posicionar os atores como seus diferentes capitais (econômico, cultural científico), seus discursos e práticas.

Ao analisar a estrutura da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, nossa intenção foi averiguar como a instituição compreende a obesidade, como os profissionais associados se relacionam uns com os outros (visando compreender as disputas profissionais), como elaboram congressos e diretrizes, como agem e justificam procedimentos diante de pacientes que querem fazer a cirurgia.

Ressaltamos que em todos os momentos utilizamos a internet como fonte de informações e dados para a pesquisa, seja na etapa documental como nas etapas seguintes. Ao incorporarmos a internet, os sites e as redes sociais em nosso cotidiano, naturalizamos essa prática a ponto de não mais questionarmos seus significados culturais, sociais, bem como nosso envolvimento com essas tecnologias. O então chamado ciberespaço apresenta um caráter plástico, fluido, interativo e – porque não – democrático (na medida que a restrição, a priori, é o próprio acesso à rede internet) (REIS, 2015).

A segunda etapa foi a participação no XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da SBCBM, realizado em Florianópolis, em 2017. A participação gerou um relato etnográfico que focou principalmente na forma como os discursos eram formulados e apresentados durante as diversas atividades oferecidas no evento.

A terceira etapa foi uma pesquisa hemerográfica e netnográfica. Analisamos os grupos situados Facebook (site que funciona como uma rede de compartilhamentos de informações e interesses comuns) que acompanhamos durante mais de dois anos. Em um primeiro momento pudemos acompanhar seis grupos (Bariatricando sem censura, Bariátrica sem censura, Bariátrica uma nova vida, Redução de estômago, Obesidade & Bariátrica, Grupo de Cirurgia Bariátrica da Grande Florianópolis), depois outros surgiram e foram incorporados em nossa pesquisa (lista completa no anexo C). Nossa intenção foi captar os discursos que estão em disputa pelos diversos atores desse campo. O intuito foi observar de

que maneira o discurso médico surgia nas falas dos pacientes (participantes de grupos e blogs) e nas falas dos especialistas da área para compreendermos de que maneira ele aparece como justificção para as cirurgias e como ponderação do risco à saúde. Observamos igualmente as disputas em torno das justificativas entre cirurgiões, outros especialistas e os pacientes.

De acordo com Spaniol (2009, p. 114), a pesquisa hemerográfica permite observar o mundo da vida, pois as informações “[...] são a expressão do cotidiano dos atores sociais e institucionais”. Para o autor, a partir da investigação é que se definem os objetos e as variáveis que serão analisados. O tipo da fonte da hemerografia – sejam jornais, revistas e atualmente sites – permite “[...] captar o sentido ou o significado dessas variáveis para os próprios participantes do contexto” (SPANIOL, 2009, g. 112). Ao citar Erni Seibel, Spaniol (2009) afirma que a pesquisa hemerográfica constitui uma base de dados e informações sobre os fenômenos políticos e sociais. Seus principais aspectos estão vinculados ao fato de as mídias darem visibilidade a fenômenos e fatos; expressarem interesses e conflitos; e terem uma perspectiva global. Em nossa pesquisa incluímos também a questão de que as mídias permitem que façamos a análise da construção dos discursos e acompanhar a disputa por sua legitimidade.

A netnografia é a adaptação do método etnográfico para os ambientes digitais. Esse método ajuda a “[...] decompor e desvendar padrões de comportamento social e cultural” (FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2013, p. 168). Nele podemos fundamentar nossa análise das negociações simbólicas, práticas e conversações que acontecem nos grupos das redes sociais. Apesar das discussões relativas à nomenclatura do método, o importante nesse momento é entendermos a fluidez, contiguidade e atravessamento dos ambientes on-line e off-line (FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2013).

O processo de coleta de dados e análise dos grupos dentro da rede social virtual Facebook começou com a solicitação para fazer parte destes grupos. Em nenhum momento fui questionada quanto às minhas intenções e não afirmei estar fazendo pesquisa senão no momento em que apresentei e solicitei a colaboração dos participantes na aplicação do questionário. Este projeto contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, CAAE nº 82118118.6.0000.0121. A intenção inicial era “dar print” de todas as postagens (incluindo comentários) feitas no ano de 2016, dos dois grupos inicialmente selecionados. Eles haviam sido escolhidos por serem aqueles com maior número de membros e também

por me darem a possibilidade de analisar ao menos um grupo fechado e um aberto (durante a pesquisa, os dois grupos se tornaram “fechados”). Na primeira tentativa consegui concluir meu objetivo em apenas um grupo, pois haviam poucos membros e postagens. Já o outro apresentou mais de 100 postagens por dia (não sei se 100 postagens é a média diária, pois não consegui acompanhar o dia completo desses grupos, o servidor não tinha capacidade de memória para todas as postagens), além dos comentários nas postagens. Nesse momento percebi que essa metodologia seria inviável. Também seria impossível quantificar as postagens a partir das categorias que aparecessem.

Passei então a acompanhar a movimentação dos grupos e salvar as postagens relevantes e que apareciam com maior frequência. Minha observação participante/não participante (visto que estava como membro dos grupos, porém não interagia com os outros membros até a postagem do questionário) se restringiu a compreender as dinâmicas desses grupos e também as questões levantadas por seus membros. Tendo consciência de que muitas postagens foram feitas baseando-se na característica fechada<sup>10</sup> dos grupos, as citações diretas e explícitas do que é postado apenas será utilizada como recurso exemplar da maioria, pois a prioridade foi trazer considerações e exemplos genéricos do que acontece nesses espaços que pistas podem trazer sobre significados compartilhados tão bem como imposição de sentidos em relação ao campo das cirurgias bariátricas e metabólicas.

O objetivo não foi obter categorias e/ou conceitos prévios à análise, e sim tentar agrupar o que percebemos como concordâncias nas falas. O intuito foi compreender qual o discurso constrói a razoabilidade para a realização da cirurgia, quais os meios pelos quais os discursos circulam e como os pacientes os incorporam.

Além da observação dos grupos, propusemos um questionário autoaplicado para os participantes dos grupos do Facebook. Nessa quarta etapa, nosso objetivo foi fazer o rastreamento da trajetória desses participantes (as questões estão no anexo D). A expectativa era que os dados da profissão, relações pessoais e trajetória revelassem pistas quanto aos dispositivos mobilizados por cada um para negociarem os significados da cirurgia bariátrica tão bem como sua posição no campo em termos de capital cultural e capital econômico.

---

<sup>10</sup> Para além da discussão do público e privado nesses grupos, gostaria de ressaltar que alguns deles tem mais de 150 mil participantes.

Com os(as) pacientes, que já realizaram a cirurgia – ou pretendiam realizar, igualmente nos interessava a trajetória até a opção pela cirurgia, e dados como idade, peso, gênero, profissão, cidade onde mora etc. tão bem como sua visão de mundo, seu entendimento do que é saúde e o que é doença. A amostra de pacientes foi feita a partir da participação deles em grupos da rede social Facebook destinados à troca de experiências sobre a cirurgia. Foi utilizado o formulário on-line do Google para aplicação e os dados foram compilados no programa Excel.

Passamos dois meses fazendo o convite aos membros dos grupos para que participassem do questionário. Como os grupos são bastante dinâmicos e os usuários fazem postagens constantemente, percebemos a importância de publicar sobre o questionário mais de uma vez. Usamos o seguinte critério: para grupos com até 10 mil participantes, fazíamos o convite uma vez por semana, já os grupos de 10 mil a 50 mil participantes recebiam o convite a cada dois dias e os grupos com mais de 50 mil inscritos, recebiam um ou dois convites por dia. Durante essas solicitações para a participação no questionário, três grupos nos baniram/excluíram (sem se justificar, mas acreditamos que fomos muito insistentes e/ou quebramos alguma regra de postagem do grupo) impossibilitando nossa permanência e observação neles. Houve também cinco respostas duplicadas no questionário, que foram excluídas da análise.

Assim como os autores, nossa base metodológica se fundamenta em Bourdieu (2011), que explica a importância das oposições de ponto de vista. Para o autor, na justaposição de discursos e de estilos de vida favorece uma visão complexa do social, evidenciando diferentes classes, gerações, etnias, gêneros etc. “É preciso substituir as imagens simplistas e unilaterais (aquelas que sobretudo a imprensa veicula), por uma representação complexa e múltipla, fundada na expressão das mesmas realidades em discursos diferentes, às vezes inconciliáveis” (BOURDIEU, 2011, p. 11).

Pretendemos analisar nosso objeto em sua complexidade. Essa análise dos contextos, dos atores envolvidos, das disputas e dos textos exige vigilância epistemológica. Para além dessa vigilância, foi necessário estar sempre atento aos conceitos e técnicas a serem utilizados e situar a pesquisa como teoria e prática juntas. Dessa forma, concordamos com Bourdieu et al. (2009, p. 26) quando trata da diferença entre rigidez e rigor.

Em suma, a pesquisa é uma coisa demasiado séria e demasiado difícil para se poder tomar a liberdade



de confundir *rigidez*, que é o contrário inteligência e da invenção, com o *rigor*, e se ficar privado deste ou daquele recurso entre os vários que podem ser oferecidos pelo conjunto das tradições intelectuais da disciplina – e das disciplinas vizinhas: etnologia, economia, história.

O rigor metodológico proposto por Bourdieu et al. (2009, p. 26) que pressupõe “[...] uma extrema vigilância das condições de utilização das técnicas, da sua adequação ao problema posto e às condições do seu emprego”.

A tese foi dividida em quatro capítulos, respeitando as etapas já mencionadas. Dessa forma, o primeiro capítulo trouxe a apresentação do objeto e sua história. O segundo versou sobre as legislações e a forma como o Estado esteve envolvido com o mercado das cirurgias. O terceiro tratou sobre a construção do poder simbólico apropriado pelos médicos-cirurgiões, incluindo a etnografia do congresso como forma de divulgação da doxa. O quarto capítulo apresentou a pesquisa netnográfica e questionários autoaplicados, visando compreender a apropriação do discurso médico pelos paciente/clientes desse mercado.



## 1 RELAÇÃO SAÚDE E MERCADO

Segundo Poulain (2013b, p 237),

A ciência da obesidade é uma arena na qual se encontram interesses múltiplos – parcialmente contraditórios – que interagem. Sob esse ponto de vista, a obesidade, embora não seja a sua dimensão pluridisciplinar, é um tema de sociologia das ciências igual aos demais. Mas a amplitude do fenômeno, sua presença na mídia e a importância crescente no setor político incitam a aprofundar as condições de sua publicização, o estudo das relações que ela entretém com as agendas políticas e as maneiras pelas quais ela entra em ressonância com os imaginários sociais.

O tema da cirurgia bariátrica e metabólica é recente<sup>11</sup> e ainda pouco estudado pelas ciências humanas, mas seu pré-requisito – a obesidade – é discutido por diversas correntes teóricas no campo da sociologia, antropologia, história, psicologia.

Nossa proposta, para este capítulo, é trazer um pouco da história da construção do significado da obesidade enquanto doença e problema. Bourdieu (2012, p. 46) afirma que as estruturas de dominação são “[...] produto de um trabalho incessante (e, como tal, histórico) de reprodução, para o qual contribuem agentes específicos (entre os quais os homens, com suas armas como a violência física e a violência simbólica) e instituições, famílias, Igreja, Escola, Estado”. E somente podemos compreendê-la se “[...] nos mantivermos atentos aos efeitos duradouros que a ordem social exerce” (BOURDIEU, 2012, p. 50) nessa lógica paradoxal – espontânea e extorquida – de dominação e submissão. Também veremos como algumas das correntes teóricas das ciências humanas se posicionam e contribuem na construção do discurso contido no campo das cirurgias bariátricas e metabólicas.

### 1.1 SOCIOLOGIA EM DIÁLOGO COM A SAÚDE E O BRASIL: A OBESIDADE COMO UM PROBLEMA

---

<sup>11</sup> A prática cirúrgica tem sua expansão após os anos 2000.

De acordo com Vigarello (2012), desde muito cedo a gordura foi considerada um problema, como já mencionamos. O ponto de ruptura entre um problema estritamente estético e um problema de saúde se dá apenas a partir de 1920. Foi a junção de diversos fatores – medições, estatística, associação com outras doenças – que permitiu aos médicos intensificar a crítica ao corpo gordo e buscar desenvolver técnicas de emagrecimento.

A história do gordo está ligada a essas reviravoltas. O desenvolvimento das sociedades ocidentais promove o afinamento do corpo, a vigilância mais cerrada da silhueta, a rejeição do peso de maneira mais alarmada. O que transforma o registro da gordura, denegrindo-a, aumentando seu descredito e privilegiando insensivelmente a leveza. A amplitude de volume afasta-se cada vez mais do refinamento, enquanto a beleza se aproxima mais e mais do que é magro, esguio. (VIGARELLO, 2012, p. 10-11).

No século XI, “[...] apenas o abatimento dos muito gordos encarnaria então a imagem do excesso: a ‘verdadeira’ gordura é a que entrava a ponto de impedir a mobilidade” (VIGARELLO, 2012, p. 29). A gordura do corpo podia nessa época ser entendida de duas formas: uma vinculada à vivacidade e a outra à debilidade. Se o corpo gordo fosse denso e não limitasse os movimentos cotidianos, seu portador era visto como saudável, nutrido, encorpado; já a gordura “mole”, debilitante era entendida como consequência de excessos – muitas vezes vinculados aos pecados religiosos (VIGARELLO, 2012).

Ainda de acordo com Vigarello (2012), no século XVII o excesso de peso começa a ser entendido como doença, mas sempre na sua forma mais extrema. São casos particulares, fora do comum que chamam a atenção dos médicos. Podemos ver que a economia política do obeso, aqui, relaciona-se com as pretensões que a ciência tinha na época, que eram abrangentes quanto ao espectro de intervenções, de soluções possíveis para cada caso. Elas, ademais, estavam estritamente vinculadas ao discurso sobre o corpo obeso e a percepção do lugar dele nessa sociedade.

Ainda nessa época as avaliações não eram baseadas no peso, mas no que era sensível aos olhos. É o século XVIII que traz as medições. Mas vale a ressalva de Vigarello (2012, p. 145):

A presença do número deve ser, porém, fortemente ressaltada, ainda que bem distante de qualquer avaliação de gordura. É o marco inicial de um princípio ainda hesitante, o de pesar e repesar as “coisas” do corpo e comparar os resultados. Marco tanto mais importante porquanto está em jogo o cuidado com o peso corporal.

Nesse momento da história, ainda as medições são fundamentais para avaliar o excesso de corpulência e a funcionalidade do corpo. Nota-se mais cuidados com o corpo e a preocupação em equilibrar ingestão e excreção. Ainda nessa época a obesidade é chamada de corpulência e a doença é genérica. A partir do momento que se complexificam as medições e a medicina sistematiza seus conhecimentos, a noção sobre a corpulência/obesidade se modifica (VIGARELLO, 2012).

Antoine Furetière recorre a ela na segunda edição do seu *Dicionário* em 1701[...]: “termo da medicina. Estado de uma pessoa carregada demais em carnes e gordura”. [...] Como mostram os comentários a respeito nos tratados médicos: a gordura não é mais simples excesso quantitativo que a sobriedade deve evitar, mas sim desordem, degradação interna, com seus estágios e focos. É desequilíbrio e teria suas particularidades, supondo desenvolvimentos, acelerações, recuos. [...] na década de 1760, a *Enciclopédia*, que define obesidade como “corpulência excessiva” que revela uma “doença oposta ao marasmo”. O objeto, pela primeira vez, é com efeito uma enfermidade específica, uma desordem que não se resume a uma simples questão de acúmulo ou eliminação. (VIGARELLO, 2012, p. 164).

Em 1777, Buffon projeta o que seria a primeira escala numérica de gordura corporal. Ele o faz tendo em vista a uma física social pretendida por um Estado centralizado. Mas as escalas e medidas não são sobre o peso, e sim sobre as circunferências e volumes (VIGARELLO, 2012).

A questão do peso se sobrepõe às outras somente a partir da imposição da estatística nas análises. Vigarello (2012, p. 195) afirma que “[...] o número transforma o instrumental da mente” e que o registro minucioso desses números permite então que se observem as relações entre peso, altura, gênero, idade. A partir dos estudos de Auguste Quételet

(em torno de 1832), se torna possível calcular as variações em relação a média real, os corpos como são. Mas a ressalva histórica ainda prevalece,

[...] temos que evitar ler esses números com os olhos de hoje: nenhum deles parece ter sido concebido para orientar qualquer estratégia individual de emagrecimento. Mesmo assim, constituem percepções inéditas, enquanto comparações numeradas, escalas e gradações do corpo. (VIGARELLO, 2012, p. 197).

O século XIX é marcado por categorizações e acentuação das nuances de gorduras com o objetivo de tornar científico o conhecimento afastando-se do saber popular. A partir dos estudos sobre fisiologia, química e patologia se torna possível compreender os tipos, bem como os mecanismos de queima e acúmulo de gordura.

Estabelece-se uma ruptura, sempre centrada mais no mecanismo das combustões orgânicas. O corpo, que vira máquina de queimar, sugere outra fonte para a adiposidade, com a gordura sendo substância “não queimada”. O que permite, por fim, transformar a visão da obesidade e das terapias, até apresentar novas lógicas do emagrecimento como inevitáveis. (VIGARELLO, 2012, p. 220).

Nessa busca por um saber científico frente ao popular, surge a diferenciação de dois tipos de gordura: um tipo decorrente de excesso e acúmulo de alimentos e outro resultante de carência ou ineficiência do “combustível” (força e utilização do fogo vital). Daí a possibilidade de mensuração pelo médico, que tinha como principais sintomas a “[...] a falta de ânimo, de fogo, uma incapacidade orgânica alojada no coração dos órgãos, uma insuficiência combustiva que provoca o acúmulo gorduroso por falta de oxigenação” (VIGARELLO, 2012, p. 267).

Poulain (2013) argumenta que esse processo de medicalização da vida vai contribuir significativamente para que a obesidade se tornasse objeto de interesse dos profissionais de saúde. A medicalização “[...] é um processo contínuo, no qual o percurso pelas questões social e moral desaparece aos poucos, em proveito de uma ordem racional, fundamentada pela ciência” (POULAIN, 2013, p. 158). Nesse sentido, as questões que antes eram entendidas a partir de lógicas práticas passam a ter como referência a ciência médica e suas conclusões. Isso faz parte do

que Bourdieu nomeia como processo de institucionalização da ciência: conforme amplia-se o sistema escolar, as práticas passam a ser domínio e autorizadas por profissionais especialistas (BOURDIEU, 2008). É nessa transformação que o excesso de gordura deixaria de ser uma questão moral e estética e se tornaria uma doença em si.

A medicalização da obesidade substitui as causas morais de desvalorização do sobrepeso por razões médicas. Os riscos que a obesidade e o sobrepeso apresentam à saúde acabam por justificar a luta contra a obesidade. A medicalização pode parecer um progresso, pois libera o obeso do olhar moralizador ao torna-lo um “doente” ou então alguém que tem grande possibilidade de se tornar um doente e que se deve, portanto, ajudar e tratar. (POULAIN, 2013, p. 158).

A pessoa obesa deixa então de ser culpada para ser doente. E como a medicina se obriga a tratar e curar as doenças, nada mais sensato que incluir esses pacientes na agenda de preocupações. Poderemos visualizar mais adiante como a preocupação com os obesos enquanto doentes tem um limite: a culpabilização do reganho de peso.

### **1.1.1 Índice de Massa Corporal: o surgimento do risco**

O IMC é o instrumento de classificação de obesidade atualmente, mas nem sempre foi assim. Antes de 1995, vários eram os métodos para a verificação da corpulência que se complementavam: o peso ideal para determinada altura, a relação da altura com os quadris, as pregas cutâneas e diferentes versões da relação peso/altura (P/A)<sup>12</sup>. A questão é que não havia um consenso de qual melhor método e isso gerava um problema de ordem metodológica. Os diversos estudos realizados ao redor do mundo não tinham como ser comparados, visto que seus métodos não eram os mesmos. Por isso, em 2000, o IMC foi estabelecido pela OMS como a avaliação universal da obesidade. Mas não sem ressalvas:

O método utilizado para fixar os graus do índice de Quetelet é em grande parte arbitrário. Em sua essência, esse método consistiu na observação da

---

<sup>12</sup> Ressaltamos que esses outros métodos ainda existem e são muitas vezes mais eficazes para determinar a composição corporal e de gordura no corpo.

relação entre mortalidade e o índice de Quetelet: o grau de 30 corresponde ao ponto de inflexão da curva. Nessa área, os estudos são geralmente envoltos em um certo número de insuficiências metodológicas, [...] a maioria deles tendo sido realizados com sujeitos que habitam na Europa ocidental ou nos Estados Unidos da América (OMS, 1995 apud POULAIN, 2013b, p. 182).

O que os especialistas queriam deixar claro é que o IMC homogeneiza o critério para se fazer pesquisa epidemiológica, mas que para cada caso individual ele é apenas mais um instrumento (POULAIN, 2013b). Principalmente por não estabelecer o índice de gordura corporal, e sim a relação peso total e altura. O quadro a seguir mostra quais os intervalos estabelecidos de IMC. O IMC é também um indicador maleável, que permite mudanças nos parâmetros. De tempos em tempos os parâmetros se transformam e acabam por incluir ainda mais indivíduos no grupo de risco iminente.

Quadro 1: Tabela de classificação de IMC

<b>IMC</b>	<b>Classificação do IMC</b>
< 16	Magreza grave
16 a < 17	Magreza moderada
17 a < 18,5	Magreza leve
18,5 a < 25	Saudável
25 a < 30	Sobrepeso
30 a < 35	Obesidade Grau I
35 a < 40	Obesidade Grau II (severa)
> 40	Obesidade Grau III (mórbida)

Fonte: Arquivo pessoal de imagens.

Outra questão é que a definição dos intervalos de IMC não é apenas uma constatação de como está distribuída a relação entre peso e altura nos diversos indivíduos no mundo. Ela aparece como um consenso construído historicamente, como podemos observar no relato trazido por Poulain (2013b, p. 183):



Até 1998, no Estados Unidos, a classificação do peso normal englobava os valores de IMC entre 20 e 27,6 para os homens e de 20 a 27,3 para as mulheres. Sob a influência de um grupo de pesquisa do IOTF, a OMS propôs que o limite entre sobrepeso e peso normal fosse de 25, e não de 27, sem distinções de sexo, idade ou tipo antropológico. Em uma só noite, cerca de 35 milhões de americanos adquiriram, assim, sobrepeso. Inversamente, o limite entre o peso normal e a magreza passava de 20 a 18, o que “normalizava” corpulências até então consideradas como fracas demais. A totalidade dos países do mundo seguiria essa nova categorização que se inscreve na generalização do IMC como instrumento de avaliação da corpulência.

Na construção desse consenso aparece o setor político, a indústria farmacêutica, as ciências da saúde e a pressão popular. Segundo Poulain (2013), o setor de companhias de seguro norte-americanas foi aquele que primeiro investiu nas avaliações de custo econômico dos indivíduos que estavam acima do peso. Os cientistas estabeleceram também quais seriam os custos sociais com essas pessoas. No fim, a questão do peso se tornou um problema de ordem política e social.

As correntes dos problemas e das soluções interagem, portanto, umas com as outras, revezam-se, favorecem o aparecimento da problemática como fatos social e político. Cada corrente está estruturada pela lógica de ação que lhe é própria: a “corrente dos problemas” se inscreve na ordem do pessimismo e sua tendência natural é elaborar um quadro sóbrio e dramatizar a situação; nesse exercício, o risco é o exagero, a manipulação dos índices para incluir o maior número possível de indivíduos. A “corrente das soluções” se baseia no otimismo e deve convencer que é possível enfrentar o problema e resolvê-lo. Ela age, sobretudo, na supervalorização dos efeitos positivos dos tratamentos ou dos instrumentos de prevenção, na mínima avaliação dos fracassos, dos efeitos secundários ou contraprodutivos, mascarando ou negando os insucessos. Assim sendo, e diante das infinitas ações de intervenção

sem efeito, considera-se apenas as que obtiveram resultados positivos. Mas as duas correntes são solidárias quando se trata de fazer com que a gravidade e a importância do objeto do problema sejam reconhecidas. (POULAIN, 2013b, p. 225).

Igualmente as agências reguladoras trazem como prevenção da doença a racionalização da alimentação, com controle da quantidade e qualidade dos alimentos consumidos. Indicam também a prática regular de atividades físicas que, de acordo com a SBCBM, “[...] é fonte de prazer e socialização”. Já as cirurgias bariátricas e metabólicas ainda são entendidas como uma alternativa encontrada para o insucesso dos tratamentos ditos tradicionais ou convencionais (exercício, alimentação e medicamentos). Em razão disso, pode ser entendida como um campo em criação, visto que cada vez mais ela aparece como a mais razoável e um conjunto de atores agem em confluência para que este grupo no campo da obesidade se torne um novo/outro campo.

Poulain (2013) problematiza essa nomenclatura do excesso de peso levando em consideração as curvas epidemiológicas e o uso das mídias para fazer com que haja conscientização política e social. Ele utiliza a teoria do agendamento e a da tematização para analisar como a questão da obesidade se torna um problema político e como acontece tematização da obesidade pelo público leigo, via midiaticização.

Justamente porque, para a imprensa, um drama se “vende” melhor do que as pequenas felicidades tranquilas. Assim, a tentação de “inchar” os números, de soma-los, para que tudo fique mais grave, é grande. A mudança de vocabulário, a passagem de fator de risco para doença, e depois de doença para doença epidêmica, têm ao mesmo tempo efeitos internos, transformando o estatuto epidemiológico da obesidade, e efeitos externos, favorecendo a emoção, a dramatização e a inserção na mídia. (POULAIN, 2013b, p. 224).

Um olhar analítico das reportagens de revistas e jornais de grande circulação deixa evidente o drama construído sobre a temática da obesidade. Por exemplo, Kovalick (2017), ao escrever sobre os indicadores de preocupação com o peso e a saúde, propõe o uso do cálculo do IMC antes da procura médica e avisa: “E não adianta encolher a barriga: os números não mentem”.

As informações trazidas não são dos obesos que existem no país (cerca de 19%) e como devemos tratar dessa doença, mas sim do total de pessoas que estão acima do que é definido como peso normal (para determinada altura), elevando para mais de 70% da população. Novamente, podemos ver que as pretensões da ciência se desdobram em soluções inalcançáveis, e altamente problematizáveis.

Se por um lado essa exageração dos números – criando um falso positivo – constrói um discurso potente e comove mais os indivíduos e a agenda política, corre-se “[...] o risco de levar indivíduos que estejam próximos do ‘peso normal’ a tomar decisões impróprias ou a preocupações infundadas que poderiam originar alguns transtornos do comportamento alimentar”, ou mesmo causar “a ‘engorda’ de uma parte considerável da população, que é suscetível de se interessar por diversos produtos e métodos de emagrecimento” (POULAIN, 2013b, p. 186).

O argumento para esse deslocamento de limites entre os grupos dos que têm sobrepeso e a dos que têm peso normal é muitas vezes paternalista. Os promotores de certos pontos de vista deformam os indicadores para que seus posicionamentos sejam considerados e aceitos. Essas práticas “[...] se justificam por um processo de infantilização dos cidadãos, considerados incapazes de compreender e de se conscientizar sobre a gravidade de um problema, se o consideramos como tal” (POULAIN, 2013b, p. 208).

Esse processo de medicalização também traz a possibilidade de um novo mercado, o do combate à obesidade. A preocupação médica com a diminuição do percentual de gordura incentiva a criação das mais diversas soluções para o problema. Como aborda Vigarello (2012), a medicina abraça “[...] de imediato a nova cultura do magro”, onde o mais importante é emagrecer a qualquer custo. “Além do regime, surge um grande número de práticas com seus especialistas, com suas técnicas específicas claramente distintas, confirmando a condição definitivamente patológica da obesidade” (VIGARELLO, 2012, p. 306). É nesse sentido que o autor argumenta sobre a profissionalização das ofertas antiobesidade. Aqui, focamos as alternativas de cirurgia bariátrica e metabólica enquanto produto que é vendido como um tratamento terapêutico.

Poulain (2013) afirma que o processo de medicalização se divide em duas etapas: a primeira é a passagem das análises qualitativas para as quantitativas e com elas o surgimento da noção de risco; a segunda etapa é a passagem da noção de fator de risco para o de doença – possibilitando

atribuir a obesidade dados como número de mortes e custos no tratamento e prevenção.

Uma das principais consequências da medicalização da alimentação é a estigmatização das pessoas gordas e o aparecimento de transtornos alimentares e de imagem corporal. Poulain (2013a), mas não somente ele, alerta para a propagação das atitudes negativas em relação aos obesos, tanto dos profissionais da saúde (com um discurso médico) quanto do corpo social mais amplo. “O risco é de passar da luta contra a obesidade para a luta contra o sobrepeso e de ver o discurso médico legitimar uma busca obsessiva da magreza” (POULAIN, 2013a, p. 130).

O processo de racionalização da obesidade com seus mecanismos de quantificação de suas características, variáveis, custos e distribuição na população podem ser estudados a partir da ótica foucaultiana sobre os dispositivos de segurança vigentes.

Foucault argumenta que os dispositivos de segurança na contemporaneidade se realizam através das informações. Estas fundamentam e fomentam a promoção desse estilo de vida e também as pesquisas que acabam por legitimá-las. O que a princípio é um respeito as escolhas individuais (liberdade) pode ser analisado como simples efetivação de dispositivos. Para Foucault (2008, p. 63-64), o ideal de liberdade tão reivindicado pelas políticas liberais, em vez de limitar as liberdades para poder garanti-las,

[...] essa liberdade, ao mesmo tempo ideologia e técnica de governo, essa liberdade deve ser compreendida no interior das mutações e transformações das tecnologias de poder. E, de uma maneira mais precisa e particular, a liberdade nada mais é que o correlativo da implantação dos dispositivos de segurança. Um dispositivo de segurança só poderá funcionar bem, em todo caso aquele de que lhes falei hoje, justamente se lhe for dado certa coisa que é a liberdade, no sentido moderno [que essa palavra]\* adquire no século XVII: não mais as franquias e os privilégios vinculados a uma pessoa, mas a possibilidade de movimento, de deslocamento, processo de circulação tanto das pessoas como das coisas.

Os riscos e perigos estão tão entranhados nas “informações” disponíveis aos indivíduos que há um esquecimento de que elas são construídas com base em probabilidade. Os projetos, sejam das cidades,

sejam das políticas, são organização e administração de séries de elementos que se produzem no corpo social. Para Foucault (2008), “[...] é a gestão dessas séries abertas, que, por conseguinte, só podem ser controladas por uma estimativa de probabilidades, é isso, a meu ver, que caracteriza o mecanismo de segurança” (FOUCAULT, 2008, p. 27).

Inspiradas por este autor, muitas pesquisas denunciam a influência do saber estritamente biomédico<sup>13</sup> na construção dos corpos, da sua saúde e doença. Czeresnia (2009) aborda as ambiguidades no discurso da promoção à saúde, que prevê fortalecer a autonomia dos indivíduos. Algumas das críticas são que essa autonomia seria regulada, visando principalmente a livre escolha individual e valorizando a lógica dos mercados; a diminuição da responsabilidade pela saúde do escopo do Estado, indicando que cada indivíduo é responsável pela sua saúde e também pelas doenças que adquire; por fim, a discrepância entre a noção de saúde (ampla) e as políticas de implantação que ainda estariam vinculadas à biomedicina (específica nos corpos).

Outra discussão, proposta por Caponi (2009) é a noção mesma de saúde. Como descrita pela Alma-Ata (1978), saúde “[...] is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right”. Este ambiente convida/obriga o Estado (enquanto possuidor do monopólio da violência física e simbólica legítima) a promover a saúde nestes moldes e protegê-la, e para tal objetivo “[...] requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector” (ALMA-ATA, 1978). Essa noção inclui aspectos que a medicina nem sempre prioriza em sua ciência e que o Estado nem sempre consegue/se propõe a fazê-lo.

É interessante refletir sobre o aparato teórico (e também vivido) que mantém firme o caráter complexo e interligado da saúde – relações com o ambiente e com os outros indivíduos – mas também compreender que o quadro cognitivo geral e mesmo as propostas de gestão dos Estados desmembram e desvinculam – como exemplo, o acesso à educação e as epidemiologias das doenças – a saúde da vida ordinária.

Bourdieu (2008) aponta os discursos da ciência como força prescritora, ao descrever os fenômenos, a autoridade da ciência tem a força de prescrevê-los como verdade. Nesta mesma linha analisa Poulain

---

<sup>13</sup> Nomenclatura utilizada para referenciar a medicina ocidental contemporânea, que destaca os fundamentos biológicos e uma explicação mecanicista do mundo e dos corpos.

(2013a) o discurso da sociologia da saúde. O discurso da ciência, seu poder normatizador, encontra fielmente os novos perfis de médicos e profissionais da saúde e mesmo dos que não o são. Estes últimos (indivíduos que não são profissionais da saúde), posição dominada do campo dominante da ciência biomédica, são essenciais para a conformação de um novo campo profissional. Ele é sancionado pelo Estado e facilita a mobilização e criação de um novo mercado da obesidade. A promoção da saúde passa pela construção desses discursos e instrumentos.

É nesse sentido que a sociologia da saúde tem sido pensada, a partir de diversas maneiras de compreender seu objeto, que Poulain (2013a), citando Robert Straus, apresenta duas formas de distinguir a sociologia da saúde: *in* e *on*. A sociologia *in* está interessada nas causas sociais das doenças e da saúde e muitas vezes é entendida como epidemiologia social. Já a sociologia *on* se interessa pela influência que as políticas de saúde pública e econômica têm no acesso aos cuidados médicos; o efeito das doenças nos diversos papéis sociais; e os aspectos sociais das organizações médicas. Dentro do tema da nutrição, Poulain (2013a) distingue também as formas de abordagem, umas analisando prioritariamente as transformações e práticas alimentares na sociedade (incluindo os processos de estigmatização) e outras tendo como principal objeto a produção do discurso médico e seus desdobramentos; ou seja, uma sociologia “da” obesidade e uma sociologia “sobre” a obesidade, que se estendem a uma “sociologia do conhecimento da obesidade”. Atualmente entende-se que essas distinções não se mantêm na prática científica, pois é necessário refletir sobre os vários aspectos da “saúde” e também da alimentação/nutrição.

A socioantropologia da alimentação e nutrição são pesquisas que fazem uma epidemiologia da nutrição e tem como principal objeto as influências das representações sociais na construção dos conhecimentos nutricionais. Outro objeto de estudos é o ato alimentar, procurando compreender o que quer dizer comer para as sociedades (POULAIN, 2013a), no sentido *do que quer dizer falar* para Bourdieu.

Há ainda pesquisas que têm como objetivo compreender qual o processo de produção do saber, quais as pressões políticas, econômicas e sociais sofridas. Nesta corrente de estudos que enfoca relações de poder, os cientistas são vistos como atores com preferências dadas e são maximizadores de suas oportunidades: “[...] o conhecimento científico é construído num sistema de ação constituído por pesquisadores em concorrência, que desenvolvem estratégias de carreira e mobilizam

recursos junto a organismos arrecadadores de fundos públicos e privados” (POULAIN, 2013a, p. 106).

Outra corrente pretende explicitar como determinados medicamentos foram apresentados à sociedade e como seu uso foi justificado entre estudantes e profissionais da medicina e partir daí seu uso passa a ser disseminado como doxa, segundo Bourdieu, como verdade constituída e não mais questionada. Se há apenas algumas décadas informações técnico-científicas sobre a área médica eram disponíveis apenas em livros textos, atualmente há um conjunto de difusores de informações como publicações científicas, congressos, visitas de representantes de laboratório os quais cumprem esta função (BITENCOURT et al., 2013).

No caso da alimentação e nutrição, a construção desse saber não acontece de forma homogênea. Muitos cientistas têm seus recursos financiados por indústrias alimentícias e também farmacêuticas, levando ao questionamento do viés de seus resultados. Além disso, a ciência da nutrição permite com maior facilidade a divulgação de dietas, muitas vezes vinculadas com nichos de mercado de trabalho e não tanto com o fazer científico por si mesmo. Esse aspecto da ciência enquanto construção social é problematizada por Poulain (2013b, p. 29): “[...] isto é, o resultado de uma série de fenômenos de interação que escapam em maior ou menor grau à consciência de seus atores”. Nesse raciocínio, o pesquisador desinteressado é um mito a ser desconstruído, principalmente pela exposição dos interesses tanto dos produtores de conhecimento quanto das instituições que promovem a ciência.

O mercado de produtos de emagrecimento mais ou menos medicalizados desenvolveu-se consideravelmente e novas pílulas apareceram. A lista de relações entre os membros das comissões científicas e a indústria dos medicamentos feita pelo Center for Consumer Freedom (“Centro de Liberdade dos Consumidores”), uma estrutura de *lobbying* financiada pela indústria agroalimentar e de refeições rápidas, é impressionante. (POULAIN, 2013b, p. 188).

Popkin (2009) vai além em sua análise e inclui não só a indústria farmacêutica, mas também toda a cadeia de produção e consumo de alimentos. Para ele o aumento da obesidade no mundo tem relação direta com o desenvolvimento da agricultura (com novas sementes, inseticidas,

fertilizantes, técnicas) gerando o barateamento de alguns produtos; com o investimento em novas tecnologias na pecuária; com o maior acesso a supermercados; o baixo custo de óleos vegetais e bebidas adoçadas; enfim, com toda a transformação tecnológica dos últimos anos (incluindo aqui as facilidades que essas tecnologias trazem aos afazeres domésticos).

O processo de industrialização dos alimentos também transformou sua bioquímica. O exemplo que o autor traz é o da pelagra<sup>14</sup>, que tem relação com o processamento do milho (ao moer o milho a vitamina e a proteína são eliminadas). A medida que a população começa a consumir o milho moído comercialmente disponível, sua saúde se deteriora. A partir do surto da doença, as ciências da nutrição se envolvem cada vez mais com a descoberta das causas e soluções (no caso, a descoberta da vitamina b3). Nesse exemplo, a ciência e a economia se desenvolvem na mesma proporção que se extinguem práticas alimentares tradicionais (preparo do milho envolvia deixar o milho de molho no limão) e coloca em risco a saúde da população (POPKIN, 2009).

O caso aqui estudado, da cirurgia bariátrica, diz respeito a um procedimento médico (no lugar de medicamento) e no mesmo sentido o emprego deste procedimento é justificado e disseminado a partir de um grupo profissional e por uma pluralidade de atores com destaque para os médicos chamados cirurgiões bariátricos. Muitos deles são parceiros em pesquisas privadas (empresas de tecnologias médicas), mas raramente questionam o fato de haver conflitos de interesse, pois as tecnologias vão permitir praticidade ao ato médico.

Concordamos com Poulain (2013b) quando este observa que as ciências sociais lançam outro olhar aos problemas, que não necessariamente utiliza os termos e questões propostos pelas ciências médicas. Para o autor, “[...] a principal contribuição das ciências sociais está na sua capacidade de reformular e de reestruturar a problemática do papel dos determinantes sociais da obesidade a partir de seus próprios quadros teóricos” (POULAIN, 2013b, p. 21). Seu esforço foi analisar, via sociologia e antropologia, tanto as políticas públicas quanto a retórica da luta contra a obesidade, que poderia ter como consequência uma ação frente a prevenção da doença.

A partir da transição nutricional<sup>15</sup>, as pesquisas visaram prever as futuras doenças causadas pela alimentação inadequada. À medida que as

---

<sup>14</sup> Deficiência de vitamina b3.

<sup>15</sup> Transição nutricional é o termo utilizado para discutir a alterações dos hábitos alimentares da população. De acordo com os autores, a população passa a comer mais gorduras, açúcares e alimentos industrializados. Conforme as pesquisas,



pesquisas se tornam mais especializadas e difundidas maior é (ou parece ser) a vigilância sobre a alimentação de cada um aumentara proporcionalmente (AMORIM, 2013). Observa-se que processos antes advindos majoritariamente de regulamentações e diretrizes oficiais atualmente são também difundidos pela propaganda de um estilo de vida saudável.

O gerenciamento de riscos se torna outro elemento fundamental da formação dos mercados. Czeresnia (2004) define a sociedade contemporânea como sociedade do risco, onde esse elemento é central para tomada de decisão racional. Nesse contexto, o indivíduo é entendido como autônomo, que tem capacidade de fazer escolhas informadas, principalmente de enfrentamento aos riscos. O pressuposto desta pesquisa é de que as práticas, interesses e motivações são construídas e reconstruídas a partir de um processo de interatuação entre atores e atores e instituições (BOURDIEU, 2000; ZELIZER, 1989).

De forma genérica, riscos são as probabilidades de perigo. No âmbito da saúde, o objetivo da saúde pública é identificá-los e reduzi-los. A Carta de Otawa (1986) é o marco criador da promoção à saúde, que, em outras palavras, é a capacitação dos indivíduos para que eles próprios possam controlar a melhoria de sua qualidade de saúde e vida, os indivíduos são pensados aqui como atores maximizadores de suas oportunidades no sentido da economia neoclássica mencionada anteriormente. Essa capacitação se dá através da veiculação dos estudos científicos dos riscos epidemiológicos das doenças (CZERESNIA, 2004).

A princípio, o conceito de risco epidemiológico surgiu nos estudos de doenças transmissíveis, pois para explicar suas causas era necessário mais que identificar os micro-organismos vinculados à doença. Foi o momento da investigação de outros fatores envolvidos na doença o marco inicial da utilização das técnicas estatísticas, aprimorando os diagnósticos (CZERESNIA, 2004). Após 1950, a epidemiologia começa a mobilizar o

---

essa nova dieta seria a principal responsável pela transição epidemiológica no País, já que a população está sofrendo de “doenças” não transmissíveis. O *site* do Ministério da Saúde traz ainda os dados das mudanças no mundo do trabalho, do lazer, das atividades físicas. Mais informações sobre todas as transições que aconteceram no Brasil a partir da década de 1970 podem ser encontradas em BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, supp. 1.1, p. 181-191, 2003; e no *site* do Ministério, disponível em: <[http://nutricao.saude.gov.br/pas.php?conteudo=reorientacao\\_servicos](http://nutricao.saude.gov.br/pas.php?conteudo=reorientacao_servicos)>.

conceito de risco para o estudo das doenças não transmissíveis. A probabilidade como racionalidade, a partir de técnicas, mede as incertezas. Como argumentam Castiel, Guilam e Ferreira (2010, p. 16), nela:

[...] está calcada a abordagem dos ‘fatores de risco’, isto é, ‘marcadores’ que visam à predição de morbi-mortalidade<sup>16</sup> futura. Deste modo, poder-se-ia identificar, contabilizar e comparar indivíduos, grupos familiares ou comunidades em relação a exposição a ditos fatores (já estabelecidos por estudos prévios) e proporcionar intervenções preventivas.

Czeresnia (2004) expõe uma questão crucial, pois, para ela, o risco deixa de ser um perigo localizado em alguém ou algum grupo concreto. A noção de risco dissolve assim o indivíduo e passa a tratar de fatores de risco, abstratamente. O objetivo é “[...] evitar todas as formas prováveis de irrupção do perigo” (CZERESNIA, 2004, p. 451).

Um fator exposto por Poulain (2013a) e que os analistas do risco ignoram é que os indivíduos tratam o risco a partir de um cálculo de custo-benefício. Então, o que para uns é racionalidade científica, para outros é escolha razoável entre vantagens e desvantagens.

Castiel, Guilam e Ferreira (2010, p. 9) fazem uma crítica ao uso dos estudos dos riscos em saúde sobre a agência dos indivíduos, afirmando que “[...] esse ambiente ‘riscofóbico’ pode configurar uma estratégia limitante e produtora de ansiedades e inseguranças ao propor formatos restritivos de condução do comportamento das pessoas”. Poulain (2013) nos dá o exemplo de ansiedade trazido pela crise da “vaca louca” (encefalite espongiforme bovina) na Europa, em que, no fim, todos se acusavam de loucos. Numa tentativa de manter a ordem, mídias, cientistas, consumidores e industriais foram considerados como loucos e tiveram sua razão desqualificada. Não havia mais em quem confiar pois a mídia “só gosta de manchetes”, os cientistas “são vendidos da indústria”, que, por sua vez, “só pensam no lucro”. A loucura do consumidor era pela sua incerteza frente aos riscos alimentares e por isso

---

<sup>16</sup> Relação entre o número de mortes provocadas por determinada doença, num dado local e num certo período de tempo, e o total de óbitos registados no mesmo intervalo para a generalidade do grupo populacional em questão; relação entre a morbidade e a mortalidade.

estavam prestes a se tornarem esquizofrênicos. No caso da obesidade, “A robustez das estatísticas e a epidemia<sup>17</sup> de teses alarmistas contribuíram para fazer com que a obesidade saísse do âmbito dos laboratórios, dos hospitais, do universo da medicina e se tornasse uma questão de saúde pública, uma questão coletiva e política” (POULAIN, 2013b, p. 176).

Para os autores, o que existe é um ambiente globalizado do risco e que todos (ricos, pobres, rurais e urbanos) são afetados pelos riscos provenientes da modernização das formações socioeconômicas. Como não há formas de escapar dos riscos, existe todo um setor econômico que oferta produtos de proteção/prevenção aos riscos. Esses produtos e serviços não garantem eficiência, pois o risco é probabilidade e sempre há situações imponderáveis (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010). O que se pode propor é uma volta da confiança a partir de atividades para “[...] pensar soluções para a crise em termos de informações, de comunicação e, às vezes, de educação do consumidor” (POULAIN, 2013a, p. 87).

Mesmo entendendo como se processa a avaliação dos riscos em saúde e como ele se apresenta de forma incerta, temos na contemporaneidade uma aceitação desses preceitos. Considerando Czeresnia (2004), o conceito de risco epidemiológico seria um sistema de conhecimentos, onde os princípios institucionalizados são as estratégias de contenção dos riscos, mas que a todo momento são questionados e manipulados para que se adéquem às diversas experiências. Como na contemporaneidade a ideia de indivíduo é caracterizada pela autonomia, independência e atomização, eles devem ser autônomos, mas deter conhecimento o suficiente para fazer escolhas racionais.

Para Castiel, Guilam e Ferreira (2010, p. 28-29), “[...] o conceito de risco homogeneiza as contradições no presente, estabelecendo que só se pode administrar o risco de modo racional, ou seja, por meio da consideração criteriosa da probabilidade de ganhos e perdas, levando em consideração as decisões tomadas”. É nesse espaço que o padrão moral da individualização da saúde se faz perceber.

Czeresnia (2004, p. 451) ainda argumenta que

[...] ocorre então um processo de regulação em que os sujeitos são impelidos a realizar voluntariamente escolhas saudáveis orientadas por cálculos de risco. Neste contexto, risco na

---

<sup>17</sup> Aumento súbito do número de casos de qualquer doença ou de qualquer fenômeno anômalo e negativo.

sociedade de hoje é compreendido como tecnologia moral, através da qual indivíduos e grupos sociais são manejados para estar em conformidade aos objetivos do Estado neoliberal.

Os indivíduos são levados a crer na individualidade das escolhas e ações, mesmo estando intimamente ligados a padrões já definidos. Marion Nestlé (apud POULAIN, 2013b) sugere uma tripla ação da indústria: a introdução (e divulgação via *marketing* e publicidade) de alimentos hipercalóricos, o apoio às ações de intervenção na nutrição humana pelas autoridades e a acentuação da responsabilidade individual do consumidor (como forma de negar sua participação no processo). Assim, seria a falta de racionalidade dos consumidores que estaria os levando à obesidade e não o conjunto de fatores sociais, econômicos/de mercado, epidemiológicos e científicos.

A partir desse discurso da liberdade individual, a solução da transição nutricional está em informar o consumidor para ter condições de tomar decisões baseadas em conhecimento adquirido sobre os riscos ou mesmo aumentar o preço dos alimentos entendidos como maléficos à saúde como alternativa de diminuir o seu consumo (MAZON, 2010b). Já a nova sociologia econômica procura entender as disputas cognitivas que ocorrem dentro de diferentes campos. Mazon (2010b, p. 263) ressalta dois elementos que interessam a NSE: “1) as regularidades mentais associadas à conformação de diferentes campo [...]; 2) os Estados são criadores de mercados”.

Nossa escolha pelas análises da Sociologia Econômica se dá justamente por percebermos que elas nos auxiliam na compreensão de que essa estrutura “modela” as escolhas individuais frente à cirurgia bariátrica, mas também porque nos permite compreender como os indivíduos negociam essas escolhas e dessa forma participam da construção da figuração do campo das cirurgias.

Conforme Poulain (2013, p. 168),

Essas múltiplas perspectivas oriundas de diversos campos da medicina vão contribuir para difundir a ideia de que a obesidade é realmente uma questão médica, tanto entre os profissionais da saúde como entre o grande público. No entanto, ela ainda não é uma questão de saúde pública, nem uma questão social, e tampouco política. O reconhecimento da obesidade como questão de saúde pública passa por duas condições independentes:

- a institucionalização da temática, com o estabelecimento de sociedades de especialistas, de revistas especializadas, de serviços também especializados nos hospitais;
- a transformação de seu estatuto epistemológico, com o deslocamento de sua definição qualitativa para a quantitativa, com sua designação enquanto doença, e, enfim, com a utilização do termo “epidemia”.

É nesse sentido que se faz necessário compreender a construção da problemática obesidade, mas principalmente na sua mais nova e razoável solução: a cirurgia bariátrica e metabólica.

Propomos para esta pesquisa o enfoque da Sociologia Econômica baseado em Bourdieu (2005) que será detalhado adiante abordando a produção de conhecimento sobre a saúde, seus produtores e consumidores enquanto um campo no qual há disputa de poder e este campo só pode ser compreendido situando os atores conforme seus diferentes capitais, visões de mundo e onde a cirurgia bariátrica aparece como bem simbólico a ser negociado.



## 2 SOCIOLOGIA ECONÔMICA

Neste capítulo, abordaremos a história da medicina e o contexto da construção da cirurgia bariátrica como solução para os problemas da obesidade. Na primeira seção, trataremos das características do campo enquanto conceito sociológico. Em seguida, discutiremos como o Estado constrói esse mercado a partir da legislação e também como razoabilidade frente ao tratamento da obesidade. Nesse momento, discutiremos as principais legislações e as técnicas aprovadas no País. Na terceira e última seção, traremos os dados sobre a expansão do mercado de cirurgias bariátricas e metabólicas e como, ao longo do tempo, ela se estabelece.

### 2.1 O MERCADO E SUAS CARACTERÍSTICAS

Conforme já mencionamos, o campo se faz a partir de disputas (BOURDIEU, 2005) e esse processo constitui a dinâmica interna dos mercados. Mapear os atores envolvidos, seus capitais e estratégias no mercado, permite-nos visualizar a estrutura desse mercado e compreender como os atores mobilizam sentidos e capitais nesse espaço socialmente construído. Permite-nos também analisar o mercado de cirurgias bariátricas e metabólicas no País.

As estratégias de luta não seriam definidas unicamente pelo livre interesse dos atores, tampouco pelo cálculo estritamente utilitarista, mas estariam condicionadas à pressão estrutural do campo e à posição relacional do agente em relação aos demais parceiros. A partir do que chamamos de identificação do campo, poderemos avançar no que diz respeito à violência simbólica e relações que dão sentido às mudanças que acontecem nesse espaço.

[...] violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento. Essa relação social extraordinariamente ordinária oferece também uma ocasião única de apreender a lógica da dominação, exercida em nome de um princípio simbólico conhecido e reconhecido tanto pelo dominante quanto pelo dominado, de uma língua (ou uma maneira de falar), de um estilo de vida (ou

uma maneira de pensar, de falar ou de agir) e, mais geralmente, de uma propriedade distintiva, emblema ou estigma, dos quais o mais eficiente simbolicamente é essa propriedade corporal inteiramente arbitrária e não predicativa que é a cor da pele. (BOURDIEU, 2012, p. 7-8).

O campo é, como as demais esferas sociais, um universo de crenças, em que as dimensões simbólicas são de fundamental importância no engendramento das relações, que são baseadas em um sistema de valores que orienta a ação dos indivíduos. Não podemos deixar de enfatizar que o presente trabalho se propõe a pensar de forma mais relativa e leva em consideração o que os autores da nova sociologia econômica preconizam: uma natureza interativa das relações entre as ações individuais e as instituições. O indivíduo usa os modelos institucionais disponíveis ao mesmo tempo em que os confecciona (BOURDIEU, 2005; FLIGSTEIN, 2001; SILVA-MAZON, 2010).

Bourdieu (2005, p. 22) lembra que “[...] as trocas nunca são completamente reduzidas a sua dimensão econômica”, ou lembrando Durkheim (1995): “[...] os contratos sempre têm cláusulas não-contratuais”. A partir de Durkheim, todas as análises sociológicas do mercado versam sobre o fato da viabilidade do contrato depender da existência de um fundo institucional composto pela moral, direito e tradição (RAUD, 2007, p. 210).

Mazon (2010<sup>a</sup>, p. 174) observa que padrões e guias de qualidade dependem de “[...] como interesses e motivações podem ser formulados e reformulados num processo de interação Estado e mercado”. Por exemplo, a partir de 2000, a técnica cirúrgica “gastrectomia vertical – Sleeve” começou a ser avaliada e posteriormente aprovada pelos consensos médicos nacionais. Logo mais, em 2010 a legislação do CFM se altera e inclui o procedimento no rol das técnicas. Hoje esta técnica é a segunda mais realizada no País.

Existe uma dimensão política inerente a toda relação no campo, onde Bourdieu (2005) afirma que os agentes não se encontram em igualdade de posições, mas são dotados de diferentes quantidades e formas de poder, exercendo ou sofrendo dominação. “O campo é um subsistema social, ou um espaço estruturado de posições, onde os diferentes agentes que ocupam as diversas posições lutam, tendo em vista a apropriação do capital específico ao campo e/ou a redefinição desse capital” (RAUD-MATTEDI, 2005, p. 210).



Voltando a Bourdieu, para ele, a norma não explica a ação social, mas ela é, sim, uma apropriação que o ator pode fazer da instituição. Este respeito a uma regra social consiste numa ação social que pode ser orientada a fins, a valor, pelo afeto ou pela tradição (MAZON, 2010a). Quando nos referimos à produção de conhecimento científico através de artigos, congressos e informações que circulam pela internet, consideramos então que não é a regra, diretriz ou artigo científico que vai determinar as ações das pessoas, mas ela pode trazer informações, guias e incentivos a serem aceitos, apropriados e postos em prática ou não, estas informações fornecem o ambiente moral no qual decisões podem ser tomadas e pode fornecer ainda critérios de classificação da realidade.

Nosso trabalho se posiciona em oposição a duas frentes: a primeira é a da Nova Economia Institucional e sua pressuposição do ator racional; a segunda é a racionalização da saúde com sua noção de risco. Tanto em uma abordagem como em outra, os indivíduos agiriam apenas de forma racional diante da obesidade e fariam a cirurgia como forma de diminuir os riscos. O que essas análises não questionam é como o risco é construído socialmente e se torna um quadro cognitivo legítimo; igualmente não articulam os fatores sociais (como o estigma), históricos e políticos na análise sobre a tomada de decisão frente a cirurgia.

Miceli (2014, p. 22), ao se referir à obra de Bourdieu (2014), nos resume bem essas ambivalências e nos lembra que

[...] ‘a dimensão moral da atividade estatal’ implica a feitura e a imposição de um conjunto de representações e valores comuns em meio à empreitada de domesticação dos dominados. Deriva daí a ambivalência das estruturas estatais associadas ao Estado do bem-estar, sobre as quais nunca se sabe ao certo se constituem instituições de controle ou de serviço; sendo de fato as duas coisas ao mesmo tempo, só conseguindo controlar na medida em que prestam serviços ou distribuem recursos.

Bourdieu (2009) observa que os sujeitos são, de fato, agentes que atuam e que sabem, dotados de um senso prático, de um sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão, de estruturas cognitivas duradouras (que são incorporação de estruturas objetivas) e de esquemas de ação que orientam a percepção da situação e a resposta

adequada. O *habitus* é essa espécie de senso prático do que se deve fazer em determinada situação, “[...] assim, as disposições (*habitus*) são inseparáveis das estruturas [...] que as produzem e as reproduzem” (BOURDIEU, 2012, p. 55). Ao falar do campo econômico, Bourdieu (2005, p. 22) observa que estas são “[...] disposições adequadas, porque adquiridas em e por uma experiência precoce e prolongada das necessidades do campo”.

## 2.2 QUANDO O ESTADO CRIA O MERCADO: O MERCADO DAS CIRURGIAS BARIÁTRICAS E METABÓLICAS

De acordo com Bourdieu (2014, p. 50),

[...] o Estado não é um bloco, é um campo. O campo administrativo, como setor particular do campo do poder, é um campo, isto é, um espaço estruturado segundo oposições ligadas a formas de capital específicas, interesses diferentes.

Mobilizamos as análises da Sociologia Econômica para refletir sobre a criação de mercados e pensando o campo das cirurgias bariátricas como a emergência de um novo mercado na área da saúde. Autores como Bourdieu (2000) e Fligstein (2001) se distanciam da visão tanto do estado keynesiano como conjunto de atores políticos poderosos e voluntários a formar novos mercados a partir da ação do Estado e igualmente se distanciam do suposto dos atores econômicos maximizadores de suas oportunidades da econômica neoclássica (e que pensa o Estado como mera muleta para corrigir falhas de mercado). Num caminho alternativo, estes autores propõem a ideia da construção de mercados como parte de um processo contingente de consequências impremeditadas no sentido weberiano (BOURDIEU, 2000; FLIGSTEIN, 2001).

De acordo com Bourdieu (2005) e Fligstein (2001), a sociologia econômica constrói a análise do campo econômico a partir dos aspectos históricos, culturais e políticos. São as intertuições entre estes aspectos nas demandas por legitimação, entre os agentes das trocas, que focamos nosso interesse. Abordamos igualmente, utilizando a ideia do Estado como criador de mercado. Como que as ações do Estado frente à valorização de um estilo de vida e ao combate à obesidade criaram um universo de possíveis para o surgimento de mercados como clínicas de

estética, academias de ginástica, musas e musos *fitness*<sup>18</sup> e alimentos “saudáveis”.

Fligstein (2001, p. 31) argumenta que

O Estado é um dos atores preferenciais na construção e manutenção dos arranjos institucionais; criando as leis e regulamentações relativas à política fiscal, ao capital financeiro, à concorrência, às relações salariais, às patentes e aos direitos de propriedade; promove compras públicas; financia a pesquisa e a construção de infraestruturas; participação no capital de empresas (água, eletricidade); garante juridicamente a aplicação dos contratos e tem ainda as funções de assistência social (como creches para que as mulheres trabalhem) e redistribuição.

Os Estados, ao se construírem, constroem os diferentes mercados (FLIGSTEIN, 2001; BOURDIEU, 2005). A partir do processo de interatuação entre mercado e Estado, novos arranjos institucionais são criados. “Instituições referem-se a regras compartilhadas, que podem ser leis ou entendimentos coletivos, mantidos pelo costume, por um acordo explícito ou implícito” (FLIGSTEIN, 2001, p. 29). É a crença e a confiança organizadas, que por serem reconhecidas como reais, se tornam reais (BOURDIEU, 2014).

Para Bourdieu (2014, p. 38), é a construção de recursos organizacionais (materiais e simbólicos) que significa a construção do Estado.

Em outras palavras, o que chamamos Estado, [...] é uma espécie de princípio da ordem pública, entendida não só em suas formas físicas evidentes mas também em suas formas simbólicas inconscientes, e tudo indica que profundamente evidentes. Uma das funções mais gerais do Estado é a produção e a canonização das classificações sociais.

Bourdieu (2000), ao analisar o mercado de casas próprias na França, mostra o momento em que o Estado francês é preenchido por

---

<sup>18</sup> Pessoas adeptas à prática de exercícios que contribuem para a boa forma física.

atores formados na escola do liberalismo. Deste momento em diante, o mercado de casas próprias, como qualquer outro arbitrário cultural, surge pela ação do Estado que alimenta tanto a oferta como a demanda com diferentes incentivos e subsídios. Fligstein (2001) mostra o surgimento do mercado de informática nos EUA nos mesmos moldes e que emerge a partir da preocupação militar estadunidense em tempos de Guerra Fria. Bourdieu (2000; 2014) lembra que o Estado é um importante construtor de categorias no sentido dado por Durkheim. Há de se observar o efeito simbólico da ação do Estado.

Há uma política reconhecida como legítima, quando nada porque ninguém questiona a possibilidade de fazer de outra maneira, e porque não é questionada. Esses atos políticos legítimos devem sua eficácia à sua legitimidade e à crença na existência do princípio que os fundamenta. (BOURDIEU, 2014, p. 39).

Analisar diversas fontes – e principalmente os pacientes – nos permitiu vislumbrar certas características do objeto, principalmente das possíveis razões admitidas explicitamente ou implicitamente para a realização da cirurgia bariátrica. Admitimos previamente que muitas são as formas de experienciar o sobrepeso e a obesidade, dependendo dos espaços por onde circulam os agentes e da maneira pelas quais eles capitalizam ou não essa experiência. São essas diversas formas de “lidar” com a obesidade e o sobrepeso que estão em disputa e negociação. A cirurgia bariátrica também é negociada dependendo do *habitus* de cada indivíduo. Como afirma Zelizer (2011, p. 37),

[...] as pessoas criam vidas conexas pela diferenciação de seus laços sociais múltiplos entre si, marcando os limites entre os laços diferentes por meio de práticas cotidianas, sustentando os laços por meio de atividades conjuntas (inclusive atividades econômicas), mas negociando constantemente o conteúdo exato de laços sociais importantes.

Porém, conforme indica Bourdieu (2014), não é porque as pessoas disputam o sentido da cirurgia bariátrica (a favor ou contra) que elas não compartilhem a mesma estrutura mental que pressupõe a cirurgia. Bourdieu (2014) dá como exemplo o calendário e o relógio, onde mesmo

a pessoa que se atrasa, está respeitando a ordem estabelecida, que é a classificação oficial do tempo.

Se esses atos obtêm o consentimento, se as pessoas se inclinam – ainda que se revoltem, sua revolta supõe um consentimento – é que no fundo participam consciente ou inconscientemente de uma espécie de ‘comunidade ilusória’ [...], que é a comunidade de pertencimento a uma comunidade que chamaremos de nação ou Estado, no sentido conjunto de pessoas reconhecendo os mesmos princípios universais. (BOURDIEU, 2014, p. 41).

É nesse sentido que recriamos aqui o processo de construção de possibilidade da cirurgia bariátrica e metabólica pelo Estado, e ela se dá antes – com o direito universal à saúde e as estratégias de prevenção e combate à obesidade.

A história de inclusão da obesidade na legislação começa com as políticas de alimentação e nutrição. A Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990 instituiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), com os seguintes objetivos:

- 1- Manter o diagnóstico atualizado de situação do país, no que se refere aos problemas da área de alimentação e nutrição que possuem relevância em termos de saúde pública;
- 2- Identificar as áreas geográficas e grupos populacionais sob risco avaliando as tendências temporais de evolução dos problemas detectados;
- 3- Reunir dados que possibilitem identificar e ponderar os fatores mais relevantes na gênese desses problemas;
- 4- Oferecer subsídios ao planejamento e à **execução** de medidas para a melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

Em 1999, a Portaria nº 710/GM/MS, aprovou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), onde já se apresentava dados sobre a epidemiologia da obesidade no País:

Convivendo com o quadro carencial apresentado, observa-se no Brasil, por outro lado, a evolução

epidêmica da obesidade, das dislipidemias<sup>19</sup> e suas relações com as doenças cardiovasculares. Trata-se, nos termos em que hoje se apresenta, de uma situação epidemiológica nunca antes experimentada.

Segundo relatório conjunto do Banco Interamericano de Desenvolvimento e da Organização Mundial da Saúde, de 1996, o incremento da obesidade e das enfermidades crônicas associadas à alimentação, particularmente nos grupos de baixo nível socioeconômico, tem alcançado proporções da ordem de 50% entre os adultos.

A obesidade na população brasileira está se tornando bem mais frequente do que a própria desnutrição infantil, sinalizando um processo de transição epidemiológica que deve ser devidamente valorizado no plano da saúde coletiva. As doenças cardiovasculares, que representam a principal causa de morte e de incapacidade na vida adulta e na velhice e são responsáveis, no Brasil, por 34% de todas as causas de óbito, estão relacionadas, em grande parte, com a obesidade e com práticas alimentares e estilos de vida inadequados.

Cabe registrar que a avaliação antropométrica dos brasileiros adultos, pelo Índice de Massa Corporal, decorrente da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição PNSN, realizada em 1989 e divulgada em 1990, indicou que cerca de 24,6% apresentavam sobrepeso e 8,3% eram obesos. O problema começa a ser evidenciado também em crianças e adolescentes. Ainda em 1990, os resultados do Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes Melito, promovido pelo Ministério da Saúde, mostraram a ocorrência de 7,6% de casos na faixa de 30 a 69 anos, resultados compatíveis com os encontrados em Pernambuco (1998). Estima-se que existam 5 milhões de diabéticos no País, 50% dos quais desconhecem a sua situação. (BRASIL, 1999).

---

<sup>19</sup> Distúrbio nos níveis de lipídios e/ou lipoproteínas no sangue.

Essa portaria foi revogada pela de nº 2.715/GM/MS, em 2011, que a atualizou.

Em 2001 houve a aprovação do “Primeiro Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN, [...] em conformidade com as diretrizes e prioridades propostas pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional”. Gerando em 2012 a Resolução nº 1/CAISAN, que instituiu o I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2012/2015) (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 2.246, de 2004 instituiu as “[...] orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2004) e tinha como objetivos:

- I - fornecer informação contínua e atualizada sobre a situação alimentar e nutricional dos municípios e dos estados;
- II - identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais sob risco dos agravos nutricionais;
- III - promover o diagnóstico precoce dos agravos nutricionais, seja de baixo peso ou sobrepeso e/ou obesidade, possibilitando ações preventivas às conseqüências desses agravos;
- IV - possibilitar o acompanhamento e a avaliação do estado nutricional de famílias beneficiárias de programas sociais; e
- V - oferecer subsídios à formulação e à avaliação de políticas públicas direcionadas a melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022; (BRASIL, 2011) também coloca em evidência as questões do sobrepeso e obesidade no País propondo estratégias de “combate” à obesidade.

Desde 1999 o Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolve ações para a atenção ao portador de obesidade grave, as quais visam à assistência integral. A portaria GM/MS nº252<sup>20</sup> de 1999 é o primeiro

---

<sup>20</sup> O documento não está disponível, apenas sua referência na Portaria nº 196, de 29 de fevereiro de 2000.

registro de legislação específica para o tratamento de pacientes com obesidade, pois inclui a gastroplastia na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS e credencia hospitais aptos a realizá-la.

Em 2000, a Portaria nº 196, de 29 de fevereiro (assinada por Barjas Negri) tratou da aprovação dos “[...] critérios clínicos para a indicação de realização de gastroplastia como tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, no âmbito do Sistema Único de Saúde”; “instituir Centros Nacionais de Referência para Cirurgia Bariátrica”; e “Estabelecer os [...] critérios gerais para a seleção de hospitais a serem cadastrados como Centros Nacionais de Referência para Cirurgia Bariátrica”. Os critérios para a indicação cirúrgica foram baseadas no Consenso da SBCBM:

a - Paciente portador de obesidade de grandes proporções, de duração superior a 02 (dois) anos, com Índice de Massa Corpórea - IMC superior a 40 kg/m<sup>2</sup> e resistente aos tratamentos conservadores (dietoterapêuticos, psicoterápicos, medicamentosos, por exercícios físicos) realizados, continuamente, há pelo menos 02 (dois) anos.

b - Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m<sup>2</sup>, portadores de doença crônica associada (diabetes, hipertensão, artropatias, hérnias<sup>21</sup> de disco, apnéia do sono) cuja situação clínica é agravada pelo quadro de obesidade. (BRASIL, 2000).

Em princípio apenas 14 Centros Nacionais de Referência para Cirurgia Bariátrica seriam aprovados, sendo distribuídos da seguinte forma: “Região Nordeste – 04 (quatro) Centros; Região Sudeste – 06 (seis) Centros; Região Sul – 02 (dois) Centros; Região Norte – 01 (um) Centro; e Região Centro-Oeste – 01 (um) Centro” (BRASIL, 2000).

Atualmente o SUS conta com 74 serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, em 21 (vinte e um) Estados (CONITEC, 2017). Os seis Estados da Federação nos quais não existem serviços habilitados pelo SUS em cirurgia Bariátrica são: Amazonas, Roraima, Amapá, Rondônia, Goiás e Piauí.

Em 2001, foi assinada por José Serra a Portaria GM/MS nº 628, que revoga as duas anteriores. Ela, além de aprovar o Protocolo de

---

<sup>21</sup> Tumor mole, que se forma com a saída total ou parcial de uma víscera para fora da membrana que a reveste, através de uma rotura desta.



Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; aprovar as Normas para cadastramento e Centros de referência em Cirurgia Bariátrica; e relacionar os hospitais já cadastrados no Sistema Único de Saúde como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica, igualmente coloca sob responsabilidade do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) as despesas decorrentes do tratamento cirúrgico de obesidade mórbida.

Em 2007 essas portarias foram revogadas e as Portarias nº 1569, nº 1570 e nº 492 são assinadas. As Portarias nº 1.569/GM e nº 1.570/GM, ambas assinadas por José Gomes Temporão em 28 de junho de 2007, institui as “[...] diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade” e “[...] determina a operacionalização da assistência ao portador de obesidade grave”, respectivamente (BRASIL, 2007c). A Portaria nº 492 é assinada por José Carvalho de Noronha e aprova:

- I - Anexo I - Diretrizes para a Atenção ao Paciente com Obesidade Grave;
- II - Anexo II - Normas de Credenciamento/Habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave; e
- III - Anexo III - Formulário de Vistoria. (BRASIL, 2007c).

É nesse momento que aparecem a preocupação com a “[...] implementação do processo de regulação, fiscalização, controle e avaliação da atenção ao portador de obesidade, com vistas a qualificar a gestão pública” e com “a necessidade de promover estudos que demonstrem o custo-efetividade e analisem as diversas formas de intervenção na obesidade” (BRASIL, 2007a).

Tal como mencionado na introdução – a ideia de urgência para tratar a obesidade aparece como divulgação positiva da cirurgia, sempre vinculada a sua excelência/eficiência –, há também o apagamento na legislação do adjetivo mórbido para tratar dos pacientes candidatos à cirurgia (somente encontrado nas Portarias nº 196/2000 e 628/2001). Nesse ponto fica nítido aquilo que Bourdieu (2014, p. 67-68) aponta como alteração no campo simbólico:

[...] mobilizar a doxa e transformar o que é tacitamente admitido como sendo obvio, o que todos os membros de uma ordem social conferem a essa ordem: mobilizar de tal maneira que as proposições enunciadas por esse grupo possam funcionar como palavras de ordem e proceder a essa operação extraordinária que consiste em transformar uma constatação em norma, em passar do positivo ao normativo.

Assim também podemos perceber nas legislações vigentes a falta da fonte do que é sugerido. Apenas na Portaria nº 196 (BRASIL, 2000) explicita que “[...] as indicações clínicas para a realização de gastroplastia, de acordo com consenso<sup>22</sup> estabelecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica/SBCB”.

As legislações em vigor que abordam os impedimentos e indicações para a cirurgia são as Portaria nº 424 e nº 425, de 19 de Março de 2013, ambas assinadas por Alexandre Rocha Santos Padilha.

A Portaria nº 424 “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” (BRASIL, 2013a). Já a Portaria nº 425 “Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade” (BRASIL, 2013b).

Em seu art. 4, a portaria define as atribuições de cada Componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, desde a Atenção Básica, Atenção Especializada (ambulatorial; hospitalar; e Urgência e Emergência) até Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos. Em seu parágrafo único, garante o acesso aos serviços especializados, “[...] independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde” (BRASIL, 2013a).

Em seu primeiro anexo, a Portaria nº 424 dispõe as diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade.

As indicações cirúrgicas são:

- a. Indivíduos que apresentem IMC <sup>3</sup>50 Kg/m<sup>2</sup>;
- b. Indivíduos que apresentem IMC <sup>3</sup>40 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento

---

<sup>22</sup> Consenso não oficial, pois o documento do Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade iniciou as discussões em 2004 e foi publicado apenas em 2008.

clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

c. Indivíduos com IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos. (BRASIL, 2013a).

Além das indicações, alguns critérios devem ser considerados.

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escorez maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-

operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe<sup>23</sup>;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica). (BRASIL, 2013a).

Em relação à idade, a recomendação é irrestrita para pacientes entre 18 e 65 anos. Para indivíduos mais novos ou mais velhos, é necessária avaliação individual pela equipe médica. A cirurgia em crianças e adolescentes deve ter acompanhamento e aprovação de um pediatra. Para os menores de idade, é necessário também consentimento familiar.

Já em relação ao tempo de doença, a indicação de cirurgia é feita para pacientes que apresentam obesidade e comorbidades há mais de dois anos, com acompanhamento e tratamento tradicional. Nem sempre tempo de tratamento corresponde ao tempo de doença. Muitos relatos nas mídias sociais é que a obesidade acompanha os pacientes desde a infância, mas também há casos de obesidade pós-gravidez. A legislação obriga que se trate clinicamente a obesidade por dois anos e apenas em casos de ineficácia a cirurgia é indicada.

A Portaria nº 424, de 19 de março de 2013 também dispõe sobre as contraindicações à cirurgia. São elas:

- a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra-indicativos obrigatórios à cirurgia;
- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;

---

<sup>23</sup> É comum que os pacientes assinem uma declaração de ciência dos riscos cirúrgicos, bem como das consequências de curto, médio e longo prazo.

e. Síndrome de Cushing<sup>24</sup> decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos. (BRASIL, 2013a).

Podemos perceber que os indivíduos que se submetem ao tratamento cirúrgico devem cumprir critérios rígidos e excludentes. Como esses critérios nem sempre são seguidos pelo setor privado – e há mais ofertas de profissionais e clínicas dispostas a realizar a cirurgia –, não é difícil entender como o sistema privado possui frequência superior de realização da cirurgia quando comparado ao sistema público.

A Portaria nº 425 trata em seus anexos das

[...] diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica; [...] normas de Credenciamento/Habilitação para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade; [...] e relação dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM25 do SUS. (BRASIL, 2013b).

As normas para o acompanhamento pré-cirúrgico são apresentadas no quadro seguinte:

Quadro 2: Normas de acompanhamento ao paciente.

Pré-operatório/Fases	Avaliações
Fase inicial	<p>Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e quando necessário pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.</p> <p>Indivíduos com IMC<sup>25</sup> 50 kg/m<sup>2</sup> recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do excesso de peso no pré-operatório.</p> <p>Reuniões do grupo multiprofissionais, realizadas mensalmente, devem enfatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.</p>
Fase secundária	<p>Avaliação do risco cirúrgico</p> <p>Exames pré-operatórios: Radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTT, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, fríglicídeos, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicosilada, (sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25 (OH) vitamina D3).</p>

<sup>24</sup> Doença que ocorre devido à elevada quantidade de cortisol no sangue e pode ter origem endógena ou exógena.

<sup>25</sup> Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

Fonte: Brasil, 2013b.

O pós-operatório deve ser feito por mais 18 meses após a cirurgia e os exames devem ser realizados de acordo com a periodicidade estabelecida no quadro que segue:

Quadro 3: Consultas de acompanhamento no pós-cirúrgico.

CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO POS-OPERATORIO E EXAMES POS-OPERATORIOS
Entre 15 a 30 dias (1º mês) Consulta com cirurgião e nutricionista.
No 2º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 3º mês Consulta com clínico, psicólogo e nutricionista.
No 4º mês Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo.
No 6º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 9º mês Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
Entre 12º e 15º meses Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
18º mês Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.

Fonte: Brasil, 2013b.

A Portaria nº 425 também dispõe sobre os profissionais que atuarão na equipe de assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. A equipe é formada por:

### 3.2.1 - Equipe Mínima:

- a) Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo;
- b) Nutricionista;
- c) Psicólogo ou Psiquiatra;
- d) Clínico geral ou endocrinologista.

### 3.2.2 - Equipe Complementar (apoio multiprofissional):

3.2.2.1 A estabelecimento deverá contar, em caráter permanente, com:

- a) Equipe médica composta por: clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular e cirurgião plástico;
- b) Anestesiologista;
- c) Enfermagem;
- d) Assistente Social,

e) Fisioterapeuta. (BRASIL, 2013b).

Os tipos de cirurgia aprovados/reembolsados, a partir da portaria são: Gastrectomia com ou sem desvio duodenal<sup>26</sup>; Gastroplastia vertical com banda; Gastroplastia com derivação intestinal; e Gastrectomia vertical em manga (Sleeve) (Brasil, 2013b).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) contém em seu rol de procedimentos a cirurgia bariátrica, mas não apresenta rastro das listas anteriores, o que dificulta conhecer a data da inclusão da cirurgia nos pacotes dos planos de saúde.

Os dados oficiais relativos à cirurgia bariátrica são sempre posteriores ao ano de 2003, como se as cirurgias anteriores à legalização pelo Ministério da Saúde não existissem e/ou não fossem legitimadas. Torna-se explícita a importância da declaração do Estado para legitimar e outorgar legitimidade à cirurgia e ao cirurgião.

Todos os critérios devem ser levados em consideração pela equipe médica multidisciplinar que acompanha o paciente. Levamos em conta que esses critérios também são negociados entre os profissionais responsáveis, pacientes, mercado. A Portaria nº 492 de 2007 (e já revogada) foi a que apresentou mais minuciosamente os critérios, questionários, formulários e procedimentos no pré e pós-cirúrgico, trazendo para a legislação as possibilidades de não consenso entre os profissionais e quais as alternativas nesses casos. A legislação que a substituiu suprimiu essas preocupações.

Entre os conselhos de classe e associações dos profissionais envolvidos na equipe multidisciplinar (psicólogos, nutricionistas, psiquiatras, nutrólogos, endócrinos), apenas o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Nutrição deram algum parecer sobre a cirurgia.

O Conselho Federal de Nutrição faz apenas um parecer sobre a importância do tratamento nutricional da obesidade e uma recomendação de conduta sobre o acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica e metabólica. Dentre as recomendações feitas aos nutricionistas, a Recomendação nº 007, de 3 de Agosto de 2016, do CFN lista:

6. Na emissão do laudo, pelo Nutricionista, para realização da cirurgia bariátrica limitar-se às informações provenientes do seu acompanhamento

---

<sup>26</sup> Na região do duodeno (parte inicial do intestino delgado, que se segue ao estômago e termina na região do jejuno).

nutricional. O documento deve conter minimamente as seguintes informações: evolução do peso do paciente aferido durante as consultas, história prévia (tratamentos anteriores para redução de peso – tratamentos clínicos, fármacos, uso de balão intragástrico), diagnóstico nutricional, evolução do paciente, ciência do paciente e dos familiares sobre o procedimento, condição alimentar e nutricional do paciente para a processo cirúrgico e tempo de acompanhamento nutricional pré-cirúrgico. Deve ainda conter dados que permitam a correta identificação do nutricionista, como nome completo, profissão, número de inscrição e respectiva jurisdição do CRN;

7. Evitar emitir laudo nutricional para cirurgia bariátrica com apenas uma consulta, tendo em vista a importância do acompanhamento nutricional prévio.

8. A expedição do laudo pelo nutricionista é contraindicada nos casos em que a obesidade é decorrente de doenças endócrinas; em jovens em fase de crescimento; nos casos de pacientes com dificuldade de compreender riscos, benefícios, resultados esperados, alternativas de tratamento e mudanças no estilo de vida requeridas pela cirurgia, cuja liberação deverá ser, preferencialmente, conjunta com a equipe multiprofissional.

Especialmente na sexta recomendação, é explícita a limitação nutricional no parecer, seja favorável ou não à cirurgia. Então a/o nutricionista deve levar o tempo necessário para avaliar o desenvolvimento do tratamento nutricional da obesidade.

Já o Conselho Federal de Medicina, como já mencionamos, tem dentre suas publicações àquelas que estabelecem as “[...] normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe” (CFM, 2005). As resoluções definem e atualizam os critérios a serem observados como, por exemplo: comorbidades, equipe, contraindicação e procedimentos aceitos – e proscritos.

Alguns desses critérios sofreram modificações ao longo os anos. Um deles é a indicação a cirurgia. No quesito das comorbidades, até 2015 as doenças consideradas comorbidades da obesidade eram: “[...] diabetes



tipo 2, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronária, osteo-artrites e outras” (CFM, 2010). A partir da Resolução CFM nº 2.131/2015, o número de doenças consideradas comorbidades aumentou passando a ser:

diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto de miocárdio (IM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (*pseudotumorcerebri*), estigmatização social e depressão. (CFM, 2015).

Outro critério, que é de responsabilidade do CFM, é a precaução ou contra-indicação à cirurgia:

[...] uso de drogas ilícitas ou alcoolismo; transtorno de humor grave, quadros psicóticos em atividade ou quadros demenciais; e compreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, a longo prazo. (CFM, 2015).

A indicação dos profissionais relacionados ao processo pré e trans-operatório também é apresentada nas resoluções do CFM. Em 2005, na Resolução nº 1766, a composição proposta era: “[...] cirurgião com formação específica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anesthesiologista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes” (CFM, 2005). Já em 2015, outros profissionais são incluídos, ficando a equipe composta por:

cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo. Se necessário, para melhor tratamento dos pacientes, outros especialistas, como cardiologistas e pneumologistas, podem ser acionados. A equipe de atendimento hospitalar deve estar familiarizada com as características da população atendida e os efeitos dos procedimentos cirúrgicos, sendo composta por anesthesiologista, fisioterapeuta e equipe de enfermagem. (CFM, 2015).

Com relação aos procedimentos aceitos, a principal alteração foi a inclusão, na Resolução 1942/2010, da Gastrectomia Vertical (também conhecida como Sleeve). Além da Gastrectomia vertical, hoje, são aceitos pelo CFM o “Balão intragástrico, Banda gástrica ajustável, Cirurgia de derivação gástrica com reconstituição em y de Roux sem ressecção gastrointestinal (Bypass gástrico), Cirurgia de Scopinaro, Cirurgia de duodenal-switch” (CFM, 2015).

As portarias supracitadas são exemplo de relatórios oficiais que legitimam a prática médica e também autorizam como autoridade de Estado<sup>27</sup>.

[...] haverá um relatório oficial que será entregue oficialmente, com uma autoridade quase oficial. Um relatório não é um discurso ordinário, mas um discurso performativo, relato àquele que o pediu e que, ao pedi-lo, deu-lhe de antemão uma autoridade. (BOUDIEU, 2014, p. 58).

Nesse sentido, há uma concordância dos relatórios oficiais e dos discursos médicos legitimados. Um exemplo são as indicações que os associados da SBCBM fazem aos responsáveis pela aprovação das legislações. Em 2006, o boletim bimestral da Sociedade relata o encontro de alguns de seus membros com deputados federais e o então secretário de atenção à saúde do Ministério da Saúde – José Temporão, para reivindicar a publicação da legislação, que estava suspensa por falta de orçamento. A Portaria foi aprovada apenas em 2007, mas desde o encontro a Sociedade pressionou o Ministério, seja pelos encontros, seja

---

<sup>27</sup> Trataremos especificamente da autoridade médica no próximo capítulo.

por ações junto à imprensa (matérias em jornais, entrevistas em rádio e televisão). Podemos acompanhar as aparições em programas televisivos como o Programa da Tarde (Rede Record) em 30/07/2007 e novamente dia 13/08/2007; o programa Dia a Dia (Rede Bandeirantes) no dia 07.11.2007; Programa Vida e Saúde (Rede TVCom) em 07/04/07.

Essa convergência entre Estado e categoria médica torna ainda mais poderosa a violência simbólica exercida pelo Estado e pelos médicos. Esses critérios (de classificação da realidade) e protocolos a serem observados são os critérios de inclusão, mas principalmente de impedimentos para a participação nesse mercado<sup>28</sup>. Neles ficam definidos os incluídos e os excluídos, mas também dão a possibilidade de mobilizar o conhecimento para “burlar” as regras e/ou negociá-las.

Se considerarmos a profissão médica atualmente, fica claro que sua principal característica é a sua preeminência. É preeminente não apenas no prestígio, mas também na autoridade relativa à sua especialidade. Isto para dizer que o conhecimento médico sobre doenças e seu tratamento é considerado autorizado e definitivo. [...] a posição da Medicina hoje em dia está próxima das antigas religiões de Estado – ela tem um monopólio aprovado oficialmente sobre o direito de definir o que é saúde e doença e tratá-la. (FREIDSON, 2009, p. 25).

### 2.2.1 As Técnicas

As cirurgias diferenciam-se pelo mecanismo de funcionamento. Existem três procedimentos básicos da cirurgia bariátrica e metabólica: **Restritivos** – que diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar; **Disabsortivos** – que reduzem a capacidade de absorção do intestino; e **Técnicas mistas** – com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino com discreta má absorção de alimentos.

São aprovadas no Brasil quatro modalidades diferentes de cirurgia bariátrica e metabólica (além do balão intragástrico, que não é considerado cirúrgico):

---

<sup>28</sup> Da mesma forma, para os profissionais, há barreiras de entrada. Trataremos esse assunto mais elaboradamente no próximo capítulo.

**- Bypass gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”):** é feito o grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem e a melhora do ciclo da síndrome metabólica.

O método consiste na redução da capacidade gástrica para um volume de aproximadamente 20 ml. O estômago remanescente, assim como o duodeno e os primeiros 50 cm de jejuno<sup>29</sup>, ficam permanentemente excluídos do trânsito alimentar. O pequeno reservatório gástrico é então anastomosado a uma alça jejunal isolada em Y (daí a origem do nome, sendo Roux o cirurgião criador da técnica) e seu esvaziamento limitado por um anel de silicone, colocado 5,5 cm distal<sup>30</sup> à transição esofagogástrica e 1,5 cm proximal à anastomose<sup>31</sup> gastrojejunal, reduzindo o diâmetro da luz gástrica para 12 mm. As secreções provenientes do estômago e do duodeno exclusivos desembocam no jejuno por uma anastomose de 100 cm a 159 cm abaixo do reservatório, distância que irá depender do IMC do paciente. (ZEVE et al. 2012, p. 138).

A eficácia tem destaque devido a sua elevada eficiência (75% de diminuição do excesso do peso inicial) e baixa morbimortalidade.

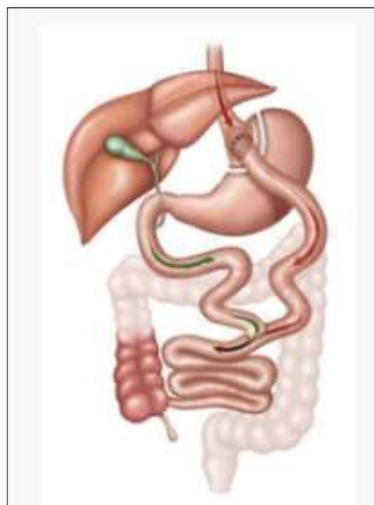
---

<sup>29</sup> Parte do intestino delgado entre o duodeno e o íleo.

<sup>30</sup> Diz-se da parte mais afastada de um órgão, em relação à sua base ou ponto de inserção.

<sup>31</sup> Comunicação, natural ou resultante de processo cirúrgico, entre tubos, vasos sanguíneos, nervos da mesma natureza.

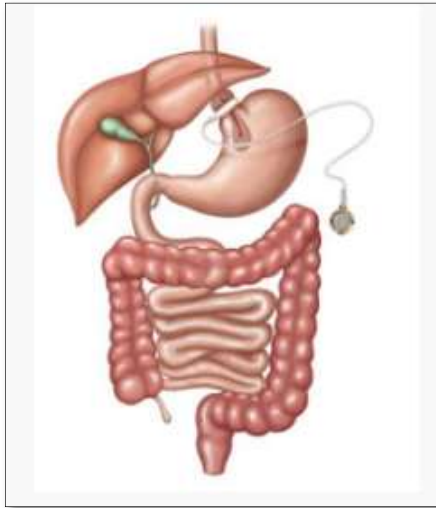
Figura 1: Técnica Bypass gástrico.



Fonte: SBCBM, 2016.

- **Banda gástrica ajustável:** um anel de silicone inflável e ajustável é instalado ao redor do estômago, que aperta mais ou menos o órgão, tornando possível controlar o esvaziamento do estômago. “Diante disso, a distensão gástrica (bolsa gástrica) e esofágica, na presença de alimentos sólidos, emitem para o cérebro, por meio de mecanismos humorais e neurais, sinais que levariam à saciedade” (ZEVE et al., 2012, p. 135). A média de perda de peso é de, aproximadamente, 35,8% do peso inicial, porém existe uma alta frequência de reganho de peso, levando ao questionamento de seu uso.

Figura 2: Técnica Banda gástrica ajustável.



Fonte: SBCBM, 2016.

- **Gastrectomia vertical:** é também chamada gastrectomia em manga, gastrectomia longitudinal ou ainda gastrectomia *sleeve*. Nesse procedimento, o estômago é transformado em um tubo (com remoção de 70 a 80% do estômago proximal ao antro<sup>32</sup>) com capacidade de 80 a 100 mililitros. A gastrectomia vertical funciona como uma restrição gástrica, com um componente hormonal associado (redução da grelina<sup>33</sup>).

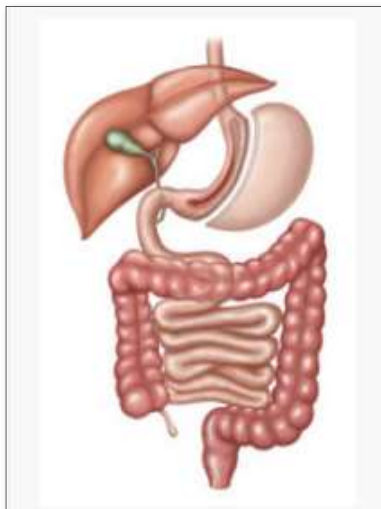
Dentre as vantagens deste procedimento tem-se a não exclusão do duodeno do trânsito alimentar, portanto, não há interferência com o sítio de absorção de ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo B. Pode ser transformada, no caso de insucesso, num procedimento com algum componente disabsortivo, como o *by-pass* gástrico em Y de Roux e a derivação biliopancreática com *duodenal switch*, e permite acesso às vias biliar e

<sup>32</sup> Região localizada próxima ao piloro, a válvula que liga o estômago à primeira porção do intestino delgado, o duodeno.

<sup>33</sup> Hormônio produzido pelo estômago e segregado em maior quantidade quando este está vazio, provocando a sensação de fome e estimulando o apetite.

pancreática por métodos endoscópicos habituais. (ZEVE et al., 2012, p. 136).

Figura 3: Técnica Gastrectomia vertical.



Fonte: SBCBM, 2016.

- **Duodenal Switch:** é a associação entre gastrectomia vertical e desvio intestinal. Nessa cirurgia, 85% do estômago são retirados, porém a anatomia básica do órgão e sua fisiologia de esvaziamento são mantidas.

Essa técnica se configura, portanto, em um procedimento de *by-pass* da secreção biliopancreática, que passa a ter contato com os alimentos somente no intestino delgado distal (50 a 70 cm distante da válvula ileocecal<sup>34</sup>), bem próximo ao intestino grosso. A alça alimentar tem seu tamanho reduzido, passando a medir somente 2,0 a 2,5 metros entre o estômago e o intestino grosso. (ZEVE et al., 2012, p. 137).

---

<sup>34</sup> Válvula situada entre o intestino delgado e o intestino grosso e que controla a passagem unidirecional do conteúdo do intestino.

Esta é uma técnica pouco restritiva, porém muito disabsortiva, o que pode gerar casos de diarreia crônica, flatulências e desnutrição.

Figura 4: Técnica Duodenal Switch.



Fonte: SBCBM, 2016.

A cirurgia pode ser realizada por laparotomia (abordagem aberta) – com um corte de 10 a 20 centímetros no abdômen – ou por laparoscopia (menos invasiva e mais confortável ao paciente) – onde são feitas de quatro a sete mini-incisões de 0,5 a 1,2 centímetros cada uma, por onde passam as cânulas e a câmera de vídeo. Desde janeiro de 2017, o SUS incluiu o procedimento por videolaparoscopia (BRASIL, 2017). Durante congresso<sup>35</sup> da área em 2017, foi relatada a desorganização do processo de aprovação da cirurgia videolaparoscópica, pois a cirurgia foi aprovada, mas não foi incluído no rol de insumos/materiais pagos pelo sistema público àqueles necessários para a sua realização, impossibilitando que os profissionais e hospitais executassem as cirurgias por esta via.

Embora não comum, a cirurgia pode gerar complicações, como: infecções; tromboembolismo; separação das suturas; desprendimento de grampos; obstrução intestinal; hérnia no local do corte; infecções

---

<sup>35</sup> XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da SBCBM, de 2017. Mais detalhes sobre o congresso serão analisados no terceiro capítulo da presente tese.



internas; e pneumonia. Pacientes submetidos à cirurgia de duodenal switch podem apresentar reações no pós-operatório, como desnutrição, fezes de forte odor e diarreias, pois essa é uma operação que pode causar a má absorção de alimentos (SBCBM, 2016).

### 2.2.2 Novas Técnicas

Nesse momento onde a cirurgia já está estabelecida, muitas são as inovações. Mesmo sem aprovação pelo Conselho Federal de Medicina (2017), a gastroplastia endoscópica já está disponível no mercado das cirurgias bariátricas. Ela é apresentada como uma alternativa aos pacientes que não possuem comorbidades e com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 40 kg/m<sup>2</sup>. Ao mesmo tempo que não expõe os pacientes a complicações severas também não favorece a mesma perda de peso que os outros procedimentos, ficando na margem de 20% de perda (CANCIAN, 2017b). A Anvisa aprovou em 2016<sup>36</sup> (e alguns Conselhos Regionais de Medicina<sup>37</sup> posteriormente) o procedimento que consiste em suturar entre 50% e 60% do estômago via endoscopia, onde a diminuição do tamanho do estômago gera saciedade. “A operação dura uma hora (trinta minutos menos que a convencional) e a anestesia é geral, como acontece na cirurgia tradicional. Os riscos pós-operatórios, como sangramento e perfuração, no entanto, são menores e a recuperação, mais rápida” (FARIAS, 2017). A técnica foi desenvolvida há cinco anos por uma equipe de oito médicos, entre eles um brasileiro. De acordo com o responsável pela técnica no Brasil, o preço do procedimento é 30% mais baixo que as outras técnicas, ficando em torno de R\$17.000,00 (FARIAS, 2017).

Outra inovação está acontecendo nas operações plásticas reparadoras. A legislação obriga que os hospitais e planos de saúde cubram essas cirurgias, mas muitas vezes elas são objeto de disputas judiciais, pois há a alegação que são cirurgias estéticas e por isso não seriam obrigatórias. Visando o atendimento de mais pacientes e com menos burocracia (pois demandaria apenas um processo), há no Rio de Janeiro um hospital incluído nas instituições que atende pelo SUS realizando as cirurgias reparadoras em várias partes do corpo ao mesmo

---

<sup>36</sup> Não há a referência ao número do informe/legislação da Anvisa nos diversos artigos *on-line* destinados ao grande público.

<sup>37</sup> Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo em 11/2017;

tempo para reduzir o excesso de pele. A técnica está sendo divulgada entre os médicos para que haja expansão do atendimento (TEIXEIRA, 2017).

A mais recente mudança nos critérios para a cirurgia bariátrica e metabólica é a sua realização para o tratamento exclusivo do diabetes mellitus tipo 2.

Pelos critérios estabelecidos, além de ter IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, pacientes poderão ser elegíveis para se submeter a esse procedimento se apresentarem: idade mínima de 30 anos e máxima de 70 anos; diagnóstico definido de diabetes tipo 2 a menos de 10 anos; apresentar refração comprovada ao tratamento clínico; e não possuir contraindicações para o procedimento cirúrgico proposto. (CFM, 2017).

Para o Conselho Federal de Medicina (2017), o número de pessoas diabéticas no Brasil (em 2015, com idade entre 20 e 79 anos) atingiu a marca de 14,3 milhões; pesquisas que comprovam a eficácia e segurança da cirurgia; e as indicações de órgãos internacionais como International Federation of Diabetes (IFD), American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS), International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) e National Institute for Health and Care Excellence (NICE) são indicadores mais que suficientes para a tomada de decisão a favor da cirurgia bariátrica e metabólica para o tratamento da diabetes<sup>38</sup>.

A indicação cirúrgica se dará por dois médicos especialistas em endocrinologia, mediante parecer fundamentado que ateste a refração ao tratamento clínico otimizado com uso de antidiabéticos orais e/ou injetáveis, além de mudanças no estilo de vida do paciente. (CFM, 2017).

Além dos endocrinologistas, a equipe de multiprofissionais envolve: cirurgião geral ou do aparelho digestivo, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista.

---

<sup>38</sup> Em 2012 o CFM publicou uma nota informando posicionamento desfavorável ao uso das técnicas de cirurgia bariátrica para tratamento de diabetes ou síndromes metabólicas.

Podemos perceber – para além do tratamento do diabetes mellitus tipo 2 – que a mudança do critério relacionado ao indicador IMC abre o precedente para que a cirurgia passe a ser indicada a um número cada vez maior de indivíduos. A mudança do IMC muda a lógica do risco e gera “evidências” para a tomada de decisão dos pacientes a favor do procedimento cirúrgico.

### **2.3 Bariátricas: um mercado em ascensão**

Os primeiros estudos sobre o tratamento cirúrgico da obesidade datam da década de 1950 e as primeiras técnicas tinham como objetivo o efeito desabsortivo através da exclusão de parte do intestino delgado. “O termo bariátrico foi adoptado em 1965 e deriva do prefixo grego *baro*, que significa peso, e do sufixo *iatros* que significa os que praticam a medicina” (TAVARES et al., 2011, p. 113). De acordo com os autores Dr. Mason é considerado o “pai” da cirurgia bariátrica. Na década de 1970 esses procedimentos foram abandonados por causa de “[...] seus efeitos indesejáveis graves e frequentes” (GARRIDO JUNIOR, 2000, p. 106).

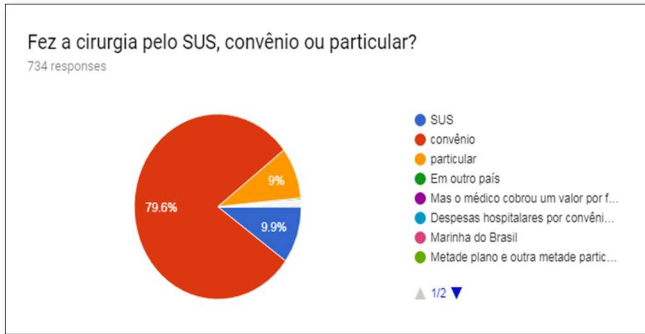
Em 1986, Dr. Fobi propôs um *by-pass* gástrico utilizando anel de silicone sem incisões no estômago, sendo o anel utilizado como elemento de limitação de distensão do estômago. Já na década de 1990, Dr. Capella propôs uma operação similar na qual realizava uma gastroplastia associada a um *by-pass* gastrointestinal, trazendo dimensões menores ao estômago. “E são estas modificações, no *bypass* gástrico, realizadas por Fobi e Capella, consideradas hoje o ‘padrão ouro’ da cirurgia bariátrica” (ZEVE et al., 2012, p. 133).

No Hospital das Clínicas da FMUSP, começaram a ser realizadas em 1978, com operações mal absorptivas de derivação jejuno-ileal (logo interrompidas). “Em setembro de 1999 havíamos realizado 1.007 operações para tratamento da obesidade mórbida” (GARRIDO JUNIOR, 2000, p. 107). A cirurgia começou a ser realizada em maior escala no país a partir do ano 2000, quando alguns planos de saúde particulares e a rede pública passaram a pagar os custos do procedimento (MARCELINO, PATRÍCIO, 2011).

Em 2016 foram mais de 100.000 cirurgias realizadas no Brasil, e em 2017 esse número subiu para 105,600 (ALVES, 2018). São números bastante altos, visto que em 2003 foram apenas 16.000 (SBCBM, 2014), como já mencionado. No total o Brasil realizou, de 2003 a 2017, mais de 870.000 cirurgias. Àquelas realizadas pelo SUS somam desde seu início (até 2015) mais de 57.000 cirurgias, não chegando a 5% do total

(CONITEC, 2017). Das 734 respostas ao questionário (que analisaremos no próximo capítulo) dos integrantes dos grupos do Facebook, praticamente 10% realizaram suas cirurgias pelo SUS.

Gráfico 1: Formas de acesso à cirurgia.



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a SBCBM, o número de procedimentos não é ainda maior porque a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ainda não considera em suas diretrizes as novas indicações da cirurgia bariátrica que foram recomendadas pela Resolução CFM nº 2.131/2015 (ALVES, 2018).

Gráfico 2: Quantidade de cirurgias realizadas anualmente de 2003 a 2015.



Fonte: SBCBM.

Alvim (2017), ao entrevistar alguns médicos não tão adeptos à realização da cirurgia bariátrica e metabólica, evidenciou que nem sempre os cirurgiões cumprem com cuidado todo o protocolo de indicação cirúrgica. Alguns estudos têm alcançado bons resultados no tratamento clínico tradicional da obesidade, mostrando que, quando assistidos, os pacientes conseguem perder peso e manter a perda por mais de dois anos. Esses resultados trazem à tona uma possível banalização da cirurgia bariátrica e metabólica, pois não há mais o tratamento assistido prévio. Conforme Alvim (2017), o médico entrevistado também evidencia a necessidade do acompanhamento pós-cirúrgico para que exista sucesso no tratamento. Nesse mesmo artigo, a autora traz o argumento da SBCBM, representada pelo seu presidente, que reafirma os dados estatísticos onde já “é sabido” que a maioria das tentativas de emagrecimento pelo tratamento clínico convencional em obesos mórbidos é ineficaz e por isso a cirurgia é a melhor opção (ALVES, 2016).

A questão que surge são as consequências pós-operatórias, nem sempre satisfatórias a longo prazo, pois os problemas nutricionais, psicológicos e endócrinos não foram tratados nem prévia nem posteriormente à cirurgia. O que nos leva ao relato escrito por Pinheiro (2016) sobre a responsabilização criminal do médico-cirurgião. Para que não seja responsabilizado criminalmente por qualquer infortúnio advindo do processo cirúrgico, o médico que é responsável pela solicitação e pela execução da intervenção cirúrgica bariátrica deve se fazer valer da

legislação, muito clara quanto aos preceitos. A sugestão é que os profissionais sigam a legislação e consenso da SBCBM com relação as regras técnicas da cirurgia. Bem como já mencionamos, solicitem aos pacientes que assinem uma declaração de ciência dos riscos decorrentes à cirurgia.

De acordo com relatos nos grupos de Facebook, algumas pessoas não passam por esse processo de acompanhamento clínico para o tratamento da obesidade antes da decisão pela cirurgia. O que muitas relatam é a constante tentativa de emagrecimento, sempre ineficaz. Há casos onde as pacientes fazem um processo de engorda para que possam ser aceitas pelos cirurgiões e iniciarem o processo pré-cirúrgico. Há também os casos de clínicas, hospitais e planos de saúde, onde o critério do tempo não é obedecido e que as cirurgias são feitas em até dois meses após a decisão do paciente.

Dados divulgados durante o congresso<sup>39</sup> na área em 2017 nos mostram que a equipe médica e multiprofissional não consegue fazer o acompanhamento de seus pacientes, principalmente depois de mais de dois anos da cirurgia. Todos os autores da área nutricional e psicológica indicam o acompanhamento multiprofissional pré e pós-cirúrgico como indispensável para o sucesso do tratamento da obesidade (MOREIRA; ESPÍNDOLA; AZEVEDO, 2015; CAMBI; MARCHESINI; BARETTA, 2015; RAMOS et al. 2015; BARROS et al., 2015; SILVEIRA JÚNIOR et al. 2015; NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013; MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Em contrapartida, observamos no quadro a seguir os dados, fornecidos pelo Ministério da Saúde, da distribuição das cirurgias realizadas no Brasil de 2010 a 2016:

---

<sup>39</sup> Baseados em uma pesquisa privada com mais de 200 pacientes de quatro grandes centros privados de cirurgia bariátrica e metabólica do Brasil. A pesquisa se deu por entrevistas com pacientes indicados pelos centros e que tinham entre cinco a sete anos de cirurgia.

Quadro 4: realização de cirurgias bariátricas por região, de 2010 a maio de 2016.

UF	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>NORTE</b>							
AC	0	0	1	10	9	55	18
PA	32	43	50	66	31	23	3
TO	8	19	40	22	23	29	6
<b>NORDESTE</b>							
AL	13	13	18	14	13	23	9
BA	107	128	92	55	25	10	7
CE	83	79	88	67	96	79	27
MA	3	2	26	4	17	14	23
PB	0	0	20	1	20	18	10
PE	159	218	261	303	220	202	78
RN	43	49	71	93	79	135	60
SE	5	8	7	5	17	10	3
<b>SUL</b>							
PR	1922	2398	2680	3146	3018	3160	1508
RS	195	229	240	257	350	392	157
SC	280	237	241	246	345	481	141
<b>SUDESTE</b>							
ES	170	262	261	286	372	529	237
MG	113	129	151	257	500	574	253
RJ	22	14	20	22	14	41	21
SP	1193	1443	1682	1848	1754	1633	735
<b>CENTRO OESTE</b>							
MS	84	84	66	94	120	127	29
DF	27	8	5	3	2	26	0
MT	90	17	11	3	0	0	0

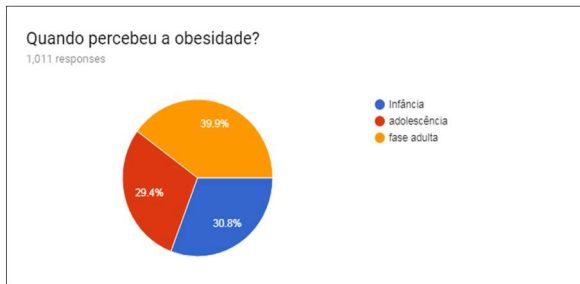
Fonte: Brasil (2016) – via Portal da Transparência.

O Plano Nacional de Saúde traz os dados sobre a obesidade no País:

Nas crianças de cinco a dez anos de idade, o excesso de peso atualmente afeta mais de 30% da população e a obesidade cerca de 14%, enquanto, entre os adolescentes, 20% apresentam excesso de peso e 5% estão obesos. Na população adulta, o quadro é ainda mais alarmante, haja vista que metade das pessoas com 20 ou mais anos de idade apresenta excesso de peso e perto de 15% estão obesas. (BRASIL, 2011).

O *website* da Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) mostra que na região Sul do País (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), o excesso de peso entre crianças de cinco a nove anos é de 35,9%; entre crianças de 10 a 19 anos é de 24,6%; e entre adultos é de 56,08%. A região é a que apresenta maior índice entre adultos em comparação às outras. Percebemos uma distribuição razoavelmente homogênea na distribuição dos respondentes do questionário para a temática da fase da vida em que desenvolveram a obesidade, com certa prevalência do aumento de peso na fase adulta.

Gráfico 3: Percepção sobre o início da obesidade.

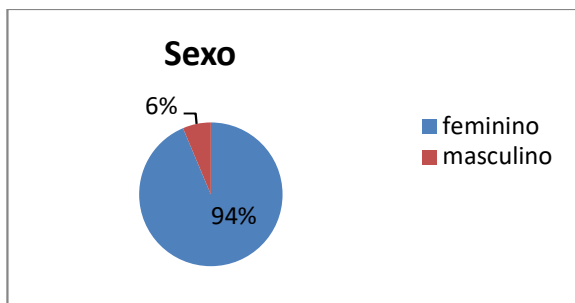


Fonte: Elaboração própria.

O perfil dos pacientes submetidos à cirurgia é predominantemente feminino. Estudos demonstram que desde 1987 (85%) as mulheres buscavam mais o procedimento que os homens (ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012). Esse dado corresponde ao encontrado em nossa pesquisa, apresentada no gráfico a seguir. Dos 1015 respondentes do questionário, 94% são mulheres.



Gráfico 4: Classificação dos pacientes por sexo.



Fonte: Elaboração própria.

Oliveira, Merighi, Jesus (2014) também evidenciam a disparidade entre a procura de homens e mulheres e como esse dado não é compatível com a prevalência da obesidade entre os gêneros.

Um inquérito realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008-2009 aponta que a prevalência nacional de obesidade nos homens é de 12,4%, enquanto nas mulheres a taxa sobe para 16,9%. [...] Evidencia-se que a diferença percentual da prevalência de obesidade entre os sexos é pequena se comparada com a diferença expressiva de procura pela cirurgia bariátrica entre homens e mulheres. Pesquisas realizadas no âmbito nacional e internacional evidenciaram que, do total de obesos no pré-operatório da cirurgia bariátrica, aproximadamente 80% eram do sexo feminino. (OLIVEIRA; MERIGHI; JESUS, 2014, p. 971).

De acordo com a pesquisa Vigitel<sup>40</sup> de 2016 (BRASIL, 2017), o Brasil apresentou uma frequência de excesso de peso de 53,8% e uma frequência de adultos obesos de 18,9%. Podemos perceber na figura que nos últimos 10 anos houve um aumento na frequência de sobrepeso e obesidade no País, mas seguindo o raciocínio de Poulain (2013b), é

---

<sup>40</sup> Vigitel – sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). O sistema faz parte das ações do Ministério da Saúde para estruturar a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

possível questionar se esse aumento constitui justificativa da realização da cirurgia bariátrica e metabólica de maneira automática.

Quadro 5: Distribuição da obesidade e excesso de peso entre os anos de 2006 e 2016.

Indicadores do Vigitel que apresentaram variação temporal significativa. População adulta (≥ 18 anos) de ambos os sexos das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal (2006-2016)

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variação anual média (em pp) <sup>a</sup>
% com excesso de peso (IMC ≥ 25kg/m <sup>2</sup> )	42,6	43,4	44,9	46,0	48,2	48,8	51,0	50,8	52,5	53,9	53,8	1,21
% com obesidade (IMC ≥ 30kg/m <sup>2</sup> )	11,8	13,3	13,7	14,3	15,1	16,0	17,4	17,5	17,9	18,9	18,9	0,73

pp: Pontos percentuais  
<sup>a</sup>Correspondente ao coeficiente da regressão linear do valor do indicador sobre o ano do levantamento.  
 Nota: As estimativas para a evolução de alguns indicadores poderão apresentar pequenas variações com relação a estimativas divulgadas em relatórios anteriores do Vigitel em função de aperfeiçoamentos metodológicos quanto a fatores de ponderação e imputação de dados faltantes (ver Capítulo 2 – “Aspectos Metodológicos”).

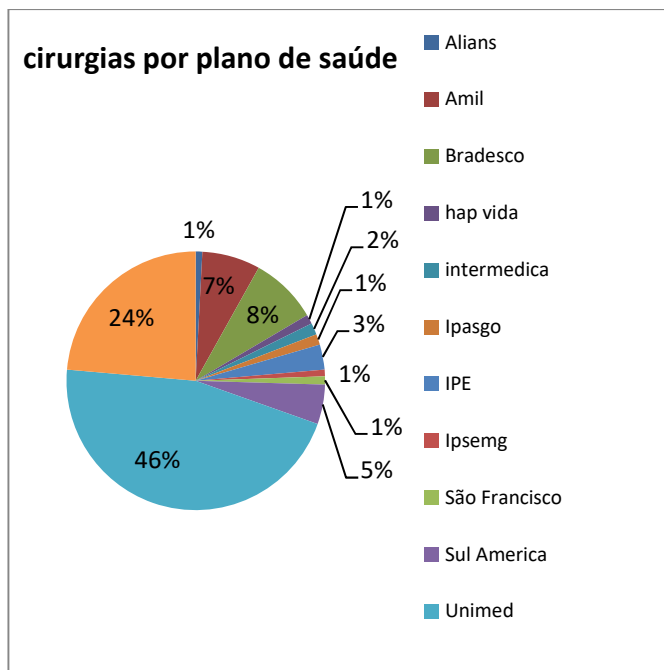
Fonte: Brasil, 2017.

Levando-se em consideração que um cirurgião faz em média 40<sup>41</sup> cirurgias ao mês e que pode receber de R\$1.000,00 a R\$7.000,00 por cirurgia (via planos de saúde), esse é um negócio que gera renda significativa, além de proporcionar saúde.

Os planos de saúde também entendem que o aumento de cirurgias bariátricas e metabólicas pode ser um bom negócio – a rede de prevenção à obesidade é ainda uma exceção. Das 735 pessoas que responderam ao questionário e já haviam realizado a cirurgia, 80% a fizeram via planos de saúde. O gráfico a seguir mostra os principais planos de saúde utilizados por eles para a realização do procedimento cirúrgico. Percebemos que a Unimed é a empresa líder desse mercado, bem à frente de suas concorrentes.

<sup>41</sup> Dados coletados durante o Congresso do setor, em 2017.

Gráfico 5: Distribuição de cirurgias realizadas por planos de saúde.



Fonte: Elaboração própria.

Em 2017, 47,5 milhões de brasileiros tinham plano de saúde. Destes, dados do Ministério da Saúde e ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) mostram

[...] que a proporção de obesos entre usuários de planos de saúde subiu 36% em sete anos: de 12,5%, em 2008, para 17%, em 2015. Se considerados todos os usuários que estão acima do peso ideal, esse índice já chega a 52,3% – um aumento de 12,5% no mesmo período. (CANCIAN, 2017a).

Nos EUA esses dados são ainda mais impactantes o que tem levado muitas empresas – como a Michelin North America e a Walmart – a penalizar os funcionários que têm características/hábitos de vida fora do padrão estipulado pelos planos de saúde. Collucci (2017) divulga alguns exemplos: ter a cintura com mais de 100 cm ou hipertensão gera uma

cobrança de até US\$1.000 a mais por ano pelo seguro-saúde. Na mesma linha, se o trabalhador é fumante, deve pagar mais. Já no Brasil o que vem acontecendo são os estímulos das empresas para que seus funcionários tenham hábitos de vida entendidos como mais saudáveis. Mesmo sem a existência de estudos que demonstrem uma mudança de estilo de vida a médio e longo prazos,

[...] as operadoras têm oferecido descontos na mensalidade e prêmios – como notebooks e viagens internacionais mais baratas- para incentivar usuários a perder peso, fazer exercícios e adotar hábitos saudáveis. Para ganhar os benefícios, os clientes precisam ir a consultas, participar de palestras e, em alguns casos, se submeter a avaliações periódicas. (COLLUCCI, 2017).

Soma-se a esse dado – 52% dos usuários de plano de saúde estão acima do peso ideal – as últimas tentativas de mudar o indicador elegibilidade para a cirurgia o IMC de 35 para 30 kg/m<sup>2</sup> para pacientes de diabetes tipo 2 não controlado. Essa alteração gera ainda disputas no próprio corpo médico,

"Se operarmos só pelo peso, estamos excluindo quem não está sob controle só com remédios, como os diabéticos", diz Ricardo Cohen, do Centro de Obesidade e Diabetes do hospital Oswaldo Cruz. [...] Para o endocrinologista Bruno Geloneze, da Unicamp, a tentativa de alterar os critérios para pacientes com diabetes desconsidera o avanço de outras alternativas de tratamento e desconsidera o baixo acesso à bariátrica na rede pública. "Por que vamos diminuir o IMC, ampliar a quantidade de pessoas a serem operadas, sendo que não operamos praticamente ninguém que deveria ser operado?", questiona. "Começa a tendência a operar quem não precisa". (CANCIAN, 2017b).

De qualquer forma, o plano de saúde é a opção mais rápida para a realização da cirurgia. Quando realizada em espaços privados, o valor pago pelas cirurgias está mais associado ao tipo de procedimento do que a técnica usada. A cirurgia pelo método aberto custa entre R\$10 mil e R\$

15 mil e o método por vídeo custa entre R\$15 mil e R\$ 50 mil<sup>42</sup> (dependendo da clínica e município). Apesar dos valores serem mais baixos na cirurgia aberta, ela tem um tempo de cirurgia e internação mais altas. Em média, o paciente fica de 40 min a 1h30min em cirurgia e 36 horas internado se for por videolaparoscopia. Na laparotomia o tempo de cirurgia sobe para 2 a 3 horas e a internação é no mínimo por cinco dias. Dessa forma o preço compensaria o tempo do processo.

À revista, Cambricoli e Bernardes (2017) alega em sua reportagem que a fila de espera para a cirurgia bariátrica e metabólica provoca mortes que seriam evitáveis. De acordo com a publicação, a cada 1 mil pacientes na fila de espera, cinco morrem por ano de espera.

O tempo médio de espera dos pacientes para a realização desta cirurgia, pelo SUS e pela Rede Suplementar de Saúde, é diferente. No SUS é de 2,9 anos, enquanto que pacientes que possuem planos de saúde privados conseguem realizá-la com o mínimo intervalo de tempo desde sua indicação, devendo-se apenas atender aos requisitos clínicos de realização da mesma. (SANTOS et al., 2014, p. 1360).

O tempo de espera na fila para a realização da cirurgia bariátrica no SUS pode variar entre 2,2 anos até 3,4 anos. Com a longa demora é de se esperar que o perfil do paciente atendido pelo sistema público seja diferente daquele da saúde suplementar, que praticamente não tem fila de espera, uma vez que o paciente atenda os critérios de elegibilidade para a operação. (KELLES; MACHADO; BARRETO, 2014, p. 262).

As autoras trazem um dado comparativo bastante interessante. No Canadá (que também tem sistema de saúde pública universal), em 2011, o período de espera para a realização da cirurgia foi, em média, de 5,2 anos (KELLES; MACHADO; BARRETO, 2014). Esses dados possibilitam relativizar o que chamamos de demasiada demora – por falta de estrutura e má administração – nas cirurgias realizadas pelo SUS no Brasil. Ainda assim, não há como ignorar que o país apresenta cerca de

---

<sup>42</sup> Dados obtidos a partir dos relatos coletados nos grupos sobre cirurgia bariátrica e metabólica dentro da rede social Facebook.

150 milhões de pessoas que dependem exclusivamente do SUS e que o sistema contempla poucos centros credenciados e pequena capacidade de atendimento frente à enorme demanda por tratamento à obesidade e à cirurgia bariátrica e metabólica (KELLES; MACHADO; BARRETO, 2014).

Se analisarmos a quantidade de pessoas obesas no País, temos ainda um déficit. Se levarmos em consideração a nova legislação (que permite a cirurgia em pessoas com sobrepeso a até em pessoas com IMC dentro da normalidade), esse mercado tem muito a crescer – e esse é o objetivo da equipe multiprofissional envolvida na cirurgia bariátrica e metabólica. Em contrapartida, 2010 o SUS realizou 4.489 cirurgias (BRASIL, 2017), inferior a 10% das quase 60.000 cirurgias realizadas naquele ano (SBCBM). Em 2013, o SUS afirmou ter aumentado em 45% esse número, realizando 6.493 cirurgias (BRASIL, 2017).

A média oficial de espera para o procedimento cirúrgico é maior que dois anos. Nos grupos do Facebook, os relatos de tempo de espera é variável: algumas pessoas operaram pelo SUS com acompanhamento de quatro meses até 12 anos. Aos que responderam ao questionário, esse tempo também é igualmente variável: de um mês a cinco anos.

O tempo de espera é uma consequência de diversos outros fatores que dificultam o acesso, como a demora do agendamento de consulta com especialistas na atenção secundária, falta de alguns profissionais nas equipes multidisciplinares e serviços inviabilizados por infraestrutura ou equipamentos sucateados (SANTOS et al., 2014).

Com o sistema descentralizado, cada município responde à demanda de uma forma diferente. O Hospital Angelina Caron, na Região Metropolitana de Curitiba, se apresenta na contramão dos dados apresentados sobre os serviços no SUS. Ele agrega 27% de todas as cirurgias bariátricas feitas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil – mais que todo o Estado de São Paulo (BORDIN, 2017). Os fatores que influenciam nesses números positivos são:

[...] o número de cirurgiões que atuam no Hospital - oito no total - além da estrutura para exames pré-operatórios permitem que mais procedimentos sejam feitos no local. “O hospital foi um dos primeiros a realizar a cirurgia pelo SUS e foi se aperfeiçoando na realização de procedimentos bariátricos. Hoje, se opera desde o começo da manhã até a noite”, explica Lambach Caron. (BORDIN, 2017).

Pelos relatos nos grupos virtuais<sup>43</sup>, mesmo lá, há pessoas que realizam a cirurgia em quatro meses ou em dois anos, dependendo do acompanhamento e indicação. Na situação oposta, está o hospital Heliópolis de São Paulo, que, pelos relatos de pacientes, tem fila de espera chegando aos 12 anos.

Barros (2015) sinaliza também a possibilidade do número de cirurgias bariátricas e metabólicas realizadas pelo SUS ser subestimado, principalmente porque há centros de atendimento implementando novos programas de forma autônoma.

A espera é outra para aqueles que escolheram os planos de saúde. Na maior parte de seus relatos está a espera pela liberação da cirurgia, pois muitos planos não apresentam carência ou ela é de seis meses (principalmente os planos empresariais e se o paciente não é classificado com doenças pré-existentes). A expectativa (e ansiedade) está relacionada à burocracia dos serviços privados e não em uma possível fila de espera.

Barros (2015) expõe dados complementares que corroboram com o argumento de que a fila de espera gera uma taxa de mortalidade naqueles que esperam atendimento maior que a própria taxa de mortalidade da operação. Para o autor, não deve ser levado em consideração apenas a quantidade de cirurgias realizadas, mas também a relação entre cirurgias públicas/privadas e os perfis dos pacientes.

Ficamos mais preocupados ainda quando observamos que grande parte de pacientes obesos (75%) precisando dessa operação só pode ser atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e não na saúde suplementar. Temos então, três quartos da população “alocada” num sistema que totaliza um décimo das operações bariátricas do país. (BARROS, 2015, p. 136).

Essa não é uma preocupação apenas da mídia ou de estudiosos especialistas no tema. A categoria médica também atua para que haja mais cirurgias pelo sistema público de saúde ou que ao menos ela não perca seu estatuto já adquirido, ou seja, que o número de cirurgias realizadas pelo SUS não diminuam por falta de recursos. Durante o congresso da área de cirurgia bariátrica do qual participei em 2017, ficou explicitada a mobilização de seus dirigentes na disputa política por recursos públicos

---

<sup>43</sup> Serão melhor abordados no capítulo 4 da presente tese.

para a cirurgia bariátrica. O tema foi levantado e discutido em várias mesas redondas. Ficou evidente a mobilização dos dirigentes da SBCBM na disputa política por recursos públicos para a cirurgia bariátrica.

No momento em que a cirurgia seria retirada do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) – recebendo recursos exclusivos – e passaria à lista geral de cirurgias, foram os médicos associados que mobilizaram seu capital social para que essa decisão fosse reanalisada e revogada. Por ter uma relação pessoal com o então governador do Estado, um membro da SBCBM solicitou uma reunião com o então secretário estadual de saúde e também presidente do CONAS. *“Eu liguei pra ele e pedi ajuda para que nós pudéssemos conversar”* (JCDM). O argumento principal era que ao entrar na lista geral, a cirurgia bariátrica e metabólica iria ter que competir com outras cirurgias – oncológicas, emergenciais, enfim, entendidas como mais urgentes e importantes – na captação de financiamento. Essa competição acabaria por diminuir ainda mais o número de cirurgias realizadas pelo SUS. Ao final do processo, a cirurgia bariátrica e metabólica havia permanecido no rol de procedimentos subsidiados pelo FAEC.

Ainda sobre o uso do capital social para assuntos legais, diz o palestrante: *“[...] é muito importante a gente ter esse acesso a secretários [...] a gente vê que a coisa mais razoável a ser feita para a cirurgia bariátrica não morrer”* (JCDM).

O que a princípio pode parecer uma disputa por fatias de mercado, entre especialidades cirúrgicas ou mesmo entre sistema público e privado, são “[...] encenações, operações que consistem em encenar um conjunto de pessoas destinadas a desempenhar uma espécie de drama público, o drama da reflexão sobre os problemas públicos” (BOURDIEU, 2014, p. 56).

Nesta tese pretendemos analisar que, como agentes oficiais do Estado, a categoria médica é tão importante no momento da produção do discurso (veiculação de informações em *blogs*, *sites* e Facebook) que antecede a cirurgia quanto no momento da prática no campo (consultório médico) especificamente.



### 3 PODER MATERIAL E SIMBÓLICO: REIFICANDO O SABER MEDICO

Neste capítulo abordaremos a história da medicina e a construção de sua posição privilegiada no campo da saúde na definição dos saberes legitimados sobre a cirurgia bariátrica e metabólica. O capítulo está dividido em quatro seções. Na primeira abordaremos a história da profissão médica no Brasil e suas transformações. No segundo subitem trataremos da trajetória e configuração da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica como órgão legítimo na formulação dos consensos profissionais. Na terceira seção trazemos o relato de nossa participação no XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da SBCBM, em 2017. Por fim discutiremos os consensos e dissensos sobre as características e resultados da cirurgia bariátrica e metabólica entre os profissionais de saúde.

#### 3.1 CONTEXTO E HISTÓRIA DA MEDICINA

A maior parte dos textos que tratam a obesidade em suas conclusões afirma que o Estado pode, sim, auxiliar na melhora da saúde, ou seja, diminuição da obesidade. O que não é discutido é a própria construção de políticas públicas como uma disputa por quadros cognitivos específicos. Argumentamos que no caso da obesidade a “palavra final” emana da autoridade médica e a cirurgia bariátrica chancelada pela categoria médica, especialmente pelo cirurgião.

Um exemplo é a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) – órgão responsável pela incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica no país – que é formada por 13 membros, representantes:

- I - do Ministério da Saúde:
  - a) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que o presidirá;
  - b) Secretaria-Executiva;
  - c) Secretaria Especial de Saúde Indígena;
  - d) Secretaria de Atenção à Saúde;
  - e) Secretaria de Vigilância em Saúde;

- f) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa;
- e
- g) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- II - da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- III - da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- IV - do Conselho Nacional de Saúde - CNS;
- V - do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;
- VI - do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; e
- VII - do Conselho Federal de Medicina - CFM, especialista na área. (BRASIL, 2011).

Entre as categorias profissionais, só os médicos têm representantes. É esta comissão que recomendou a realização da cirurgia bariátrica por via videolaparoscópica, em 2017.

Para Freidson (2009), essa relação entre a categoria médica e o Estado é relativamente recente e merece atenção. Até o séc. XIX os médicos disputavam com os curandeiros por clientes. “A Medicina tornou-se uma verdadeira ocupação de consulta no final do século XIX, depois de ter desenvolvido uma base científica suficiente que fez que seu trabalho parecesse superior ao trabalho dos curandeiros” (FREIDSON, 2009, p. 32). Apenas após a expansão da escola e das universidades é que a medicina se torna a detentora do saber sobre a saúde e a doença, pois a população estava mais disposta a receber e aceitar os seus serviços e conhecimentos. Freidson (2009, p. 41) concorda com Bourdieu que a generalização da educação permitiu que o público desenvolvesse “[...] conhecimento e crenças que mais se assemelhavam às dos médicos em si, tornando-se mais receptivos a seu trabalho”. A socialização em diversos espaços distintos: família, escola, trabalho etc., cria *habitus* individuais que permite aos indivíduos ter os instrumentos e/ou categorias de percepção que os ajudam a compreender o comportamento e as práticas de um campo específico (BOURDIEU, 2011). Compartilhar as mesmas categorias e noções são fundamento do Estado para Bourdieu (2014).

A medicina é considerada uma profissão por Freidson (2009, p. 15), por ser autônoma e autorregulada, concordando com as visões de Weber e Bourdieu. Nas palavras do autor, “[...] é útil pensar a profissão como uma ocupação que assumiu uma posição dominante na divisão do trabalho e, assim, obteve sucesso ao controlar e determinar a essência do

próprio trabalho”. Foi também sua relação estreita com a ciência e a tecnologia que permitiu que ela pudesse se distanciar dos saberes populares. Foi no século XIX que, a partir do desenvolvimento das tecnologias, as causas das doenças começaram a ser conhecidas. Só então “[...] a distinção entre médicos e os denominados charlatões não ficou mais baseada na certificação acadêmica da superioridade de uma superstição sobre outra” (FREIDSON, 2009, p. 36).

[...] a profissão reivindica ser a autoridade mais segura em relação à natureza da realidade com que lida. Quando seu trabalho característico lida com os problemas que as pessoas lhe trazem, a profissão desenvolve uma concepção própria e independente sobre esses problemas e tenta conviver com ambos, cliente e problemas, de maneira própria. [...] o problema do homem leigo é recriado e gerenciado – outra realidade social é criada pela profissão. É a autonomia das profissões na sociedade que permite que elas recriem o mundo do homem leigo. (FREIDSON, 2009, p. 15).

O profissional médico aparece aqui também como um burocrata, que, conforme Bourdieu (2014), tem três propriedades: autoridade, discurso genérico contra singular e especialista. Nesse sentido, o médico tem autoridade oficial para avaliar, aconselhar e sugerir a realização das cirurgias. Mas, no caso específico das cirurgias bariátricas e metabólicas, o médico também atua como burocrata anteriormente à consulta. São nos conselhos sobre bem-estar, bem viver, saúde, bem como as críticas à doença e aos doentes que ele constrói a razoabilidade da realização da cirurgia.

Para Freidson,

O Estado utiliza a profissão como fonte de direção, exercendo seu poder de tal maneira que reforça as normas da profissão e cria as condições ambientais socioeconômicas, nas quais a atividade está livre de toda a concorrência séria de um médico rival e controla de maneira firme os trabalhadores auxiliares. Dentro desse ambiente protegido pelo Estado, a profissão tem poder suficiente para, sozinha, controlar virtualmente todas as dimensões de seu trabalho sem a interferência séria de qualquer grupo leigo. É a autonomia profissional

com um alcance um tanto amplo, incluindo a autonomia em determinar as condições econômicas do trabalho, a localização e a organização social e o conteúdo técnico do trabalho. Em comparação com tempos passados, quando qualquer pessoa estava legalmente livre para exercer a Medicina, essa autonomia ampla da profissão está protegida por um monopólio garantido pelo Estado. (FREIDSON, 2009, p. 65).

No Brasil o primeiro curso de medicina foi criado em 1808, por conta da chegada da família real, em Salvador. A importância do médico naquela época se deu pela substituição progressiva do padre nos assuntos relativos ao corpo biológico, à saúde e à morte. Mesmo tendo uma faculdade no País, muitos filhos da elite nacional da época iam para a Europa, pois o prestígio vinha da internacionalização (MORETTI-PIRES, 2017).

Em seu estudo sobre as elites médicas brasileiras, Coradini (2005, p. 3) afirma que, a partir do estudo da Academia Nacional de Medicina, é possível “[...] acompanhar a formação e as mudanças da medicina brasileira em diferentes aspectos, particularmente no que tange ao recrutamento da elite médica e às suas relações com diferentes segmentos e esferas da sociedade local e com centros internacionais”. A instituição foi criada em 1835 e até 1977 manteve seus objetivos e atribuições quase sem alterações. Entre essas atribuições, estava “[...] as funções oficiais básicas de assessoria ao poder central em problemas médicos e no controle do exercício profissional, em conjunto com os poucos cursos de medicina da época” (CORADINI, 2005, p. 4).

De acordo com Coradini (2005, p. 18), até o final da década de 1930, a ANM era o único espaço para o debate, uma instituição com características “‘consultivas’ frente ao poder público central, de elaboração e consagração de imagens sociais e de representação de interesses organizados no interior da profissão”. Na década de 1950 e posteriormente em 1970, a profissão passa por uma crise no País, principalmente em decorrência da “[...] expansão do ensino médico e da intervenção das políticas governamentais no mercado e na regulamentação do exercício profissional” (CORADINI, 2005, p. 16).

No que tange especificamente ao ensino médico, em 1971 formou-se, no âmbito do Ministério da Educação e Cultura, uma comissão composta por "especialistas" e representantes das organizações

corporativas que estabeleceu as novas regras de restrição ao acesso ao ensino médico, posteriormente aplicadas (CORADINI, 2005, p. 17).

Em 1927, foi criado o Sindicato Médico Brasileiro. Porém ele só começou a ter importância para a categoria depois da citada crise da medicina. Em 1957 os Conselhos – Federal e Estaduais – de medicina foram implementados como autarquia pública sob o controle da corporação. Tinham como características ser

[...] órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente. (BRASIL, 1957).

Em 1936, o Brasil contava com apenas 11 cursos de medicina (CORADINI, 2005). Na década de 1950, o Brasil chegou a possuir 26 escolas de medicina e na década de 1980, contava com 76 escolas médicas. No período de 1955 a 1990, o Brasil graduou o que equivale a mais de dois terços de todo o contingente médico existente em 1997 (MACHADO, 1997).

Atualmente,

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (2015), em 2015 existiam 154 escolas privadas de Medicina e 103 escolas públicas, totalizando 257 cursos em funcionamento (CFM, 2015). O CFM afirma que são graduados 23 mil novos médicos por ano em média, a partir de estimativas com base nesse número de escolas. Do total, 107 cursos estão localizados no Sudeste, sendo que 44 estão no estado de São Paulo, 39 em Minas Gerais e 19 no estado do Rio de Janeiro. Em relação às escolas privadas, o CFM (2015) informa que a média de valores das mensalidades era de R\$ 5.406,91 em 2015, podendo atingir R\$ 11.706,15. (MORETTI-PIRES, 2017, p. 43).

Schaffer et al. (2018, p. 139), ao analisar o contexto demográfico dos profissionais médicos no Brasil, avalia que “[...] a média de idade do médico brasileiro, hoje de 45 anos, é uma das menores do mundo”, “[...] as mulheres já são maioria entre os recém-formados e entre os médicos com menos de 35 anos” (porém ainda ganham menos que os médicos homens), “[...] os homens são maioria em 36 das 54 especialidades médicas”.

Em pesquisa anterior, Schaffer et al. (2015) – e antes deles Machado (1997) – já sinalizavam que os médicos estão concentrados nos grandes centros urbanos e que essa não é uma característica particular do Brasil, pois a Medicina que se vincula aos estilos de vida dos grandes centros urbanos. Esse argumento corrobora com a tese de Freidson (2009), que afirma ser a medicina estreitamente vinculada com a ciência e tecnologia, produzida, em sua maioria, nos centros urbanos.

Os autores também sinalizam para as quatro especialidades básicas: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, que servem de acesso a outras e reúnem “[...] quase 40% de todos os especialistas; ou que aquelas que compõem a força de trabalho em cirurgia (especialidades cirúrgicas, Anestesiologia, Ginecologia e Obstetrícia) reúnam perto de 30% dos médicos titulados no Brasil” (SCHEFFER et al., 2018, p. 42).

Em 2020 o Brasil já terá ultrapassado a marca de meio milhão de médicos, uma população cada vez mais numerosa, mais jovem, mais feminina e distribuída de forma desigual entre as regiões, entre as especialidades médicas, entre os níveis de atenção e entre os subsistemas público e privado de saúde. (SCHEFFER et al., 2018. p. 9).

Machado (1997, p. 30) afirma que “[...] uma consequência direta deste processo de especialização é a crescente fragmentação dos saberes e práticas médicas, ou seja, esses segmentos profissionais se isolam e desenvolvem formas organizativas próprias em sociedades distintas”. A autora chama de “[...] micromundos do processo de divisão do trabalho médico” as subespecialidades do mercado de serviços médicos, cada vez mais frequentes. Veremos na próxima seção que esta divisão, no caso dos profissionais especializados em cirurgia bariátrica, expande o mercado para os não médicos também. Não somente cirurgiões, endócrinos e anestesistas são chamados a opinar e decidir sobre a cirurgia bariátrica e metabólica, mas também nutricionistas, psicólogos e enfermeiros e

educadores físicos (para citar apenas alguns). Na próxima seção, poderemos observar como a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica organiza sua instituição e seus profissionais para equilibrar esse mercado.

A partir da Resolução nº 2.116/2015, a cirurgia bariátrica foi reconhecida como área de atuação médica. Ela ficou vinculada à especialidade cirurgia do aparelho digestivo e cirurgia geral. A Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) são as responsáveis pelo credenciamento dos programas de formação profissional que emitem os documentos que possibilitam aos médicos buscar o registro da área de atuação junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

Aldemir Soares enfatiza que o fato de até agora as duas áreas de atuação não terem sido regulamentadas não significa que os médicos especializados nessas áreas estejam em discordância com a boa prática médica. ‘Quem procurou se aperfeiçoar e está atuando, deve continuar. Só precisa procurar a AMB para obter a certificação’. (CFM, 2015).

O então presidente da SBCBM avaliou positivamente essa inclusão, acreditando que o número de cirurgias realizadas irá aumentar visto que os cursos de residência oferecerão esse procedimento. A residência em cirurgia bariátrica e metabólica fica restrita aos já especialistas em cirurgia geral e/ou do aparelho digestivo. “Haverá uma oficialização da cirurgia e os médicos serão melhor treinados, pois terão uma residência específica. O principal beneficiado será o paciente, que terá profissionais mais qualificados para atendê-lo” (CAMPOS apud CFM, 2015).

A especialidade de cirurgia bariátrica ainda não consta na pesquisa realizada por Scheffer et al. (2018), mas sua equivalente para a capacitação no procedimento – cirurgia do aparelho digestivo – conta com 2864 profissionais habilitados (cerca de 0,8%) do total de especialistas no País.

Quando tratado mercado de bens simbólicos, Bourdieu (2011) aponta para o papel exercido pelas instituições escolares enquanto instâncias qualificadas para garantir a reprodução “[...] do sistema dos esquemas de ação, de concepção, de imaginação, de percepção e de

apreciação objetivamente disponíveis em uma determinada formação social".

Inspirado em Durkheim e na ideia de socialização primária e secundária (1978) Bourdieu observa como através da formação de um "*habitus* secundário", o sistema de ensino, neste caso, a formação universitária, acaba por trabalhar em favor da "[...] reprodução dos produtores dispostos e aptos a produzir um determinado tipo de bens culturais" bem como de "consumidores dispostos e aptos a consumi-los" (BOURDIEU, 2011).

Para Machado (1997, p. 22),

A lógica da confiança, da credibilidade ético-profissional assume feições marcantes e definitivas na relação médico-paciente. Ainda mais importante é o fato de que o médico não só tem autoridade profissional sobre o paciente, mas, principalmente, exerce um real e forte poder de ação sobre ele, tornando-o um consumidor passivo, pouco à vontade para decidir sobre condutas independentes da opinião de seu médico.

Importante considerar que mesmo que a universidade se apresente como instância institucionalizada de formação profissional, o cumprimento dos requisitos gerais exigidos para a obtenção de um diploma de médico não confere imediatamente ao seu portador a autorização para atuar como médico. O mercado das residências hospitalares fornece o passe de entrada para que o profissional possa se inscrever em um Conselho regional de Medicina (CRM), mas não só. Este período de residência contribui para definir a formação de esquemas particulares adequados para adentrar em ambientes particulares, no caso desta tese o ambiente das cirurgias bariátricas (BOURDIEU, 2001). São necessários mecanismos próprios para formar o *habitus* cultivado do médico de cirurgia bariátrica.

No século XIX, eram “[...] ambas, a universidade medieval e as guildas, ofereciam aos médicos uma identidade pública específica e colocavam em funcionamento mecanismos pelos quais seu prestígio em relação a outras ocupações poderia ser facilmente estabelecido” (FREIDSON, 2009, p. 39). No momento atual, são as Associações que delegam essa identidade pública aos profissionais.

Da mesma maneira, a construção do mercado da medicina e do cuidado à saúde implica igualmente em transmissão de esquemas



culturais necessários para a formação de agentes dotados de condições cognitivas e afetivas para adentrar neste terreno profissional. As residências profissionais, no caso da cirurgia bariátrica e metabólica, como vimos, foram instituídas apenas a partir de 2015, mas não significa que essas transmissões não ocorressem anteriormente à legislação. Poderemos analisar adiante como os congressos<sup>44</sup> na área servem como espaços de reprodução do conhecimento legitimado.

### 3.2 A SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica foi fundada em 1996, por médicos que já realizavam o procedimento no Brasil e não tinha a princípio o pós-fixo metabólica em seu nome. Somente a partir de 2006 a entidade passa a ser chamada de Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), visto a maior abrangência de seus resultados diante de doenças associadas à obesidade. Atualmente a SBCBM conta com 1.933 membros dos quais 540 titulares, 1.100 cirurgiões associados e 705 profissionais de especialidades associadas (SBCBM, 2018). Para receber o título de cirurgião titular da SBCBM, os associados precisam preencher alguns requisitos, como:

[...] ser médico com especialidade em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo. Além disso, entre as exigências, é fundamental ser membro associado da Sociedade há pelo menos dois anos, comprovar a realização de 125 cirurgias bariátricas e metabólicas, nos últimos cinco anos, na qualidade de cirurgião principal (regulamentadas pelo CFM) e apresentar declaração de treinamento-estágio em cirurgia bariátrica, assinado pelo responsável do treinamento-estágio.<sup>45</sup> (SBCBM, 2018).

Em seu início foi presidida por aqueles que também a fundaram: Arthur Garrido Junior, João Batista Marchesini, Fernando Luiz Barroso e Luiz Vicente Berti. Os dados divulgados em seu *site* ([www.sbcbm.org.br](http://www.sbcbm.org.br))

---

<sup>44</sup> Bem como a internacionalização das residências pelos principais médicos desse mercado.

<sup>45</sup> Interessante ressaltar que nenhum membro das especialidades poderia pleitear essa titulação, bem como ter acesso às honorárias.

mostram os ex-presidentes e também a formação da diretoria atual. De 2001 a 2016, passaram pela presidência da Sociedade: Dr. Arthur Belarmino Garrido Jr.; Dr. Fernando Luiz Barroso; Dr. João Batista Marchesini<sup>46</sup>; Dr. Luiz Vicente Berti; Dr. Thomas Szego; Dr. Ricardo Cohen; Dr. Almino Ramos; e Dr. Josemberg Marins. Atualmente a diretoria é composta da seguinte forma:

Presidente – Caetano Marchesini (PR)  
Vice-Presidente – Eudes Godoy (RN)  
1º Secretário – Marcelo Girundi (MG)  
2º Secretário – Mauricio Emanuel (RJ)  
1º Tesoureiro – Alexandre Amado Elias (SP)  
2º Tesoureiro – Luiz Cláudio Chaves (PA)  
Vice-Presidente Executivo – Luis Vicente Berti (SP)  
Diretor Societário – Fabio Viegas (RJ)  
Diretor Médico – Marcos Leão (BA)  
Diretor Técnico-Científico – Roberto Luiz Kaiser Jr. (SP)

Entre seus objetivos está:

- Promover o ensino continuado da cirurgia bariátrica por meio da organização de congressos, seminários, jornadas, cursos de âmbito nacional, regional e internacional, bem como da participação em cursos de graduação e pós-graduação.
- Promover o estabelecimento de comissões e comitês com a finalidade de alcançar seus objetivos.
- Encorajar e apoiar organizações e entidades que possam melhorar ou contribuir para o cuidado dos pacientes obesos mórbidos, cirúrgicos e não cirúrgicos.
- Representar os interesses profissionais de seus membros perante instituições públicas e privadas.
- Associar-se a outras entidades, com finalidade de cumprimento de seus objetivos.
- Manter estrito intercâmbio com associações, hospitais e entidades que se propõem aos mesmos objetivos, adotando

---

<sup>46</sup> Um dos primeiros presidentes da sociedade, pai do atual presidente e avô do assessor jurídico da SBCBM.

programas de educação recomendados pela técnica científica moderna.

- Reunir, organizar e divulgar dados e indicadores que expressem as diversas vertentes da obesidade mórbida, difundindo amplamente a informação científica. (SBCBM, 2018).

Durante a reunião da Sociedade dentro do congresso da área (melhor discutido na próxima seção), ficou evidente, de forma resumida, aquilo que chamaram de missão “enquanto” Sociedade: “[...] como ser referência científica, desenvolver a cirurgia bariátrica, voltar a pesquisa, desenvolvimento de excelência no tratamento da obesidade e agenciando de forma inovadora e proteger os nossos associados da melhor forma” (presidente da SBCBM). Além desses objetivos citados, há o desejo de estreitar laços com outras sociedades, nacionais e internacionais.

E o nosso objetivo também é cuidar da imagem e da mensagem que a gente quer passar para os sócios e para os pacientes. Então na verdade nós temos uma relação com o público interno e com o público externo. Cuidar dos relacionamentos intersocial interno e internacional. A relação da sociedade com as outras sociedades, estreitar relacionamentos, estreitar amizades com as sociedades co-irmãs, como cardiologia, endocrinologia. (PRESIDENTE DA SBCBM).

Desde 2005 o CFM publicou uma resolução determinando que o tratamento cirúrgico da obesidade necessitava de uma equipe multiprofissional, além do médico cirurgião, uma equipe que já havia sido chamada (desde 2003) pela SBCBM como Comissão das Especialidades Associadas – as COESAS. Como já mencionamos, a equipe deveria ser composta por clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anestesiológico, enfermeiros e auxiliares de enfermagem habilitados para os cuidados desses pacientes. Hoje essa equipe pode ainda incluir endoscopistas, gastroenterologistas, profissionais de educação física, fonoaudiólogos, cirurgões plásticos e odontologistas. *Grosso modo*, a COESAS tem como objetivos promover a troca de conhecimentos e atualização profissional, estabelecer protocolos de atendimento, além de incentivar o estudo e a especialização em cirurgia bariátrica (SBCBM, 2018). Atualmente, as COESAS estão divididas em quatro núcleos: saúde mental (composto por psicólogos e

psiquiatras), saúde clínica e assistencial (composto basicamente por endócrinos e clínicos gerais), saúde alimentar (composto por nutrólogos e nutricionistas) e saúde física e reabilitação (composto basicamente por educadores físicos e fisioterapeutas).

Oficialmente o discurso é esse: cada vez mais devemos apoiar e incentivar o desenvolvimento das COESAS. Durante o congresso em 2017, por várias vezes o presidente da Sociedade enfatizou como as salas<sup>47</sup> que tratavam dos temas relativos às COESAS estavam cheias e como o tratamento pré e pós-cirúrgico era importante no tratamento da obesidade. Na fala de um dos diretores, esse discurso fica nítido: “*Nós dividimos a COESAS em núcleos, na verdade essa divisão foi uma divisão para poder atender melhor. Com isso nós queremos virar a pirâmide ao contrário, nós queremos ser os fomentadores do desenvolvimento das COESAS*” (diretor societário da SBCBM). Porém, como veremos adiante, várias falas e comentários evidenciaram também a tomada de posição enquanto dominantes dentro desse mercado. Quando não estavam nesse espaço “oficial”, os cirurgiões que falaram nas mesas principais faziam piadas e/ou comentários que diminuía o papel dos outros profissionais. Por exemplo, quando um cirurgião que já foi submetido à cirurgia foi questionado se fazia acompanhamento nutricional, respondeu: “nutricionista? O que é nutricionista?” (em tom de brincadeira e chacota).

Apesar de a SBCBM não ser uma empresa, ela apresenta atitudes empresariais. Por exemplo, o uso de bandeiras da sociedade personalizadas para cada Estado nacional. A atual secretária, “[...] tem uma experiência grande, 35 anos trabalhando com empresas da área médica, e uma experiência grande na área administrativa educacional” (presidente da SBCBM), características consideradas pela diretoria como imprescindíveis. Entre as demais funcionárias temos: “[...] trabalha como coordenadora, ela trabalha também com a parte de audiovisual, a parte de comunicação visual, [...] é uma analista, uma geek<sup>48</sup> da informática que monta pra nós e faz toda a sistematização, [...] é a nossa assessora de imprensa” (presidente da SBCBM). A contratação de funcionárias, que trazem consigo a lógica empresarial, também é um exemplo do esforço

---

<sup>47</sup> O congresso será mais bem analisado na próxima seção, mas cabe esclarecer que ele estava dividido em quatro salas: uma principal – e maior – onde foram tratados os temas técnicos cirúrgicos e três salas menores onde as temáticas dos profissionais das especialidades associadas.

<sup>48</sup> É uma gíria que se refere a pessoas peculiares ou excêntricas, fãs de tecnologia, eletrônica, jogos eletrônicos ou de tabuleiro, histórias em quadrinhos, livros, filmes e séries.

de profissionalização e “empresarização” e profissionalização da Sociedade.

Outra característica da SBCBM é sua estreita relação com empresas privadas do mercado de cirurgias bariátricas. Além das relações na construção de projetos de pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias, há também a participação/financiamento da Sociedade por essas empresas. Divididas nas categorias *platinum*, ouro, prata, bronze, e parceiros comerciais, elas se colocam como parceiras/patrocinadoras da Sociedade. São elas: Ethicon (subsidiária da Johnson & Johnson e desenvolvedora de materiais e serviços cirúrgicos); Medtronic (desenvolvedora de tecnologia, serviços e soluções médicas); Apollo Endosurgery (desenvolvedora de materiais não cirúrgicos – endoscópicos); e CareMundi (desenvolvedora dos produtos da marca Bariatric Advantage – suplementos alimentares nutricionais).

Um exemplo foi trazido durante o congresso de 2017, onde o presidente da Sociedade apresenta uma parceria com a farmacêutica Zambon, criadora de um medicamento que alega combater os cálculos biliares.

E o processo das diretrizes da sociedade de cirurgia bariátrica e metabólica, nós estamos fazendo também a elaboração de um consenso de um núcleo com o apoio da Zambon (farmacêutica) para que a gente faça prevenção e profilaxia litíase biliar no pré e pós operatório de cirurgia bariátrica na prevenção de cálculos biliar. Só para vocês entenderem, a Zambon nos procurou para ser parceiro, fez um aporte financeiro importante na sociedade e pediu para que houvesse esse consenso. (Presidente da SBCBM).

Podemos observar que a relação da SBCBM com empresas vai além dos patrocínios, inclui o estímulo ao uso dos produtos das empresas parceiras via a criação de consensos. Esses consensos não se limitam ao uso de certos medicamentos e tecnologias, mas também abarca as diretrizes de procedimentos clínicos.

A minha ideia era a gente ter a diretriz não só pré-operatória, transoperatória e pós-operatória em forma de um aplicativo que as vezes o cirurgião está sozinho, ele pode trazer o aplicativo só fazer, só ticar ali, e a partir desses itens o próprio

aplicativo dizer quais exames ele deve pedir obedecendo critérios de risco cardiológico, enfim, outros riscos que podem ocorrer. Nós fizemos, começamos o estudo de diretrizes da sociedade e foi feito uma discussão intensa, nível de Whatsapp<sup>49</sup>, muito interessante, das diretrizes de pré-operatório e isso foi uma coisa amarrada entre o departamento técnico-científico e o departamento médico. (PRESIDENTE DA SBCBM).

O uso dos dispositivos eletrônicos e das mídias e redes sociais é utilizado aqui pela SBCBM para aglutinar seus membros, estreitar vínculos, discutir demandas da sociedade sem que haja reuniões face a face.

Entre as várias ações apresentadas pela gestão 2017-2018 além das já mencionadas, foram a discussão sobre honorários; a criação de campanhas publicitárias; realização de *live*<sup>50</sup>s no Facebook (Barilive); criação de aplicativos e carteirinha digital para os pacientes.

Com relação aos honorários, foi discutido em alguns momentos (eu presenciei três falas sobre o assunto durante o congresso) que unificar os médicos cirurgiões a favor de maior homogeneidade nos valores pagos e contra a proposta de pagamento baseado em valor, seria talvez o maior legado da gestão. De acordo com um diretor: “[...] a realidade no Brasil está muito ruim” e “[...] o pão que a gente leva pra casa tem sido muito difícil e a gente precisa trabalhar com isso aí”. A proposta então é fazer reuniões regionais para mapear os perfis dos cirurgiões e a partir disso traçar um planejamento. “O país é muito heterogêneo, são realidades muito distintas e nós estamos tentando com o selo da sociedade, com o apoio da diretoria, juntar as pessoas, unir os médicos, formar uma consciência de grupo, uma consciência corporativa e com isso a gente partir para negociar e melhorar a situação atual dos honorários”. Sobre os honorários dos outros profissionais mobilizados com o tratamento cirúrgico da obesidade, nada foi dito.

Também é um esforço da Sociedade criar vínculos com os pacientes a partir de campanhas publicitárias e vídeos ao vivo no Facebook (chamado por eles de Barilive). Nesses vídeos vários temas são

---

<sup>49</sup> Aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz, por meio de uma conexão com a internet, para celulares *smartphones*.

<sup>50</sup> Vídeos reproduzidos ao vivo permitindo, em alguns casos, a interação do produtor com o público.

tratados (um grande tema por *live*, por exemplo: complicações pós-cirúrgicas, reposição vitamínica ou ainda quais os tipos de cirurgia aprovados no Brasil), normalmente num diálogo entre dois profissionais, um mediador e o público, que interage a enviando perguntas pelo Facebook. São mais de 35 vídeos de em média uma hora cada, disponíveis na página do Facebook da SBCBM, havendo uma média de 6 mil visualizações.

Esses vídeos são também uma resposta desses profissionais aos pacientes informados ou *experts* – aqueles que a partir da busca de informações cada vez mais conhecem sobre suas próprias patologias –, pois, nas palavras do presidente da Sociedade: “[...] a intenção do Barilive é levar informação, informação séria, informação boa, informação que vai informar opinião da maneira correta”. Bourdieu (2008) vai argumentar que esse grupo autorizado performatiza, criticando os conhecimentos concorrentes como parte do exercício da violência simbólica.

Mas eles partilham com os demais uma intenção que se pode designar como performativa ou, mais simplesmente, mágica: o insulto, assim como a nomeação, pertence à classe dos atos de instituição e de destituição mais ou menos fundados socialmente, através dos quais um indivíduo, agindo em seu próprio nome ou em nome de um grupo mais ou menos importante numérica e socialmente, quer transmitir a alguém o significado de que ele possui uma dada qualidade, querendo ao mesmo tempo cobrar de seu interlocutor que se comporte em conformidade com a essência social que lhe é assim atribuída. (BOURDIEU, 2008, p. 82).

Nesse sentido, as Barilives, e a justificativa para sua existência, são performatividades de legitimação do saber biomédico sobre o conhecimento do senso comum. Além de responder aos pacientes, as Barilives também disputam a transmissão de informações com os outros meios de comunicação, na tentativa de diminuir o impacto das reportagens que “explora as partes negativas da cirurgia bariátrica”, trazendo “a discussão pro nível correto, o nível científico, dando as informações corretas”. Nessa fala se torna evidente as disputas pela construção desse mercado levando em consideração sempre as características positivas da cirurgia e nunca as possíveis características negativas, aqui entendidas (retoricamente) como incorretas e não

científicas. O que chama a atenção nessa fala é o quanto que as críticas de pacientes que questionam os procedimentos médicos e as formas de agir dos profissionais médicos têm sido objeto de preocupação da classe médica a ponto de que estes profissionais se mobilizem nos mesmos espaços onde aparecem os protestos e denúncias dos pacientes: nas redes sociais. O espaço das Barilives também são espaços para criar uma comunidade ao redor da SBCBM, com médicos e pacientes e estreitar vínculos, nunca perdendo de vista o empoderamento dos profissionais e a valorização da cirurgia.

Durante a reunião no Congresso de 2017 foi apresentada a criação de um aplicativo para celulares de pacientes que já realizaram a cirurgia. Nele os pacientes/clientes terão acesso a dicas sobre dietas, atividades físicas e informações referentes à cirurgia. Dentro desse aplicativo os pacientes também terão acesso a uma carteirinha de “bariátrico/a” digital. Ela poderá ser utilizada nos estabelecimentos que concedem desconto às pessoas que realizaram a cirurgia. De acordo com o presidente da SBCBM, “[...] tem inúmeras prefeituras e Estados com leis dando desconto”. A contrapartida dos pacientes/usuários é o preenchimento de um questionário com alguns dados pessoais: idade, nome, sexo, período que foi operado, quando foi operado, o tipo de cirurgia. O presidente da SBCBM explica todo o processo:

Aquilo vai disparar eletronicamente pro cirurgião, o cirurgião confirma. Se o cirurgião for da sociedade, é fácil. Se ele não for da sociedade, o paciente tem que avisar o cirurgião pra ele receber a informação e a partir desse contato o cirurgião vai receber um email-marketing mostrando todas as vantagens de ser membro da sociedade para que ele possa angariar o cirurgião. Através disso, a gente pretende aumentar o número de membros da sociedade e também ter um banco de dados dos pacientes. Então, ao invés de eu pedir para cada cirurgião preencher ficha de paciente, para dizer o que operou, quem operou, nós vamos ter o paciente. Cada paciente é um soldadinho nosso, dando o seu, criando um banco de dados pra nós.

No fim, a Sociedade ganha dos dois lados, rastreando os profissionais que ainda não são associados e fazendo seu *marketing*; e rastreando seus pacientes a fim de criar um banco de dados para pesquisas e acompanhamento. Além disso, traz para si uma comunidade de



pacientes que buscam informações e dicas de estilo de vida pré e pós-cirúrgica.

Além do aplicativo para os pacientes, a proposta da SBCBM é que as clínicas também tenham sistemas tanto para auxiliar os profissionais, como para mapear as clínicas e seus pacientes.

Nós fizemos reunião sobre o registro brasileiro de cirurgia bariátrica. Esse registro brasileiro é um software, em que nós vamos alimentar um banco de dados, hoje nós estamos num projeto piloto com 8 centros, mas a ideia é acabar o estudo em 3 anos, mas... eu vi o projeto, estou participando dele, a ideia é de nós abrimos o projeto para mais centros o ano que vem e cada vez abrir mais e mais e mais. E poder acumular mais informação, para nós é muito importante essa informação. (PRESIDENTE DA SBCBM).

Outra preocupação apresentada pelo presidente da SBCBM é a maneira como os médicos e suas práticas são veiculadas. Os problemas são entendidos como “curva de aprendizado” e “trajetória turbulenta” de alguns profissionais que ainda não se adequaram às diretrizes e aos procedimentos. Dessa forma, a Sociedade entende que precisa auxiliá-los, para que o problema de uns não se espalhe e gere uma descrença em todos os profissionais por parte dos pacientes/clientes. Assim, A SBCBM criou uma comissão de cirurgiões que vai até o associado no intuito de identificar os pontos críticos que estão levando ao aumento de problemas e ajudar a resolvê-los. Porém, não ficou claro quais seriam esses possíveis problemas, se de ordem técnica ou de gestão.

Como atividade de troca de experiências, reconhecimento entre profissionais, divulgação da doxa do mercado de cirurgias bariátricas e metabólicas, a SBCBM organiza anualmente um congresso nacional, que será objeto de análise a seguir.

### 3.3 DIVULGAÇÃO DA DOXA: RELATO DO CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA 2017

No dia 4 de outubro de 2017, já atrasada para o início do XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da SBCBM, entrei no Centrosul em Florianópolis – SC esperando que todas as sala já

estivessem lotadas. Para minha surpresa, havia filas intermináveis para o cadastramento e pagamento do evento. Os valores da inscrição variavam de acordo com as profissões e também com o fato de ser associado à SBCBM ou não. Por exemplo, no dia do evento os valores eram:

- Cirurgiões Não Sócios – R\$1.950,00;
- Membros da SBCBM – R\$1.200,00;
- COESAS – Sócios (ABEn-SC<sup>51</sup>/SBP<sup>52</sup>/SBAN<sup>53</sup>/CRN10<sup>54</sup>/SBCBM) – R\$750,00;
- COESAS – Não Sócios – R\$840,00;
- Estudantes de pós-graduação e residentes (com comprovação) – R\$600,00;
- Estudantes de Graduação (com comprovação) – R\$500,00.
- Para assistir aos cursos pré-congresso, o valor era de R\$120,00.

De acordo com os organizadores, 1900 pessoas passaram por ali naqueles quatro dias (entre eles, cirurgiões bariátricos, nutricionistas, nutrólogos, fonoaudiólogos, educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras e endocrinologistas). Podia perceber nitidamente a diferença entre os médicos e os não médicos, homens brancos (contei cinco não brancos) de terno e gravata socializando com conhecidos e mulheres, várias mulheres bem vestidas e com sutilezas entre roupas “sérias” (calças e saias sociais e camisas) e roupas que valorizavam seus estilos “*fitness*” (calças mais justas e seguindo “a moda”). Essa separação não estava clara no saguão de credenciamento, mas ao adentrar nas salas temáticas, tinha a certeza das divisões entre a maneira de se vestir e as possíveis profissões, visto que os homens engravatados se dirigiram à sala principal, as mulheres vestidas com roupas “sociais” foram às salas destinadas aos assuntos das COESAS vinculadas à psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia e endocrinologia e aquelas vestidas com roupas mais ajustadas ao corpo se dirigiram às salas onde o assunto estava relacionado a atividades físicas e nutrição.

O espaço físico do evento estava dividido da seguinte maneira (Figura 5): as duas salas principais – Sambaqui e Arvoredo estavam sem

---

<sup>51</sup> Associação Brasileira de Enfermagem de SC.

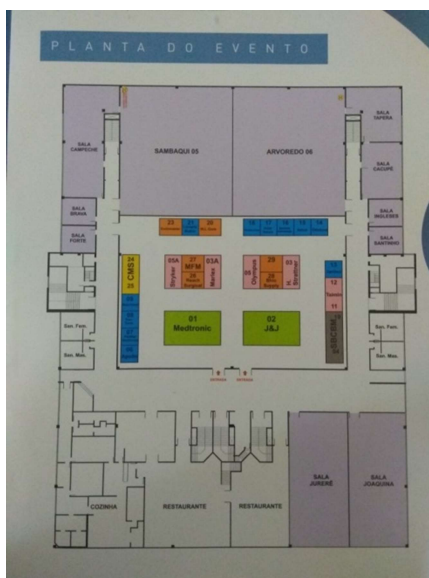
<sup>52</sup> Sociedade Brasileira de Psicologia.

<sup>53</sup> Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição.

<sup>54</sup> Conselho Regional de Nutrição de SC.

divisórias, criando um grande salão – foram destinadas às mesas principais e também aos simpósios temáticos; mais três salas – Campeche, Jurerê e Joaquina – receberam as mesas direcionadas aos temas das relacionadas as COESAS. Nessas últimas, mais de 90% do público era feminino. Outra diferença – além da divisão física – diz respeito às falas, sempre mais afirmativas e baseadas em meta-análises<sup>55</sup> dentro das salas principais, em maioria feita por médicos. As falas dos membros das COESAS traziam mais multiplicidade de olhares e eram mais focadas em apresentar como são os protocolos nas localidades onde os palestrantes trabalham.

Figura 5: Planta baixa da distribuição das salas no XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da SBCBM em 2017.



Fonte: Arquivo pessoal.

<sup>55</sup> Técnica estatística usada para combinar dados de múltiplos estudos sobre um objeto de pesquisa específico.

O congresso estava sempre remetendo ao tecnológico, “última geração”, o que havia de melhor e mais novo. Principalmente dentro da área comum, com os estandes das empresas patrocinadoras e participantes. Muita tecnologia visual, com televisores em HD e demonstrações dinâmicas dos produtos ofertados.

A Ethicon (Johnson e Johnson) dispunha de uma sala de inovações onde eles apresentaram o protótipo de um novo instrumento e fizeram uma sessão com profissionais para que estes pudessem dar seu *feedback* e também sugerir melhorias do equipamento antes de ser lançado. É interessante, pois trabalha com a lógica contemporânea de inovação onde o cliente se torna um parceiro na construção do produto. Então a empresa selecionou alguns profissionais para auxiliá-los. Eles são uma patrocinadora da SBCBM e não somente do evento. É bastante interessante porque entra em conflito com uma das falas quando um médico da comissão organizadora disse que a SBCBM é um centro de referência de pesquisa, mas não deixou claro que são pesquisas patrocinadas por duas grandes empresas desenvolvedoras de instrumentos cirúrgicos.

Amaral (2015), em sua etnografia de um evento semelhante, nos apresenta dados do mercado farmacêutico nos últimos anos:

[...] as dez maiores empresas farmacêuticas globais gastaram em 2013 cerca de 98,3 bilhões de dólares em vendas e marketing – quase 5% a mais do que o PIB do Equador no mesmo ano. Boa parte da verba vai para o que a indústria chama de “educação médica”, o que inclui patrocínio de congressos, palestras de especialistas e material distribuído por representantes de laboratório. Além de subvencionar os eventos, com frequência a indústria banca o transporte e a hospedagem dos participantes: uma pesquisa do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), em 2010, revelou que um em cada dez médicos havia viajado para congressos com despesas pagas por laboratórios no ano anterior, e mais de um quarto participara de eventos patrocinados pela indústria no mesmo período.

Os representantes da Ethicon usavam o material disposto pela empresa no evento (*banners*, *layout* do estande) para tirar fotos e montar em seu próprio portfólio (um ponto importante/interessante é que todos

estavam muito contentes porque o fotógrafo oficial do evento estava conseguindo que todos saíssem “magros” nas fotos). Eles também aproveitaram a presença de vários médicos renomados na área para tirar fotos. Um dos médicos palestrantes (Dr. Bruno Halpern) aparece sempre no programa de televisão “Bem-estar”, por isso foi bastante “tietado” por outros profissionais (aparentemente profissionais não médicos). Como relatou Amaral (2015) em sua reportagem, a moeda de barganha usada nessa relação, que é também comercial, é a demonstração de intimidade entre os profissionais e também entre eles e os outros prestadores de serviço. Além dos médicos entre si, as próprias empresas reiteram a posição de alguns médicos no topo do campo. A Ethicon também contava com uma sala específica para os palestrantes, como se fosse um “camarim”, mais confortável para esses médicos específicos.

Todos os estandes no salão comum ofereceram algum tipo de biscoitinho, café ou suco, com destaque especial para três delas: Medtronic, Ethicon e Olympos. Serviram café de máquina, neles a fila era constante. Todos os minicursos fizeram o intervalo no mesmo horário, então todos os participantes estão no salão principal. Nos estandes, os alimentos fornecidos nem sempre iam de encontro com o indicado como “saudável”. Muitos biscoitos doces, picolé, chocolate dividindo os balcões e mesas com as comidas mais “saudáveis” como pão de queijo, palitos de queijo e pipoca. São dois estandes de nutrição (com suplementos alimentares), um de aparelho de bioimpedância<sup>56</sup>.

Em conversa com um vendedor da empresa InBody, que vende uma máquina de análise de composição corporal, ele afirmou que a máquina mais recente e completa custa em torno dos R\$97.000,00. Essa máquina faz a análise da composição corporal de cada membro específico: composição de massa magra, gorda, esquelética, de água; faz várias análises de indicadores (níveis de obesidade e de gordura). O vendedor disse que essa máquina é usada por muito pesquisadores. Esse exame aqui em Florianópolis custa, em média, no consultório R\$200,00. A outra máquina, menos complexa, custa em média R\$40.000,00 e o exame custa em média R\$150,00.

A estrutura dos horários foi dividida em blocos de duas horas em média para cada. Houve mesas redondas, sessões de vídeos, sessões, conferências e cirurgias ao vivo. Muitas mesas redondas e sessões

---

<sup>56</sup> Exame que analisa a composição corporal, indicando a quantidade aproximada de músculo, osso e gordura a partir da condução de corrente elétrica.

aconteceram de forma simultânea, exigindo que os participantes escolhessem uma entre quatro possibilidades de discussão.

Nas mesas principais estavam alguns médicos estabelecidos no campo. Nelas estavam os médicos<sup>57</sup> que não são mais questionados sobre suas escolhas e afirmações diante dos procedimentos cirúrgicos (em torno de cinco personalidades que estavam presentes em praticamente todas as mesas de discussão que aconteciam na sala principal), a não ser para o aprendizado dos vários outros profissionais que estavam ali para “aprender”. Houve pouca ou nenhuma discussão visando a produção do conhecimento. Sempre focando na divulgação do profissional médico em questão. Nessas mesas as falas eram – em sua maioria – sobre o resultado de meta-análises em comparação com o que a literatura recomendava. Em apenas um momento, um dos palestrantes afirmou que “Médico é assim mesmo, você vê que a gente fala uma coisa e faz outra.”, se referindo que enquanto pacientes eles não seguem os protocolos da literatura.

Durante as falas onde estavam presentes esses médicos-modelo, eles se comportavam como uma comunidade, fazendo piadas, muito “amigos de longa data”. Às vezes a impressão era que estávamos assistindo a um encontro onde não estávamos presentes, eram só eles entre si dialogando e confraternizando.

Por exemplo:

-Eu tenho uma outra peculiaridade, eu não só me operei e isso eu uso no consultório, conversando com os pacientes, porque não é pra incentivar, eu acho que isso mostra o quanto eu acredito e o quanto eu sinto que a cirurgia é segura e tem bons resultados. Eu operei meus dois irmãos, operei todos os meus cunhados, são 4; operei minha mulher, operei minha sobrinha. Na clínica eu operei a psicóloga, operei a fisioterapeuta e...

- deixa eu te perguntar uma coisa: o movimento estava baixo lá na clínica? (risos)

- lá quando a coisa baixa eu...

- você pega um familiar e opera, é isso? (risos)

– agora já acabou a família. Agora eu já estou na recepcionista, que tá gordinha e eu disse que no final do ano eu opero ela e estou querendo contratar uma nutricionista gordinha, se tiver alguém...

---

<sup>57</sup> A maioria deles apresenta uma trajetória profissional e/ou de formação internacionalizada. Assunto que será discutido em artigo futuro.

Bem, o ambiente está um pouco tenso, então pra acalmar um pouquinho quero dizer que essa sessão se segue com o simpósio da Medtronic, onde vai ser oferecido comida. Pra quem está com mais fome que o normal, por causa do ambiente, a gente pode dar 2 ou 3 corticoides. (risos)

A maioria dos médicos-modelo tinha conflito de interesses e por várias vezes citavam o nome/modelo dos grampeadores, instrumentos e linhas usadas nas cirurgias, que por sua vez estavam expondo seus produtos no congresso, bem como patrocinando sua a realização. Com relação aos conflitos de interesse, dos 228 palestrantes incluídos no caderno do programa do evento, 148 alegaram não ter conflitos, 19 têm vínculos com empresas de tecnologia e 61 preferiram não informar. Destes que preferiram não informar ou que alegaram não ter conflitos de interesse estão os palestrantes dos simpósios satélites financiados pelas empresas patrocinadoras – incluindo o presidente da SBCBM.

De acordo com Bourdieu (2006), é fundamental para a produção da crença e consagração que se denegue o caráter econômico nesse espaço.

O desafio desferido pelas economias fundadas na denegação do “econômico” a toda espécie de economicismo reside precisamente no fato de que elas só funcionam e, na prática – não somente nas representações -, só podem funcionar mediante um recalçamento constante e coletivo do interesse propriamente “econômico” e da verdade das práticas desvendadas pela análise “econômica”. (BOURDIEU, 2006, p. 19).

Aqui os profissionais auxiliam o desenvolvimento tecnológico de suas áreas de atuação ao auxiliarem as indústrias. Esses são os ganhos do desinteresse.

Amaral (2015) afirma que nesses congressos alguns médicos são chamados por serem

“líderes de opinião”: médicos conceituados, capazes de influenciar colegas e frequentemente recrutados por laboratórios como consultores e palestrantes. Na condição de pesquisadores

ativos, tais profissionais costumam ter interesses em verbas de pesquisa e parcerias com a indústria.

Em certo momento o palestrante diz: “Eu estou bem à vontade aqui, em casa com o pessoal da empresa”. Essa relação em nenhum momento é questionada, mas em uma hora de fala, a mesa deixou bem clara e foi enfática sobre uma cisão dentro da medicina entre bons médicos e os chamados pseudo-médicos. Principalmente para falar dos pseudo-médicos, que seriam esses profissionais que não seguem à risca os critérios e os protocolos. Por exemplo, aqueles que dão medicamento com o IMC inapropriado ou medicamentos *offtable*<sup>58</sup>. Foram valorizados os profissionais que seriam aqueles engajados com o politicamente correto. Quando alguém perguntava sobre o uso de medicamentos, as respostas vinham sempre de forma enfática e negando qualquer possibilidade de ponderar ou discutir o tema.

Nos primeiro e segundo dias de congresso, houve a apresentação de simpósios satélite (e financiados) no horário do intervalo de almoço. Dia 05/10 foi o simpósio da Medtronic que apresentou os dados obtidos em uma pesquisa feita em parceria com quatro grandes centros de cirurgia bariátrica e metabólica no País (o Centro de cirurgia da obesidade e gastroenterologia, CCO – Dr. Thomas Szegö - SP; o Instituto de Medicina Sallet – SP; o Hospital São Luiz – SP; e a Clínica Neogastro – PE). Dia 06/10 houve o simpósio da Ethicon sobre o tratamento integrado em cirurgia bariátrica; tratamento clínico da obesidade; cirurgia bariátrica sob a ótica da cardiologia, pneumologia e ortopedia; e tratamento a longo prazo e controle de comorbidades. Em horário concomitante, aconteceu o simpósio da Zambon para falar especificamente sobre um novo medicamento contra a colecistite<sup>59</sup> de cálculos biliares. Em todos eles foi oferecido almoço para os ouvintes que ficaram no horário de almoço assistindo essas as mesas propostas e pagas pelos patrocinadores. Como já mencionado, muitos médicos-cirurgiões participaram dessas mesas como mediadores e/ou palestrantes. O presidente da SBCBM, ao encerrar a apresentação de uma pesquisa feita em parceria com a Medtronic, afirma:

Eu queria finalizar parabenizando pela pesquisa, agradecendo a empresa pelo apoio, falo agora como presidente da sociedade. Nós precisamos

---

<sup>58</sup> Medicamentos que não são aprovados pela Anvisa.

<sup>59</sup> Inflamação da vesícula biliar.



muito das empresas, precisamos muito da Medtronic ao nosso lado, para nós possamos continuar com trabalhos como esse. E queria agradecer todos pela presença aqui. E dizer que a sociedade está aberta a todos, para discussão.

A contrapartida vem dos ganhos que a indústria tem a partir da participação/financiamento de eventos e pesquisas.

[...] em 2013, o investimento em pesquisa das dez maiores companhias farmacêuticas do mundo foi de 65,8 bilhões de dólares – em torno de 33% a menos do que os já mencionados 98,3 bilhões em “vendas e marketing”. Já os lucros das mesmas empresas, no mesmo período, chegam a 89,8 bilhões de dólares. (AMARAL, 2015).

Nas falas, nenhum médico mencionou a necessidade de repensar o IMC como critério para a cirurgia da obesidade. Porém, quando o assunto é a abertura do critério do IMC para as cirurgias metabólicas, a temática veio à tona. “Não acredito que nenhum cirurgião aqui dentro dessa sala, quando faça uma gastrectomia vertical ou um *by-pass*, esteja fazendo para buscar restrição ou má absorção. Essas cirurgias tem o poder metabólico muito grande”. O IMC então se torna uma “barreira”, é necessário que se utilizem “ferramentas mais sensíveis e específicas”, para que se avance “na seleção de pacientes mais adequados”.

Foi durante a mesa em que conversavam sobre suas próprias cirurgias bariátricas que pudemos perceber também a relação hierárquica de médicos com os outros profissionais envolvidos com o procedimento cirúrgico. Ao mesmo tempo que havia a valorização da equipe multiprofissional no acompanhamento pré e pós-cirúrgico, como podemos verificar nas afirmações: “preocupação que todos nós temos, de que o paciente mantenha-se com equipe multidisciplinar e mantenham-se os hábitos para que os nossos resultados sejam bons em longo prazo”; “uma coisa muito importante que aqui no Brasil, quem viaja fora não vê, essa grande preocupação nossa com o paciente no pós-operatório, a presença do cirurgião na vida desse paciente e a nossa capacidade de integrar a equipe multidisciplinar”;

[...] esses aspectos fisiológicos com certeza são variáveis em cada um de nós e isso vai influenciar no pós operatório do paciente, seja a curto, médio

ou a longo prazo, como também a questões de comportamental, e também a questão psicossocial desse paciente ao longo da vida dele. É muito evidente aquele paciente que em algum momento tem uma queda da questão social ou psicossocial e nesse momento ele abandona tudo e começa a descompensar outras coisas;

existem cirurgiões que às vezes tem o seu consultório sozinho, ele consegue dentro da sua cidade as vezes numa cidade pequena e integrar uma equipe interdisciplinar que possa ser consoante com suas afirmações. Essa consonância que a gente procura com a equipe multidisciplinar tem em pouco lugar do mundo, muitas vezes você vê fora nutricionistas questionando cirurgião, psicólogos questionando cirurgião e aqui não, aqui a gente tem um comportamento diferente. E acho que nós temos essa preocupação em relação interpessoal com o paciente faz uma grande diferença na vida do paciente. Todos nós sentimos isso no dia-a-dia.

Nesse último relato, podemos observar como essa relação “pacífica” com os profissionais se justifica pelo médico conseguir profissionais consoantes com sua visão da cirurgia. Isso nos leva aos outros comentários, que, juntamente com esse, apresentam outra opinião dos médicos para com a equipe multiprofissional.

- Eu queria saber quem respeitou direitinho a dieta líquida nos primeiros 30 dias. (risos)
- eu com 5 dias eu já estava comendo pastoso, de leve. Com 7 dias já estava comendo pastoso a vera. Com 9 dias eu comi caranguejo, comi macarronada. Com 15 dias eu estava comendo carré de cordeiro.
- e ele briga com o paciente dele. Viu.

Esses relatos foram feitos por cirurgiões que também se submeteram à cirurgia e que enquanto pacientes não respeitaram as regras do pós-cirúrgico, nos indicando que não consideraram essencial seguir as indicações e receitas oriundas dos nutricionistas. Frases como: “*o que é acompanhamento psicológico? (risos)*”; “*vocês fizeram a avaliação com*

*as COESAS antes da cirurgia? (risos)* [os membros da mesa ficaram em silêncio e mudaram de assunto]” mostram que em momento menos oficiais (como a mesa com os cirurgiões que fizeram a cirurgia) a equipe é vista como acessória e muitas vezes dispensável no pós-cirúrgico. Esse posicionamento fica também evidente quando os médicos-cirurgiões afirmam que o procedimento por si só traria mudanças no peso e no metabolismo dos pacientes/clientes.

[...] nossa cirurgia ela não funciona somente por conta de mudança comportamental ou de reeducação e de nutricionista. A gente opera rato, rato não tem orientação de pai e mãe, rato não vai pra nutricionista, rato não muda a cabeça e rato emagrece fazendo a cirurgia. Então a cirurgia tem aspectos fisiológicos que são muitos importantes e são esses que vão manter ou vão fazer o sucesso que a gente tem.

Durante todo o congresso, a cirurgia bariátrica não foi mais questionada. A grande questão era discutir o reganho de peso e as cirurgias reparadoras/revisionais da primeira bariátrica. Quais casos reparar, quais os melhores procedimentos, porque a primeira cirurgia não obteve sucesso... A menina dos olhos dessa edição foram as cirurgias revisionais e as transformações das técnicas por uma segunda cirurgia. Para que estas sejam realizadas, ou houve algum problema fisiológico no procedimento cirúrgico, ou houve a recidiva. De acordo com um cirurgião, durante o congresso,

Nós nos baseamos nos critérios da Sociedade Brasileira das Cirurgias Bariátrica Metabólica. Um paciente que atingiu uma recuperação do peso até 20%, a gente considera isso como uma coisa esperada de acordo com a normatização. Quem recuperou de 20% até 50% de excesso de peso a longo prazo, a gente considera como recidiva controlada e quem recuperou mais do que 50% do excesso de peso esses pacientes foram considerados como um insucesso numa fase do tratamento.

Estudos como o de Cambi, Marchesini, Baretta (2015) descrevem a recidiva em 20% dos pacientes no período de dois a três anos após a realização da cirurgia.

Outras causas igualmente importantes podem ser fator para a recidiva de peso, como exemplo, o consumo excessivo de álcool, a compulsão por doces e alimentos hiperlipídicos em geral, o aumento do diâmetro da anastomose gastrojejunal e do comprimento da bolsa gástrica. (CAMBI; MARCHESINI; BARETTA, 2015, p. 41).

O grupo do Facebook que tem como tema o reganho de peso e uma possível segunda cirurgia bariátrica conta com mais de 21.000 inscritos. Os relatos de reganho são em sua maioria de pessoas que realizaram a cirurgia há mais de cinco anos e que por diversos motivos voltaram a engordar. Nem sempre essa engorda os colocaria na categoria de obesidade, porém é visível o pânico diante dessa possibilidade considerada como um risco<sup>60</sup>. Nessa circunstância, esse espaço virtual serve para troca de sugestões de dietas, mas principalmente para troca de informações sobre cirurgias que realizam a “segunda bariátrica” e quais os procedimentos para a sua realização.

Voltando ao congresso, uma discussão acalorada surgiu quando foram questionados sobre o momento de parar de “tentar” reoperar os pacientes. A maioria dos médicos estava se posicionando quanto às técnicas que deveriam substituir a primeira cirurgia e o tamanho do *pouch*<sup>61</sup>, alças e anastomoses. Porém uma fala chamou atenção, foi um médico que enquanto professor de uma universidade pública colocou o problema por outra perspectiva.

Se eu pegar e ficar fazendo esse monte de coisas e deixar um monte de gente que não teve uma primeira chance. Eu moro num país pobre, onde as filas tão grandes, então é muito bonito tudo, mas a gente tem que começar a pensar também que esse doente já tinha feito tudo, será que uma nova

---

<sup>60</sup> Em seu limite, essa preocupação se liga aos novos transtornos mentais vinculados à alimentação e ao corpo, como a vigorexia (transtorno caracterizado pela insatisfação com a imagem corporal que leva a busca por um corpo perfeito) e a ortorexia (obsessão por consumir apenas alimentos saudáveis).

<sup>61</sup> Estômago funcional.

cirurgia... Cara, eu fiz tudo, aumentei alça, fiz tudo que você falou e na minha aula que eu dei ontem, sabe qual a minha palavra? Frustração! E esse caso daqui a pouco ele vai pra frustração. Então, será que nós não temos que saber a hora de parar? [parar de tentar fazer uma segunda ou terceira cirurgia] (fala 1, mesa-redonda: Casos Clínicos – falando com o professor, 05/10/2017).

Podemos observar nessa fala, além do desafio frente às possíveis frustrações e desenvolvimento da técnica dentro da cirurgia, a questão do ganho de peso após o procedimento. No caso anterior, a discussão era referente aos possíveis “erros” da técnica utilizada e como se solucionaria o problema. Mas, por outras tantas vezes, a culpabilização do ganho de peso recaía somente sobre o paciente. Durante a mesa “Sessão da Verdade – cirurgiões já submetidos à cirurgia bariátrica contam suas experiências”, os cirurgiões responderam se fariam nova cirurgia, surgiram respostas como: “eu não faria outra de jeito nenhum. É só mudar, é puramente hábito. Porque a minha cirurgia funciona bem, eu que estava sendo mal paciente. Esse é o meu pensamento”; “mas se não mudar, não adianta de nada. Pode ser a técnica... pode pegar a boca e ligar direto no cólon, não adianta nada. A questão é disciplina”.

Eu não tenho dúvida que, havendo indicação e necessidade, não vejo por que. Mas eu acho que essa questão de não dar certo vale um comentário: qualquer operação, chovendo no molhado, se você não colaborar não vai dar certo. Eu preciso fazer a minha parcela pra evitar a necessidade de uma reoperação.

Nesse momento, ao falarem de si, os médicos deixaram claro suas opiniões sobre o pós-cirúrgico e o papel deles, dos profissionais das COESAS e dos pacientes nesse processo. A mudança de hábitos pelos pacientes submetidos à cirurgia, mas também o uso correto da técnica pelos cirurgiões e o acompanhamento a curto, médio e longo prazo pelos profissionais especialistas pode ser observado nas frases: “é essencial os cuidados pós-operatórios pelas equipes interdisciplinares”, “não adianta fazer a cirurgia e continuar com os hábitos de alimentação errados” e “não estou falando nem no resultado, eu estou falando muito mais na postura frente a um caso, não podemos submeter os pacientes a cirurgias experimentais, sem ser em pesquisas acadêmicas”.

Nos grupos do Facebook também foram verificados comentários sobre a temática do reganho e segunda cirurgia. O comentário a seguir exemplifica as opiniões expostas nas redes sociais virtuais.

Acho engraçado as pessoas se doerem tanto quando a gente posta esse tipo de comentário, eu escrevo sempre a mesma coisa, pois a equipe dos dois cirurgiões que me operaram, mais a nutri e a endócrino me passaram essa informação, se vc teve um acidente e ficou em cadeira de rodas ou como a outra colega que teve estenose, não sei se escrevi certo, são casos isolados, por outras circunstâncias, e não pela cirurgia em si. Vc opera e segue à risca a dieta, não tem como ter reganho, como diria a dra. "simples assim", agora, se tiver agentes externos, depressão, acidentes, estenose e sabe-se lá o que mais, daí é um caso à parte.

A maioria dos comentários está relacionada com a culpabilização dos pacientes e nunca da técnica ou dos profissionais.

Outro tema que gerou tensão, por ser polêmico, foi a autonomia do paciente e a relação médico-paciente no que diz respeito às tomadas de decisão. Segue a discussão:

- “Medicina baseada em evidências diz o seguinte: nós devemos deixar o paciente sim decidir o que ele quer. O cirurgião tem mania, formou-se assim de querer resolver o destino do doente, da pessoa. A pessoa tem o direito de decidir o destino dela, agora, bem orientada.
- eu acho que perder muito tempo, principalmente pra quem tem uma cognição um pouco limitada, é apenas perda de tempo.
- depende do que você vai explicar. Você pode falar de complicações, de expectativa de resultado, não de mecanismos. Grelina a gente discute aqui, GLP1<sup>62</sup>, mas o doente tem que saber o que a gente tem de expectativa pra ele.
- alguma coisa é claro que a gente tem que explicar.
- mas, claro, depende da cultura, do nível intelectual”.

---

<sup>62</sup> Hormônio regulador da glicose.

Duas questões se desdobram dessa discussão. A primeira é a relação de poder que alguns médicos entendem que devem ter diante dos pacientes. É uma estrutura já legitimada e por isso tem resistência frente às novas dinâmicas. A segunda questão é a própria possibilidade de comunicação da qual os cirurgiões tratam. Bourdieu (2003, p. 104) trata o mercado linguístico afirmando que o discurso “é uma ‘resultante’ da competência do locutor e do mercado no qual passa seu discurso; o discurso depende em parte [...] das condições de recepção”.

O uso de tecnologias e redes sociais, como o WhatsApp, Facebook e Instagram<sup>63</sup> foram relatados pelos profissionais, principalmente pelos não médicos, como ferramenta de acompanhamento dos pacientes no pré e pós-operatório.

A maioria dos proponentes terminou sua apresentação de *slides* com a fotografia do hospital onde trabalha, mesmo que o tema não tenha sido relacionado às suas práticas cotidianas.

Sábado, último dia, o congresso estava esvaziado, muitos optaram pelo turismo na cidade, outros estavam se recuperando da janta/festa oferecida aos participantes em um clube da cidade. Outra razão foi o tema abordado: cirurgias comentadas ao vivo. Como o processo cirúrgico já estava dado, apenas foi discutida a escolha pelo procedimento.

Em resumo, assim como Amaral (2015), o que ficou evidente nesse congresso, além da relação estreita entre profissionais e indústrias, foi a configuração do mercado. Como os profissionais circulam, dão sentido e reafirmam suas posições.

O que aprendi? Que essa parece ser uma história sem vilões óbvios, à qual as habituais teorias da conspiração não se aplicam. Quase todos os implicados [...] podem justificar seu envolvimento com a indústria de maneira legítima. Os organizadores podem argumentar que seria impossível realizar um congresso desse porte sem verbas da indústria. Além disso, mesmo que não houvesse patrocínio oficial, o conflito de interesse não desapareceria, já que boa parte dos palestrantes continuaria possuindo vínculos com laboratórios. Palestrantes subsidiados pela indústria podem alegar que essa proximidade, além da renda extra, abre portas e oportunidades de

---

<sup>63</sup> Rede social *on-line* de compartilhamento de fotos e vídeos entre seus usuários, que permite aplicar filtros digitais e compartilhá-los.

financiamento e divulgação para suas pesquisas. Médicos que recebem representantes de laboratório frequentemente invocam como razão legítima a obtenção de amostras grátis para repassar a pacientes com dificuldades financeiras. E os representantes de laboratório, por fim, têm o argumento mais convincente de todos para participar do circo: essa é a profissão deles, da qual dependem para pagar suas contas. Como é o caso dos próprios laboratórios, que evidentemente visam ao lucro para poder prestar contas aos acionistas. (AMARAL, (2015).

Uma semana depois, comecei a receber *e-mails* dos patrocinadores e expositores questionando minha experiência no evento, agradecendo a participação e sugerindo novos cursos.

### 3.4 CONSENSOS E DISSENSOS

Partindo do referencial bourdiesiano (2000, 2005, 2014), entendemos que há uma conjunção do discurso mobilizado pelas comissões oficiais (que tratam das políticas públicas visando a diminuição da obesidade), mas há também o discurso publicizado<sup>64</sup> pela categoria médica, pois legitimado pelo Estado. Na realidade são eles (os médicos) os avalistas oficiais do Estado no que diz respeito à obesidade. São eles que decidem quem faz ou não a cirurgia.

Os riscos e perigos da obesidade estão tão entranhados nas “informações” disponíveis aos indivíduos que há um esquecimento de que elas são construídas com base em consensos. Os projetos, sejam das cidades ou das políticas, são organização e administração de séries de elementos que se produzem no corpo social. “As pessoas elaboram, portanto, uma nova definição legítima de um problema público, propõem uma nova maneira de fornecer aos cidadãos os meios de satisfazer o que lhes é dado como um direito” (BOURDIEU, 2014, p. 59).

Oficialmente temos um discurso bastante homogêneo sobre a temática da obesidade, suas causas e tratamentos. Como pudemos observar, não há dúvidas sobre o que se diz da obesidade e da cirurgia

---

<sup>64</sup> Incluímos aqui a análise de artigos publicados em revistas científicas, mas há também as entrevistas em jornais, revistas, rádio e televisão. Fica como pista de pesquisas futuras compreender o mercado editorial das revistas científicas da área, bem como os usos dos outros recursos midiáticos.



bariátrica e metabólica. Essas informações e pesquisas científicas aparecem aqui como divulgação das regras já estabelecidas desse mercado.

Como exemplo temos os estudos realizados por Cohen et al. (2015); Silva Neto et al. (2014) e Barros et al. (2015). Estes autores investigaram a evolução clínica das comorbidades após a cirurgia. Os dados encontrados foram muito similares; sendo que a maioria dos pacientes deixou de tomar a medicação, e muitos conseguiam controlar as doenças com medicamentos via oral. Foi observado também que a cirurgia bariátrica diminui em longo prazo a progressão do pré-diabetes para diabetes. Esses estudos afirmam que a melhoria das comorbidades é proveniente principalmente de alterações anatômicas e hormonais decorrentes da cirurgia.

Ao analisarmos com mais cuidado alguns manuais, podemos perceber que o consenso que existe sobre a importância da cirurgia bariátrica e metabólica se misturam com características e categorizações não tão homogêneas. Como exemplo, temos a SBCBM ao abordar a obesidade em interação com vários fatores. Entre as principais causas estão aquelas já presentes na mídia e disponíveis nos manuais e discursos da medicina e nutrição: a ingestão excessiva de alimentos; a falta de atividades físicas; existência de tendências genéticas e problemas hormonais. Não há, mesmo entre os profissionais da saúde, um consenso sobre as causas e/ou principais fatores influenciadores. Por exemplo, o livro “Cirurgia da Obesidade” (livro editado pelo Garrido Jr. e escrito por diversos profissionais da saúde em 2006<sup>65</sup>) traz em seus quatro primeiros capítulos observações diversas sobre a obesidade. No primeiro capítulo, o autor Mancini (2006) traz as diversas características das obesidades possíveis e suas classificações: anatômica (características anatômicas do tecido adiposo, distribuição da gordura corporal, número de adipócitos, distribuição regional da gordura, características dos depósitos localizados de gordura); etiológica (obesidade hipotalâmica, síndrome de Cushing, hipotireoidismo, síndrome dos ovários policísticos e deficiência de hormônio de crescimento); ou ainda: ganho de peso induzido por medicamentos, cessação de tabagismo, vida sedentária, alimentação, fatores psicológicos e sociais, fatores étnicos e sociais, doenças genéticas

---

<sup>65</sup> Escolhemos a análise deste livro por ter sido publicado pela SBCBM e teve como organizador o primeiro presidente da Sociedade, bem como por ainda em 2017 ser valorizado pela comunidade médica. Um exemplar no congresso, naquele ano, custava cerca de R\$200,00.

e congênitas. Entre os diagnósticos possíveis, está o Diagnóstico quantitativo (IMC, impedância bioelétrica); Diagnóstico qualitativo (distribuição de gordura, relação cintura/quadril); Diagnóstico de doenças associadas (epidemiologia de comorbidades); e Diagnóstico etiológico (síndromes genéticas, causas orgânicas), sempre dependente das causas possíveis. Já do capítulo seguinte, Halpern (2006) divide as causas da obesidade em quatro: alta ingestão calórica, baixo gasto calórico, maior capacidade de produzir gordura e menor oxidação de gordura. Os autores do capítulo 3 conceituam de forma geral a obesidade como doença crônica (o referido capítulo trata especificamente das comorbidades). Já Malheiros e Freitas Jr. (2006), autores do quarto capítulo, começam afirmando que a obesidade é uma doença metabólica de origem genética.

Como podemos notar, não há um único consenso sobre o que é e quais as causas da obesidade. O que há definido é que é uma doença de excesso de gordura que se apresenta crônica e metabólica. As principais soluções de tratamento e prevenção se dão via um instrumento simplista, que resume a complexidade da doença à alimentação racionalizada e atividades físicas. É interessante a alegação de que, mesmo os casos que envolvem problemas genéticos e hormonais, podem ser prevenidos com o binômio alimentação-exercícios. O discurso é bastante claro ao mencionar causas diversas e relacionais, entretanto se torna vago quando o assunto é a prevenção e o tratamento, colocando todos os tipos de obesidade em uma mesma categoria.

Um dos principais parâmetros utilizados para definir o sucesso da cirurgia é a perda de peso e, mesmo nesse quesito, não há consensos. De acordo com Silva e Kelly (2014), deve ficar em torno de 50% do excesso de peso, ao final de um ano de cirurgia. Nem sempre os pacientes conseguem chegar a esta meta clínica e, por vezes, após um período de meta batida, voltam a engordar. Alguns estudos (SILVA; KELLY, 2014) usam como parâmetro para a classificação de ganho quando o paciente engorda mais de 10% do menor peso pós-operatório. Para Marchesini e Marchesini (2006), o sucesso do tratamento cirúrgico se dava quando os pacientes conseguiam manter o peso abaixo dos níveis de obesidade mórbida ou IMC 35kg/m<sup>2</sup> (quando associado a outras doenças). Em uma entrevista dada à Cancian (2017b), o presidente da SBCBM estima que 15% dos pacientes ganham até metade do peso perdido. Dados divulgados durante o congresso analisado acima nos mostram que em uma clínica privada os pacientes com mais de cinco anos de cirurgia e que voltaram a ganhar peso acima dos 50%, com acompanhamento pós-cirúrgico com a equipe multidisciplinar chega a 16% e sem

acompanhamento vai a 28%. Outros cirurgiões durante o mesmo evento consideraram que 10% dos pacientes que vão recuperar mais de 50% do seu excesso de peso, e que é aceitável para o procedimento caso o paciente chegue a recuperar até 20% do peso perdido. Como podemos analisar, os artigos não são homogêneos, cada cirurgia utiliza um critério de avaliação.

Já em relação aos transtornos psicológicos, também não há consenso sobre a incidência nem antes nem depois da cirurgia bariátrica e metabólica. Há trabalhos (TAE et al., 2014; ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012) que apresentam uma taxa de 15% a 30% de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e metabólica com sintomas de depressão e ansiedade e que a cirurgia reduziria esses sintomas. Já outros, como os analisados por Oliveira e Yoshida (2009), discordam e acreditam que a taxa de depressão e ansiedade da população com obesidade é bastante próxima das taxas da população em geral. De qualquer modo, as principais pesquisas sobre os aspectos psicopatológicos relacionados à obesidade são a depressão, o transtorno da imagem corporal e os transtornos do comportamento alimentar.

O que podemos considerar é que o discurso oficial é homogêneo, mas os casos particulares não o são. Isso se reflete nos artigos publicados, na medida em que eles são embasados, na maioria das vezes, nas experiências clínicas dos profissionais. Como pudemos observar anteriormente, durante o congresso de 2017 as apresentações entendidas como mais importantes, por estarem nas mesas principais e lotadas, usavam pesquisas de meta-análise também com o intuito de homogeneizar os resultados, além de dar “peso” aos dados apresentados.

Até o momento, o que percebemos é que não se questiona a cirurgia, já consolidada nesse mercado, durante os eventos e artigos publicados, mas isso não significa que não haja profissionais, e pacientes/clientes, que tenham uma opinião contrária à cirurgia.



## 4 BORBOLETANDO: OS GRUPOS DO FACEBOOK

Neste capítulo analisaremos as postagens de pacientes e candidatos a pacientes nos grupos da rede social virtual Facebook. Em um primeiro momento, pudemos acompanhar seis grupos (Bariatricando sem censura, Bariátrica sem censura, Bariátrica uma nova vida, Redução de estômago, Obesidade & Bariátrica, Grupo de Cirurgia Bariátrica da Grande Florianópolis), depois outros surgiram e foram incorporados em nossa pesquisa (anexo C).

Esta análise foi empreendida durante 24 meses, no período de 2 de junho de 2016 e 2 de junho de 2018. Inicialmente eu me cadastrei nestes grupos, como já mencionado, e posteriormente solicitei a contribuição de participantes em um questionário de perfil econômico, social e de saúde (anexo D). As análises foram organizadas em cinco categorias: a organização dos grupos; o perfil dos participantes; a utilização do recurso antes e depois; a procura por laudos para cirurgia; e os principais temas abordados, como: as preocupações relacionadas ao momento da escolha da cirurgia, as trocas mercantis, trocas de informações e dicas.

A expressão “borboletando” vem do uso recorrente de frases como: “hoje é meu dia de virar borboleta”, “vou borboletar”, que é usada pelos usuários do Facebook. A menção à borboleta é uma metáfora para a promessa da cirurgia: como a antiga lagarta (gorda) que passa pelo período de pupa/sofrimento (cirurgia) e reaparece linda: borboleta.

### 4.1 O CIBERESPAÇO E A NEGOCIAÇÃO DA CIRURGIA

Os indivíduos são levados a crer na individualidade das escolhas e ações, mesmo estando intimamente ligados a padrões já definidos. As análises da NSE nos permitem compreender que essa estrutura “modela” as escolhas individuais frente à cirurgia bariátrica, mas também porque nos permite compreender como os indivíduos negociam essas escolhas e dessa forma participam da construção da figuração do campo das cirurgias.

O que tentamos discutir são as negociações (disputas para ter uma visão de mundo legítima) em um nível de análise e uma sensação de negociação (ato de avaliação se o paciente deve/pode realizar a cirurgia) em outro nível. O que Bourdieu (2000; 2014) constatará em sua pesquisa sobre as casas próprias é que, mesmo diante da sensação de negociação,

o comprador na verdade tinha poucas opções diretamente vinculadas ao seu valor social. Igualmente este autor observa que a disputa por legitimidade oficial se dá na arena política do poder, que atores formados na escola de Chicago vão defender um modelo liberal para o Estado francês tão bem como tornar o mercado de casas próprias uma escolha “razoável”: a partir daí o Estado estimula a oferta e a demanda.

Zelizer (2011) nos auxilia na compreensão dessas relações no espaço das redes sociais, com seu conceito de vidas conexas. Compreender as relações de forma dicotômica (ou afetivo ou econômico) é pouco explicativo da realidade. A autora afirma que nossas relações são afetivas e econômicas; racionais e irracionais, dependendo apenas da forma como as pessoas negociam e estabelecem limites. A partir de “significados compartilhados, regras funcionais e fronteiras” (ZELIZER, 2011, p. 38) as pessoas têm condições de entender os papéis desempenhados em cada relação e em cada espaço. Os grupos do Facebook, por exemplo, não são somente fonte de informação ou somente grupo de apoio. Cada postagem, resposta, compartilhamento e curtida cumpre um papel diferente dependendo das relações estabelecidas naquele meio.

Os diversos relatos sobre a obtenção de laudos médicos, por exemplo, é atravessada por diversos outros temas compartilhados e negociados nesse espaço. Por exemplo: intimidade da relação profissional-paciente; preço das consultas; auxílio entre os membros do grupo etc. “Em qualquer cenário social particular – não apenas famílias, mas também locais de trabalho, escolas, igrejas e clubes –, múltiplos laços de diferentes tipos coexistem e costumam cruzar a fronteira, entrando em outros cenários (ZELIZER, 2011, p.37)”.

As redes sociais, com suas características, se apresentam como espaço privilegiado para a multiplicidade de conexões. Por estarem inseridas na Web, as redes sociais podem ser definidas como “ciberespaço” como o “espaço de comunicação aberto pela interconexão mundial dos computadores e das memórias dos computadores” (LÉVY, 1999, p. 92). Dessa forma, apresentam um caráter “plástico, fluido, calculável com precisão e tratável em tempo real, hipertextual, interativo e virtual da informação” (REIS, 2015, p. 36). O que está no espaço da internet se populariza de forma mais rápida e dinâmica, pois acabam sendo incorporados no cotidiano das pessoas.

Reis (2015, p. 36) afirma que o valor

[...] da cibercultura é precisamente a universalidade, visto que essa mídia tende à interconexão geral das informações, das máquinas

e dos homens. A mensagem que essa mídia passa é universal. Universal da cibercultura é vazio, sem conteúdo particular.

A autora frisa o caráter da exposição, publicização do ciberespaço.

Os *sites* de redes sociais são sistemas que permitem a interação entre perfis pessoais, seja por comentários, seja por exposição visual. Esses perfis virtuais são criados por pessoas, nos quais incluem<sup>66</sup> “[...] informações a seu respeito, como interesses pessoais e profissionais, vídeos, fotos, mensagens e textos de diferentes naturezas” (REIS, 2015, p. 36).

[...] acreditamos que a criação de um perfil de usuário em uma rede social vai além da exposição pública dessa rede, ou seja, de seus amigos. A criação de um perfil em uma rede social como a Facebook, por exemplo, permite ao usuário não somente a exposição de sua vida pessoal como também um de seus gostos pessoais, seus valores morais e sociais, ou seja, suas ideologias. (REIS, 2015, p. 39).

Entendemos que as redes sociais (e especificamente o Facebook) agregam esses múltiplos laços, desde relações comerciais, de empréstimo, de intimidade.

No sentido mais amplo, as pessoas criam vidas conexas pela diferenciação de seus laços sociais múltiplos entre si, marcando os limites entre os laços diferentes por meio de práticas cotidianas, sustentando os laços por meio de atividades conjuntas (inclusive atividades econômicas), mas negociando constantemente o conteúdo exato de laços sociais importantes. (ZELIZER, 2011, p 37).

No espaço do Facebook, as pessoas relatam seus anseios, receios e frustrações em uma tentativa de compartilhar suas experiências e acabam por demonstrar as negociações que fazem para realizar a cirurgia. Essa negociação, por se dar no âmbito microssocial, não está somente relacionada com a racionalização dos riscos, num sentido de calcular o

---

<sup>66</sup> Fazemos uma ressalva importante. Na maioria das vezes os perfis correspondem às características das pessoas, mas podem acontecer do perfil ser uma criação não correspondente ao indivíduo “real”.

“custo-benefício” entre o risco cirúrgico (e suas mazelas) e o risco que ser obesa(o) traz.

Como já mencionamos, essa relação entre profissionais da saúde e pacientes/clientes não é simétrica. Tanto porque os profissionais são os detentores do conhecimento legitimado nesse campo quanto porque os pacientes – nessa relação – escolhem o que pode ou não ser dito/perguntado (por se sentirem confortáveis ou constrangidos). Nessa relação, é subentendido que alguns temas não são legítimos e por isso não devem/podem ser ditos aos profissionais.

Como o advogado, o médico tem a tarefa de resolver problemas práticos que as pessoas lhe trazem. Ele não é o guardião de um dogma revelado cuja função é distinguir o genuíno dogma do espúrio, nem é o repositório e o elaborador da teoria e do conhecimento acumulados pela sociedade. O pedido é o seguinte: ‘médico, faça algo’; e não ‘médico, me diga se isso é verdade ou não’. (FREIDSON, 2009, p. 42).

É nesse sentido que compreendemos o uso das redes sociais – em especial o Facebook – como espaço para pôr a prova as informações recebidas de diversas fontes e também fazer questionamento que não fariam diante (da autoridade) dos médicos. As principais perguntas, nesse sentido, são: “posso entrar no centro cirúrgico de unhas pintadas e/ou postilhas?”, “é normal ficar ansiosa antes da cirurgia?”; “preciso me depilar antes da cirurgia?”; “é verdade que os dentes caem depois da cirurgia?”.

Reis (2015, p. 40) baseada em Lévy (1999), afirma que

[...] a construção de uma comunidade virtual ocorre por meio das afinidades de interesses, de conhecimentos, sobre projetos mútuos, em um processo de cooperação ou de troca, tudo isso independentemente das proximidades geográficas e das filiações institucionais. O autor ressalta também que a comunicação mediada pelas redes de computadores não substitui pura e simplesmente os encontros físicos, mas sim, na maior parte das vezes, é um complemento ou um adicional.



## 4.2 O FACEBOOK, OS GRUPOS E A CIRURGIA BARIÁTRICA

Já no primeiro momento que acessamos os grupos sobre cirurgia bariátrica e metabólica, podemos perceber o uso dos recursos visuais em analogia à cirurgia. As imagens utilizadas para identificar os grupos podem ser categorizadas da seguinte forma: 1) uso de borboletas (Figuras 6, 7 e 8), pois o termo “borboletar” é utilizado para fazer analogia ao processo cirúrgico. Borboletas são animais que saem do casulo, feio, tal qual os pacientes saem de suas antigas formas – dos antigos corpos, peles –, também consideradas feias; 2) uso de imagens próprias da medicina e que indicam a cirurgia (como nas Figuras 9, 10 e 11); e 3) uso de imagens que remetam ao emagrecimento e às mudanças corporais (Figuras 12, 13 e 14).

Figura 6: Imagem de capa do grupo Bariatricados – tire suas dúvidas.



Fonte: Facebook.

Figura 7: Imagem de capa do grupo Bariátrica sem censura.



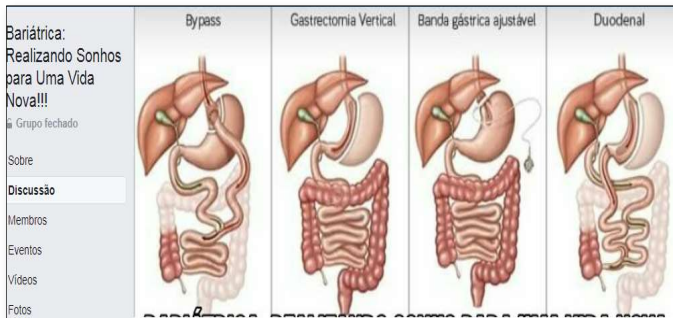
Fonte: Facebook.

Figura 8: Imagem expandida da capa do grupo Bariátrica sem censura.



Fonte: Facebook.

Figura 9: Imagem de capa do grupo Bariátrica – Realizando sonhos para uma vida nova!.



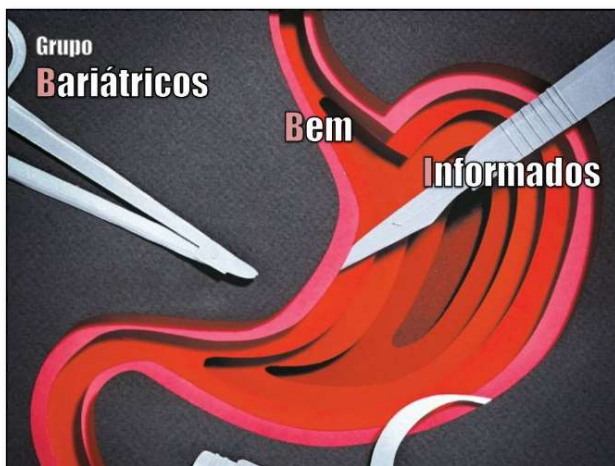
Fonte: Facebook.

Figura 10: Imagem de capa do grupo Bariátricos bem informados.



Fonte: Facebook.

Figura 11: Imagem expandida da capa do grupo Bariátricos bem informados.



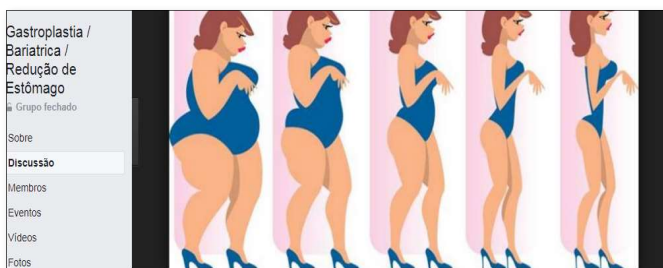
Fonte: Facebook.

Figura 12: Imagem de capa do grupo Reganho de peso X Segunda bariátrica.



Fonte: Facebook.

Figura 13: Imagem de capa do grupo Gastroplastia/Bariátrica/Redução de Estômago.



Fonte: Facebook.

Figura 14: Imagem de capa do grupo Bariátrica/Dúvidas, antes e depois.



Fonte: Facebook.

Entre as páginas que acompanhamos, haviam aquelas criadas/gerenciadas/moderadas por profissionais, como psicólogos,

advogados, médicos e clínicas multiprofissionais da área. Alguns grupos estudados têm parceria com empresas privadas.

Figura 15: Imagem de capa do grupo Bariatricando saudável.



Fonte: Facebook.

Figura 16: Imagem de capa do grupo Bariatricando sem censura.

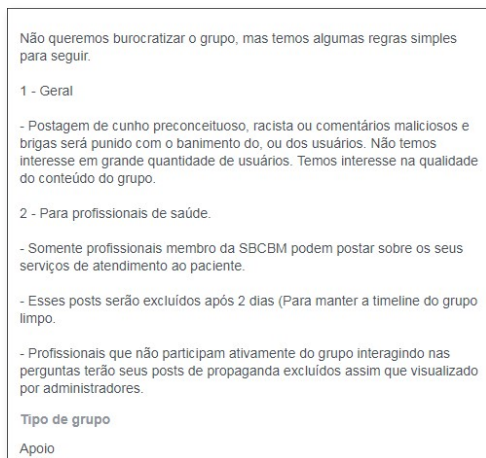


Fonte: Facebook.

De tempos em tempos, a moderadora deste último grupo faz sorteios dos produtos dos parceiros entre os membros do grupo. Os critérios para admissão no sorteio, normalmente, incluem: fazer parte do grupo, seguir a página da empresa parceira e comentar/indicar pessoas em fotos ou vídeos. Esse grupo é reconhecido por vários profissionais e a moderadora também participou do XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da SBCBM, como ouvinte. Atualmente a página conta com mais de 194 mil integrantes e tem sua marca nominal registrada.

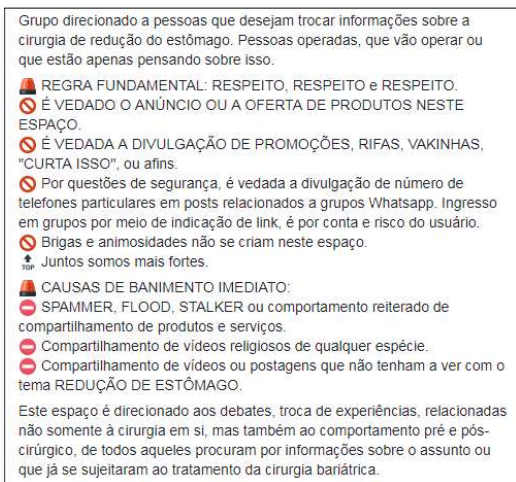
A grande parte dos grupos têm regras de moderação. Seguem dois exemplos:

Figura 17: Imagem das regras do grupo do Facebook.



Fonte: Facebook.

Figura 18: Imagem das regras do grupo do Facebook.



Fonte: Facebook.

Os comportamentos desrespeitosos, com cunho preconceituoso e racista são comumente proibidos e geram o banimento<sup>67</sup> do grupo<sup>68</sup>. Outra proibição bastante comum está relacionada à venda de produtos e compartilhamento de conteúdos não relacionados à cirurgia bariátrica e metabólica. Com relação às trocas comerciais, veremos adiante que mesmo não comum é realizada.

A moral que está implícita nas comunidades virtuais é em geral da reciprocidade. Se aprendermos algo lendo as trocas de mensagens, é preciso também repassar os conhecimentos de que se dispõem quando uma pergunta formulada online os torna úteis. A recompensa vem, portanto, da reputação de competência que é constituída a longo prazo na “opinião pública” da comunidade virtual, ou seja, de seus usuários. Ataques pessoais ou argumentações pejorativas que firam a nacionalidade, o sexo, a idade, a profissão etc. em geral não são permitidas pelos administradores das comunidades. Os que fazem isso serão excluídos da comunidade por esses administradores. (REIS, 2015, p. 40).

De forma geral, as regras são cumpridas. Há postagens sobre troca/venda de produtos e críticas à conduta de alguns membros que relatam a forma como reagem as situações, como o desejo e consumo de algum alimento “proibido”. Muitas vezes os moderadores precisam aprovar as publicações antes de serem expostas na página dos grupos, gerando certo incômodo frente ao não imediatismo (os moderadores não estão 100% do tempo disponíveis na rede social), bem como maior controle dos conteúdos que circulam nos grupos. Essas aprovações dos moderadores são para as postagens e não necessariamente para as

---

<sup>67</sup> Ao ser expulso do grupo, o usuário da rede Facebook não consegue mais acessá-lo nem visualizá-lo.

<sup>68</sup> Como exposto na Figura 18, condutas de *flood* (na internet ele é usado para designar uma atitude bem irritante, bem como uma situação onde a mesma pessoa publica muitas mensagens e informações “inundando” a página da internet ou grupo social virtual), *stalker* (alguém que importuna de forma insistente e obsessiva uma outra pessoa) e *spammer* (pessoa que envia diversos *e-mails* ou mensagens (geralmente propaganda eletrônica) sem autorização do receptor) não são permitidas.

respostas a estas postagens. Segue um exemplo de postagem e respostas que indicam tanto o limite da “fiscalização” dos moderadores, quanto às estratégias dos participantes para “dizer o certo”, “ajudar a manter o foco”.

- Com 3 meses já pode comer linguiça toscana ASSADA?
- Minha querida nós podemos comer tudo o que quisermos, depende é se quer voltar a ser gorda ou não. A decisão é sua.
- Pode inflamar todos os pontos internos e externos antes dos 6 meses.

Muitas pessoas fazem a mesma pergunta que outras já fizeram, gerando, em alguns casos, poucas respostas a suas perguntas. Pudemos observar no período da pesquisa que um dos receios dentro dos grupos é fazer uma pergunta/comentário e ficar “no vácuo” (sem respostas).

“Quanto custa mais ou menos uma cirurgia bariátrica particular??? Sem vácuo por favor.”

Nos grupos estudados, várias pessoas fazem uma postagem de apresentação ao ingressarem (Figura 19). Nas mensagens há um pouco de suas trajetórias, como foi o processo de engorda e quais os recursos utilizados para emagrecer, até o momento da cirurgia. Muitas pessoas falam sobre o apoio familiar, ou seu contrário, como os familiares desmotivam a escolha pela cirurgia abordando seus aspectos negativos.

“bom sou nova no grupo. Achei esse grupo por uma amiga no Whatsapp e primeiro gostaria muito de me apresentar. Tenho 150 quilos, 1,65 de altura estou pensando muito em fazer a cirurgia. Tenho hipotireoidismo devido a essa doença tenho hipertensão e devido ao Deus que sirvo não tenho diabetes. Então jamais usaria uma foto minha, odeio fotos, me sinto feia, gorda, e choro quase todos os dias por não aceitar como estou...andei pensando em fazer a bariátrica, mas toda vez q penso em fazer sempre tem alguém que me põe pra baixo devido aos riscos que ela dá. Tenho que perder 70 quilos para chegar ao peso ideal e cada um sabe suas limitações e eu sei que com dieta e exercícios jamais conseguiram. Já estou esperando



me chamarem para avaliar se sou apta a cirurgia e seja o que Deus quiser.”

Conseguimos perceber também uma diferença nas apresentações entre as pessoas que já realizaram a cirurgia e aquelas que estão no processo de decisão. Algumas pessoas apresentam principalmente as transformações significativas em suas experiências sociais e valorizam ao máximo a cirurgia, mesmo quando relatam problemas.

Figura 19: Imagem da apresentação de uma participante do grupo do Facebook.

Esta é parte de minha história, de alguns de nós e o desejo de que seja a sua, que ainda irá operar também !

O pedido de socorro era escancarado em meu rosto, meu corpo... cada parte dele implorava por ajuda.

Um misto de dor, desespero e vergonha. Esta foto foi um pouco antes da cirurgia.

Se eu soubesse quanta vida teria depois da bariátrica, não teria hesitado se quer por um segundo (sim eu tive medo também) mas sabia que daquele jeito não estava vivendo no máximo, sobrevivendo, arrastada dia após dia.

Sem disposição, sem auto estima, depressiva por não conseguir fazer as coisas que tanto queria, sabia que existia muito potencial dentro de mim, mas a obesidade e falta de disposição me desencorajavam.

\*\*\* Com o emagrecimento veio a coragem:

Faculdade de Direito ( sendo representante de turma como brinde 😊, meu trabalho com comunicação, confiança para fazer lives, fotos, frequentar lugares que sempre tive vontade e me sentia constrangida, carteira de motorista carro e moto, pijama mãe e filha, parques aquáticos, meus filhos dizendo: mãe você está linda e sentir que aquilo é verdade e não apenas amor de filho, ver a cara de besta do meu marido quando olha pra mim rrsrrrs.

Hoje não me sinto perfeita tampouco melhor do que ninguém, mas sinto que estou alcançando a minha melhor versão que é o que busco.

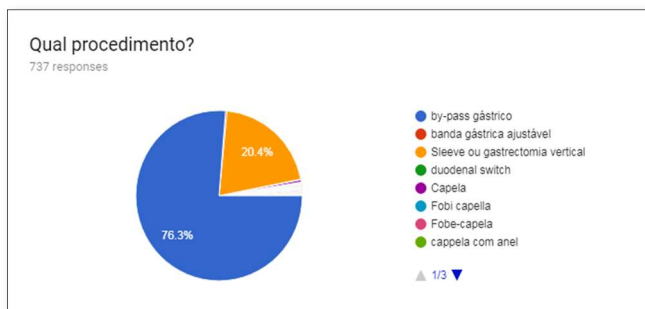
Fonte: Facebook.

Já outras pessoas demonstram todo seu receio, medo e insegurança na tomada da decisão. Também apontam seus problemas de saúde e de sociabilidade, sempre remetendo à obesidade. Nesses relatos que buscam apoio nos grupos da rede social, é comum a utilização de frases como: “desabafo”, “orem por mim”; “Deus na causa”. Por exemplo: “Boa tarde pessoal, chegou meu dia, interno as 16:30!!! Mandem energias positivas, orações por favor!!”

### 4.2.1 O perfil dos participantes

A aplicação do questionário autoaplicado rendeu 1010 respostas válidas (houve três questionários que foram enviados duas vezes). Destes, 735 já realizaram a cirurgia (mais de 72%) e 25 fizeram alguma cirurgia revisional. 76% daqueles que já realizaram a cirurgia fizeram o procedimento *By-pass*, entendido como padrão ouro pela SBCBM. Ele modifica a estrutura fisiológica tanto do estômago quanto do intestino, levando a maior perda de peso e transformações hormonais. Ela também é considerada mais invasiva que sua principal concorrente, Sleeve.

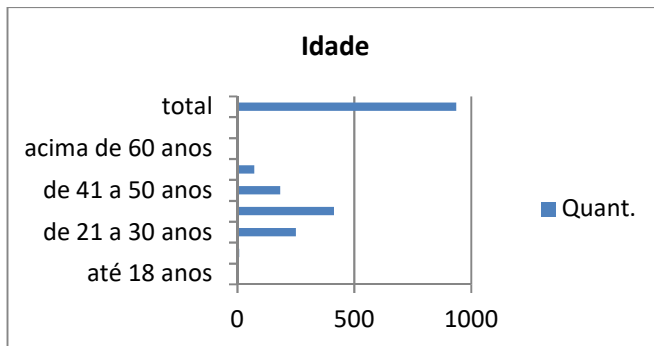
Gráfico 6: Tipo de cirurgia submetida pelos respondentes ao questionário.



Fonte: Elaboração própria.

A distribuição de idade (gráfico) ficou concentrada no intervalo de 31 a 40 anos. O gráfico mostra-nos um equilíbrio entre as extremidades da amostra, com o perfil acima de 40 até 60 anos e os de até 30 anos. A diferença é quase o dobro para os que estão entre 31 até 40 anos, indicando-nos uma maior pressão para esse grupo de responder tanto às comorbidades associadas ao avanço da obesidade como de expectativas sociais e estéticas numa fase importante do ciclo produtivo e econômico de suas vidas.

Gráfico 7: Idade dos respondentes ao questionário.



Fonte: Elaboração própria.

Com o quadro a seguir podemos ver como as cirurgias bariátricas envolvem questões epidemiológicas, como de mercado, com o Estado de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná liderando a lista de naturalidade dos pacientes. Essa situação corrobora com os dados de Schaffer et al. (2018), que alegam estar os médicos nos centros urbanos do País.

Quadro 6: Tabela Naturalidade dos respondentes ao questionário.

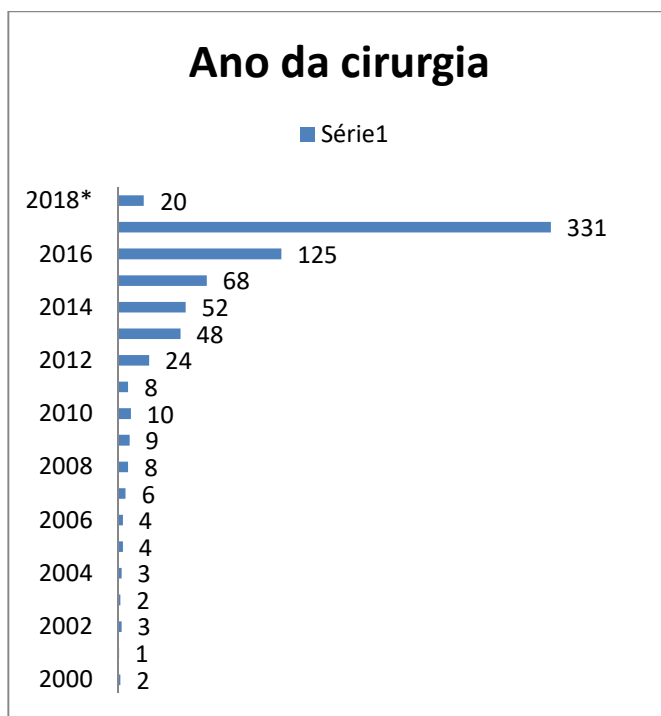
Naturalidade	
São Paulo	343
Rio de Janeiro	121
Paraná	109
Rio Grande do Sul	106
Minas Gerais	92
Santa Catarina	59
Ceará	22
Brasília	20
Bahia	19
Goiás	19
Espírito Santo	13
Mato Grosso do Sul	12
Pernambuco	11
Pará	10

Rio Grande do Norte	8
Amazonas	5
Sergipe	4
Maranhão	3
Paraíba	3
Rondônia	3
Tocantins	3
Mato Grosso	2
Piauí	2
Alagoas	1
Total	990

Fonte: Elaboração própria.

Com o gráfico a seguir, podemos ver que de um universo de tantas pessoas na rede social do Facebook, as que responderam efetuaram a cirurgia não mais que três anos atrás. O que indica um *boom* nos investimentos estatais e privados nesse mercado. Bem como indica maior visibilidade da cirurgia nos meios de comunicação.

Gráfico 8: Ano da realização do procedimento cirúrgico dos respondentes ao questionário.



Fonte: Elaboração própria. \*até dia 30/03/2018.

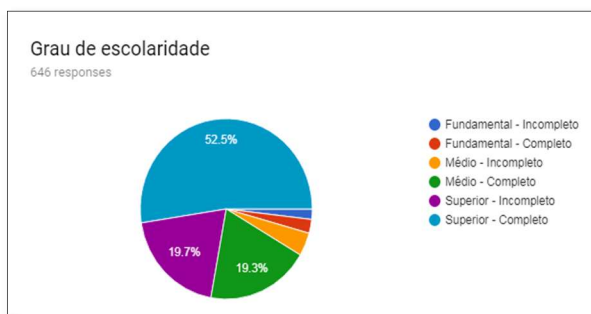
Outra possibilidade é pensar esse *boom* como reflexo da imagem e das expectativas que a pessoa tem consigo mesma. Os respondentes interagem mais porque a cirurgia é recente em suas vidas, ou porque veem que suas trajetórias com a cirurgia são relevantes para publicação, especialmente aquelas associadas à imagem (antes e depois das fotos) como uma das soluções para os inconvenientes que eles passam. Essa leitura corrobora com tese a forte pressão do campo no que diz respeito à busca por soluções para seus problemas – a obesidade e suas comorbidades –, bem como para socializarem uma nova noção do eu, mais completo e feliz após o procedimento cirúrgico.

Os dados também indicam que os recém-bariátricos estão mais dispostos a consumir as redes sociais e a expor suas trajetórias, seja pela

participação nos grupos (com relatos, comentários, curtidas), seja pela participação em questionários acadêmicos.

Nos próximos gráficos, podemos ver explicitamente que mais de 70% das pessoas entrevistadas detêm Ensino Superior completo. Essas pessoas fazem parte de um estrato médio em termos de renda, com mais de 70% compondo famílias de até quatro pessoas, com 13% vivendo próximos à linha da pobreza<sup>69</sup>, em termos de renda *per capita* por indivíduo. Esse dado sugere alta probabilidade de que a perda de rendimento de um de seus integrantes traria grande impacto para o estilo de vida da família. O mercado de trabalho gera influência na medida em que muitos dos relatos de adiamento da cirurgia vêm por meio de demissões dos pacientes e/ou de seus cônjuges/parceiros(as). Os gráficos demonstram também – se incluirmos os dados sobre o meio utilizado para a realização cirúrgica, onde praticamente 80% das cirurgias foram por intermédio de convênios (gráfico 9) – temos uma relação estreita entre os planos dos convênios e os pacientes/clientes. O tempo de carência se mostra tão importante quanto o tempo necessário para obtenção dos laudos.

Gráfico 9: Grau de escolaridade dos respondentes ao questionário.

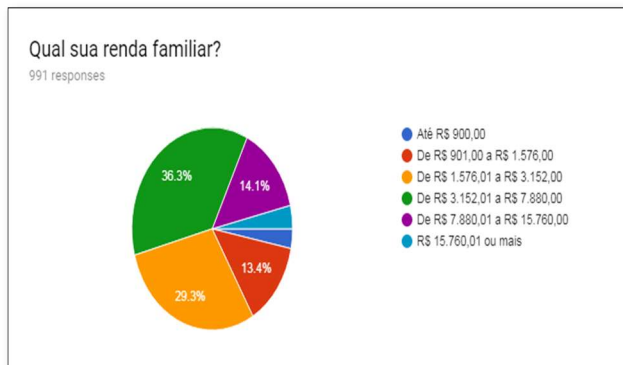


Fonte: Elaboração própria.

---

<sup>69</sup> Os muito pobres ou indigentes são o grupo populacional com renda de até um quarto de salário mínimo domiciliar *per capita*; e os pobres, o grupo populacional com renda de até meio salário mínimo domiciliar *per capita*.

Gráfico 10: Renda média familiar dos respondentes ao questionário.



Fonte: Elaboração própria.

Essa discussão corrobora com algumas indagações pertinentes sobre as opções que os levaram à cirurgia e as expectativas, com grande pressão de si para si em solucionar os problemas oriundos da obesidade, bem como as pressões socialmente impostas para terem sucesso, uma nova imagem e uma nova saúde. Essas pressões circulam em seus espaços de sociabilidade face a face, mas também nos canais consolidados que veiculam a doxa médica.

#### 4.2.1.1 Motivação/histórias de vida

Muitas histórias de vida que se desdobram na cirurgia bariátrica e metabólica são contadas nos grupos do Facebook. Na maior parte das vezes os participantes contam suas trajetórias pessoais como motivação para outros participantes, bem como forma de expor seus sofrimentos e alegrias visando o reconhecimento público e apoio de outros participantes.

*“Vamos falar de motivação? Foram anos de tristeza, me escondia se tudo tinha vergonha de frequentar os lugares, era rejeitado, ignorado muita das vezes, mulheres?? Perdi as contas de quantas me olhavam com cara de nojo e curtiam de mim por eu ser obeso, perdi oportunidades de emprego, era como se eu fosse ninguém, a obesidade tira oportunidades da gente, ela te exclui da sociedade, mais isso hoje me inspira e serve de motivação para que eu continue firme e forte e nunca mais volte dr*

*onde eu vim, então vamos nos motivar galera, correr atrás de nossos sonhos, metas e ideias, vamos ter saúde, se cuidar e ter nossa saúde plena e vida repleta de felicidades, vamos com tudo, todos nós somos capazes.”*

*“Sempre fui gordinha, sabe aquelas gordinhas com o corpo bem esculpido? Pois é, me achava "gostosa" e por anos me dominavam assim, nunca sofri preconceito de tipo algum, sempre tive namoradinho na escola, era muito conhecida e estou no meu 2º casamento. Aos 21 engravidei da minha filha, e na primeira consulta a médica me disse ‘você tem 120 kg, gravidez é de Alto risco, se cuide pra não perde-la’, sai de lá arrasada, como podia? Não era gorda assim, ninguém me disse que eu tava tão gorda, mesmo quando eu perguntava, sempre me dizia que eu era grandona, gostosona, coxa bunda e peito, era isso que importava, mesmo que nenhum loja famosa tivesse roupa pra mim, mesmo indo compra roupa nas lojas plus size, mesmo perdendo roupa a cada 3 meses pelo ganho de peso, mesmo n podendo usar saltos, eu não me sentia gorda. Até o dia que fui parar no hospital e uma médica disse q eu terei que ficar de repouso absoluto, pressão alta, diabetes, hérnia de disco, ovário policístico, eu ia perder minha filha! Parei de beber, de fumar e comecei a me cuidar; e durante a gravidez fui para 92 kilos! Minha filha nasceu dia 8 de Maio de 2014 e no dia 10 de Junho a surpresa... um AVC! Agora sim ouvi a verdade ... "também com esse peso só podia dar nisso mesmo" as enfermeiras tiravam no palito quem ia me dar banho e trocar minhas fraudas e quem perdia vinha e me humilhava, me constrangia dizendo que eu era pesada demais, pra fazer um regime porque ninguém queria cuidar de mim!, foi ai que caiu a fixa... Eu nunca quis ver a verdade, as pessoas falam demais, sai do hospital com 90 e poucos e meti a cara nos regimes malucos, ficava dias sem comer, fumava pra matar a fome, e bebia pra esquecer a frustração de não poder cuidar de minha filha... Ate que cheguei aos 140! Alguém falou da cirurgia, fui atrás, pesquisei e tudo me assustou, mil perguntas e descobri a reeducação alimentar, descobri um Deus que tinha me livrado até ali de várias e consegui chegar aos 112, e aqui estou há mais de 6 meses, sem subir né descer; impossibilitada de qualquer atividade física, somente fisioterapia e pilates, desempregada, com uma filha de 2 anos,e eu lutando pra viver! Tomei coragem, e estou realizando os exames pra bariátrica, pelo caminhar da carruagem só será ano que vem, má até lá estarei firme forte, lutando pela vida, e me espelhando em vocês ♥ obg por ler e desculpa o Textão, precisava desabafar ♥”*



Também se propõe na área psicológica discutir os motivos que levam os pacientes a decidir pela cirurgia.

Assim, além da condição física em si, ou seja, da busca de uma melhoria da saúde pela diminuição ou eliminação do risco de mortalidade e comorbidade inerentes à obesidade, existe o objetivo estético decorrente do emagrecimento, o qual perfila uma expectativa tanto subjetiva, veiculada à autoestima, como o sociocultural, que determina o imperativo da magreza como ideal corpóreo. (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013, p. 194).

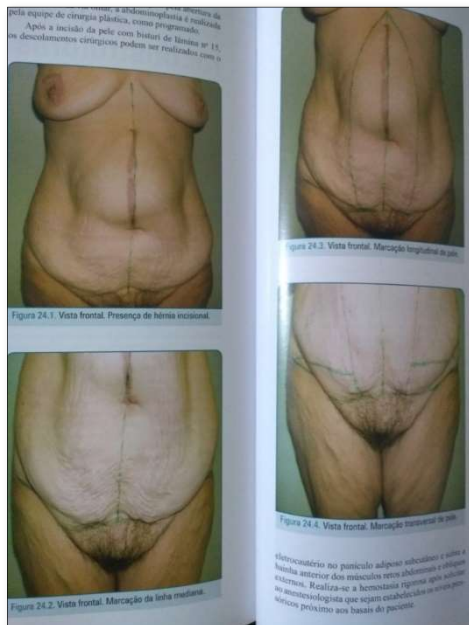
A escolha surge como uma forma de reorganização subjetiva da vida, mudança de atitudes e dos hábitos. Na maioria das vezes tem como resultado “[...] o sentimento de auto realização pela nova condição física e emocional” (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013, p. 198), mas pode gerar estranhamento, despersonalização, insatisfação e frustração (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013; ROSA; CAMPOS, 2009).

#### **4.2.2 O recurso do “antes e depois”**

Os resultados clínicos de procedimentos cirúrgicos são apresentados como antes e depois das áreas operadas do corpo humano em revistas científicas da área. O intuito é o de demonstrar a eficácia de determinados procedimentos. Mais recentemente e a partir da era da internet este movimento se difundiu pelas redes sociais e é mobilizado não apenas por médicos e especialistas da área. Embora aos médicos não publiquem o antes e depois de seus pacientes em redes sociais, eles não precisam destes recursos, pois os próprios pacientes assimilam a técnica e fazem isso por conta própria. Os grupos de discussão do Facebook apresentam o antes e depois de resultados cirúrgicos e os próprios operados realizam testemunho de suas cirurgias publicando fotos. Percebemos uma satisfação por parte daquele(a)s que se submeteram, sendo traduzida na publicação de fotografias e relatos de bem-estar. É possível observar como a forma de representação da imagem de si já reproduz uma lógica própria do campo médico, uma manifestação da imposição simbólica da classe médica sobre os pacientes.

Na primeira imagem observamos um manual didático de cirurgia plástica realizada após a perda de peso. As imagens servem como ilustração do processo cirúrgico e demonstração do resultado esperado.

Figura 20: Imagens de antes e depois do manual didático.



Fonte: Diniz, 2012.

Também nos grupos estudados, como já mencionados, os pacientes/clientes mostram suas cirurgias e resultados como ilustração de contentamento (ou descontentamento), bem como quando há dúvidas relativas ao procedimento/aparência (hematomas, pontos, secreções, inchaços).

Figura 21: Imagens de antes e depois publicadas no grupo do Facebook - resultado da cirurgia reparadora de braço.



Fonte: Facebook.

Figura 22: Imagens de antes e depois publicadas no grupo do Facebook – resultado da cirurgia reparadora abdominal.



Fonte: Facebook.

Outra situação onde as fotografias são colocadas é para mostrar o processo de emagrecimento, tanto para “motivar” os indecisos quanto na esperança de obter comentários elogiosos sobre seus corpos.

Figura 23: Imagens de antes e depois publicadas no grupo do Facebook – foto de perfil.



Fonte: Facebook.

Figura 24: Imagens de antes e depois publicadas no grupo do Facebook – selfies.



Fonte: Facebook.

Figura 25: Imagens de antes e depois publicadas no grupo do Facebook – roupas largas.



Fonte: Facebook.

Como observamos nas imagens, são essas as três principais tipos de fotografia: de perfil, mostrando o sucesso cirúrgico; *selfie*<sup>70</sup> no espelho (enfaticamente também o recurso da *selfie* como demonstração de orgulho de si. Principalmente porque as fotografias do “antes” serem, na maioria, tiradas por terceiros); e dentro de roupas usadas antes do procedimento cirúrgico (há casos onde o paciente pede para outro membro da família vestir a roupa junto, para mostrar que agora cabem dois onde antes cabia apenas a pessoa).

Junto com as fotografias, as pessoas colocam na legenda seu peso inicial, peso final (ou “durante”), altura, procedimento cirúrgico e quanto tempo de operados. Frases de efeito/motivacionais também são incluídas, como: “Vale a pena SIM e se eu pudesse eu faria tudo de novo”, “felicidade me define”, “Aquele antes e depois que você pensa: SANTA BARI”.

Há também as postagens de pessoas pedindo que os outros integrantes do grupo postem suas fotos de “antes e depois” para “prever” como ficarão ou se motivar. “Alguém operou com 102 kg e 1.65m podem postar fotos do antes e depois nos comentários?”

---

<sup>70</sup> Tipo de fotografia onde a pessoa tira a foto de si mesma. Normalmente na frente de algum espelho ou no formato de *close*.

### 4.2.3 Disputa simbólica: a corrida pelos laudos

Como vimos anteriormente, o processo pré-operatório inclui a obtenção de laudo de aprovação/indicação cirúrgica e diagnóstico dos profissionais das especialidades associadas: psicólogo ou psiquiatra (alegando sanidade mental e acompanhamento clínico), clínico geral ou endocrinologista (alegando a realização insatisfatória de tratamentos ditos tradicionais), nutricionista ou nutróloga (alegando acompanhamento prévio e tentativa insatisfatória de perda de peso). Caso o cirurgião entenda ser necessário, outros laudos de outros profissionais podem ser solicitados, como ortopedistas, fisioterapeutas, pneumologistas, dentistas, fonoaudiólogos etc. A princípio esses laudos técnicos devem ser solicitados por todos os cirurgiões, tanto em cirurgias a serem realizadas pelo SUS como particulares e via planos de saúde.

Como veremos a seguir, o laudo é uma moeda de troca no mercado das cirurgias bariátricas metabólicas, resignificando a cirurgia ao mesmo que é resignificada pelas relações sociais.

Por um lado, para o paciente o laudo não passa de passe de entrada para o paraíso da cirurgia, ele ou ela não compreende e não estão focados no conteúdo do laudo, apenas querem a autorização para alcançar o direito à cirurgia. Ao mesmo tempo, o Facebook se apresenta como rede de conexões e solidariedade em que o paciente busca apoio entre iguais – outros pacientes – não com os profissionais da área. Há aqui um paradoxo: a falta de informação e orientação adequada faz com que eles se aproximem de pessoas bem-sucedidas em conseguir laudos (mesmo que não formadas na área), não de profissionais que possam orientá-los adequadamente. Esse parecer ser o ápice do paciente informado, ele quer ultrapassar as restrições médicas ou as dúvidas de psicólogos ou nutricionistas, mobilizando outros profissionais mais acessíveis ou que liberem o laudo.

*-“Gostaria de saber, se o endocrinologista que tem que fazer o laudo só pode ser o mesmo que tenha feito tratamento anteriormente ou eu consigo com outro também???? Meu convenio é Amil, e sou de Sorocaba!”*

*-“boa noite gente. perguntinha... antes de marcar a data da cirurgia ou liberar pra fazer a cirurgia, quem precisou ou não de algum laudo (sei lá) da nutricionista, e quanto tempo demorou pra ela dar o (OK)??”*

-“Alguém pode me dizer com quantas sessões o psicólogo dá o laudo? vou continuar com as sessões e sei que varia de pessoa pra pessoa, mas queria ter uma ideia. Obrigado.”

-“Meus amigos, hoje fui ao cardiologista, laudo nas mãos, agora tenho que conseguir o laudo do dentista, super feliz!”

-“Pessoal, boa tarde! Gostaria de saber, quando foi solicitado o laudo para o psiquiatra (a medica achou melhor, pois facilitaria, invés do psicólogo). O mesmo cobrou de vocês algum valor? Minha esposa está nos preparatórios e se assustou, pois estão cobrando até 300,00 reais. No meu tempo, o psicólogo não cobrou nada. E ai vocês hoje passaram por isso?”

-“A Unimed me pediu um laudo que comprove dois anos de tratamento com o endócrino. Foi como se fosse uma facada no meu peito . E agora ?”

-“Alguém pode me indicar um PSQUIATRA que dê laudo na 1 sessão? Já tenho todos os outros laudos e estou com dificuldade de achar um  
Psiquiatra...

Convênio: Sul América - Cidade: São Paulo.”

-“Qual o laudo mais difícil de se conseguir? Psicóloga ou do endocrinologista?”

-“Bom dia pessoal! Vocês conseguiram em quantas sessões o laudo do psicólogo? Estou com dificuldades, a psicóloga da equipe do meu médico não atende meu convênio, pra fazer particular ela cobra 200,00 cada sessão, e seriam necessárias 3 sessões, teve uma do meu convênio que disse que eu tinha que fazer um tratamento de 1 ano com ela, outra que só tinha vaga em dezembro!”

- “Eu vou me consultar para pegar o laudo não sei o que eu falo?”

-(resposta) “Com qual especialidade de médico você está em dúvida? Todos os médicos que eu passei eu só cheguei e falei: tô querendo fazer a cirurgia de redução de estômago e preciso de um laudo. Fui curta e grossa kkk, mas todos os médicos que eu fui eram muito de boa. Tem médico que arruma confusão que não quer dar laudo, o melhor é você ir em médicos que já tem o costume de passar laudos de indicação para a bariátrica. Pede indicações de médicos da sua cidade para pessoas que já fizeram.”

Esta última fala mostra um aspecto interessante: não importa a qualidade do médico, o importante que ela tenha a cultura do laudo. Como se a avaliação do médico não tivesse importância, apenas o sucesso na garantia do laudo. Aqui vemos a dimensão da construção do discurso,

tema desta tese: importa mais fazer a cirurgia (a necessidade dela já foi decidida pelo paciente previamente e baseado no discurso médico) do que a avaliação do médico em si.

Outra faceta encontrada nos relatos relativos aos laudos médicos é a própria disputa entre os profissionais para determinar a validade ou não da cirurgia. Se a disputa sobre a importância da cirurgia não é mais acirrada nos encontros e manuais, ela aparece na sutileza da consulta para a obtenção dos laudos de aprovação da cirurgia pelos vários profissionais da área da saúde e os pacientes. A disputa por poder no mercado se dá pelo laudo.

O laudo é o artefato de poder e disputa entre os profissionais. Muitos não sabem como proceder diante de pacientes que querem a cirurgia. E outros fazem questão de seguir os critérios de análise, avaliação, acompanhamento, tratamento e liberação para a cirurgia. Como para muitos profissionais o acompanhamento pré-cirúrgico é essencial para a aprovação da cirurgia, muitos “demoram” para assinar o laudo de liberação da cirurgia. Como no momento em que estão “correndo atrás” da cirurgia os pacientes/clientes querem o imediatismo, muitos se frustram e tentam alternativas para acelerar o processo. Alguns relatos exemplificam:

- *“Hoje passei pela segunda endocrinologista e ela também se recusou a me dar o relatório, disse que não concorda com a cirurgia”.*

- *“Amigos, alguém pode me dizer o que deve constar no laudo do psicólogo? Minha psicóloga nunca fez e eu não sei explicar pra ela”.*

- *“Como fazer pra operar sem ter um laudo de 2 anos tentando emagrecer? Preciso operar, já tô desistindo. Meu imc é de 60,3 e não consigo, me ajudem”.*

- *“Gente boa tarde estou em desespero. Tudo pronto e entregue na unimed só faltou o laudo do endócrino, que não quer me dar”.*

- *“Triste minha endócrino não meu deu laudo disse que com minha diabetes 142/não faz cirurgia”.*

- *“Meninas.. Me judem. É importante o laudo do endocrinologista mesmo? Eu fui para um que disse que 108,00kg não é obesa e que é fácil perder peso porque meus exames não apresentaram nada. O que fazer????”*

- *“meninas, infelizmente dessa vez não deu... o laudo do endócrino não tinha discriminado o acompanhamento de dois anos, e a Cassi recusou a liberação; voltei ao endócrino e ele se recusou a dar um novo laudo porque não tinha dois anos ininterruptos de tratamento”.*



- *“Gente, a psicóloga negou meu laudo”.*
- *“Gente, quanto tempo em média vocês levaram para conseguir o laudo do psicólogo?  
(respostas) - Eu na segunda sessão ela já me deu o laudo.  
- Eu na primeira sessão já tive ok pra cirurgia :)  
- Eu tive que fazer 8 ou 9 sessões de psicóloga.  
- Três sessões.”*
- *“Alguém indica ortopedista para comprovar comorbidades? Tive uma experiência horrível com um ortopedista hoje, reconhece que o peso prejudica minha coluna e joelho mais disse que não faria o laudo por que não concorda com a cirurgia. Meu IMC é 38 sofro com obesidade desde a adolescência. Sai da sala acabada, pois ele acha que meu tratamento começou ontem estou a 5 anos lutando e depois de muitas tentativas, minha médica me indicou a cirurgia mais não vou desistir, queria saber se alguém indica um ortopedista aqui em SP.”*
- *“Muito triste, fui a endocrinologista hoje e ela não liberou o laudo para mim!!! Alguém em Vitória -ES para me Indicar um endócrino que concorde com cirurgia???”*
- *“Alguém do grupo conseguiu fazer a cirurgia sem o laudo do psicólogo ? ... Eu estou com todos os exames pronto mais minha psicóloga não quis me liberar pra cirurgia ainda é estou com medo da minha cirurgia não acontecer por causa dela”*
- *“Estou desesperada estou com todos os exames prontos e só faltava o laudo da psicólogo e pá não fui liberada Pra cirurgia e pediu pra fazer psicoterapia durante 6 meses’*
- *“Hoje fui na consulta com meu endocrinologista para conseguir o laudo e sai de lá arrasada. Ele me disse que não sou qualificada para a cirurgia, que não tenho comorbidades, que melhor seria eu tomar remédios e que devo fazer acompanhamento por no mínimo 2 anos. Estou muito triste venho lutando contra o peso a mais de 10 anos.”*
- *“Pessoal, foi difícil conseguir o laudo com o endócrino?? Tem pouco tempo que moro na cidade e a médica não quis me dar o laudo :( Quer que eu tente outras formas de emagrecimento primeiro, porém expliquei a ela que faço tratamentos para emagrecer desde os 14 anos, mas ela está irredutível... Me contém como foi e experiência de vocês.”*
- *“Oi gente, tenho imc 53 e preciso de um laudo do endocrinologista.  
Só que mesmo apresentando laudo já antigo de ortopedista, o que fui não quis me dar alegando que não pode só depois de dois anos de tratamento,*

*acredito que ele queira me dar sibutramina mas minha pressão alta não permite”.*

*- “Primeira consulta com psicólogo e ele vai logo avisando que ã dá laudo na primeira consulta e ainda fica falando que eu não preciso de cirurgia*

*1.59m, 99kg ai meu Deus e agora!!!!!”*

Se nos artigos publicados em revistas científicas há consensos e dissensos, como já discutimos, não há, em contrapartida, disputa sobre a efetividade da cirurgia bariátrica e metabólica. Porém, no ambiente dos consultórios, se torna visível essa disputa pela validade da cirurgia. Os profissionais necessários para a avaliação e aprovação do procedimento cirúrgico se utilizam de várias justificativas para esse entrave: seja para contrariar a autoridade simbólica do médico cirurgião, seja para fazer valer sua importância (enquanto profissional qualificado) no campo, seja porque não concorda com os critérios sugeridos pelos cirurgiões e legitimados pelo Estado, ou mesmo porque não concorda com a realização da cirurgia.

#### **4.2.4 O grupo de apoio e os principais temas abordados**

Como já tratamos, os grupos da rede social virtual Facebook têm em comum sua característica de grupos de apoio. Argumentamos que além dessa função, os grupos são também um espaço onde seus participantes negociam sentidos e experiências.

Acreditamos que essa pluralidade de funções dos grupos em redes sociais virtuais é mais um indicador que a esfera econômica não é desconectada das outras esferas sociais, bem como a coexistência de relações mercantis e de apoio nos grupos do Facebook são mais um exemplo das vidas conexas, proposta por Zelizer (2011). As relações são definidas em cada ocasião e as trocas mercantis não diminuem nem contaminam as relações de amizade, companheirismo e suporte existente nesses grupos.

Alguns temas foram mais recorrentes e por isso analisados. São eles: venda/doação/troca de medicamentos e cintas/meias; indicações sobre cirurgiões; confirmação/negação das receitas médicas/nutricionais (principalmente); troca de receitas para manter ou perder mais peso; testemunhos de realizações e frustrações; apoio ou exclusão familiar; preocupações com o trabalho e os planos de saúde; a síndrome de

Dumping; complicações e características do pós-cirúrgico. Seguem alguns do principais relatos:

#### 4.2.4.1 Preço/valor

Esses dois termos remetem tanto ao valor (estima) quanto a valor/preço. Muitos comentários faziam alusão a uma propaganda de cartão de credito que termina com: “não tem preço”.

- *“Cruzar as pernas, não tem preço!”*.
- *“Conseguir voltar a fazer minha própria unha não tem preço”*.
- *“A satisfação de cruzar a linha de chegada não tem preço, bendita bariátrica!!!”*
- *“Porque mostrar as saboneteiras não tem preço”*.
- *“Vestindo M, não tem preço esta vitória”*.
- *“Sair para comemorar o aniversário com marido 30kg mais magra, não tem preço!”*
- *“Colocar roupas de nossa preferência...não tem preço!”*
- *“Sentar-se sem dificuldade, não tem preço”*.
- *“Amanhecer, medir a glicemia a 91, não tem preço”*.
- *“Primeira caminhada sem cansar, isto não tem preço”*.
- *“A cirurgia tem seus contras?? Tem sim, mas não me arrependo porque pesar 64k não tem preço”*.

Nessas postagens podemos perceber a valorização da mudança de vida, mas também o valor dado à aceitação social, visto que ser aceito “não tem preço”. Assim como a análise de Zelizer sobre as adoções, aqui é essa valorização o auge da conformação do mercado. A acomodação desse mercado vem da ideia de valor afetivo do produto e seus desdobramentos.

Já as postagens sobre o preço de produtos e serviços, na maioria das vezes não há distinção entre os termos preço e valor. Mais uma vez percebemos a negociação dos sentidos atribuídos ora ao valor das experiências no pós-cirúrgico, ora nas relações de empatia frente aos preços dos produtos que são uso comum entre os indivíduos submetidos à cirurgia.

- “Boa tarde, dia 26 irei operar o médico prescreveu pra eu tomar a injeção Enoxaparina<sup>71</sup> (Clexane). Fui verificar o preço de 70,00 a 90,00 Reais cada aplicação. E observando na internet é muito mais barato. Gostaria de sugestões..” Esse comentário obteve mais de 238 respostas.

- “Meninas é verdade que antes da bariátrica tem que tomar injeções para trombose e depois em casa também. Se for mesmo qual o preço?”

- “Clexane<sup>72</sup> 40mg, alguém me indica uma farmácia em BH com melhor preço?”

- “Boa noite! Moro no RJ, gostaria de informação, se alguém puder me dar uma base, agradeço. Preço: "balão gástrico"?? Preço: bariátrica??? Tudo particular. Alguma indicação no RJ?”

- “Consegui achar clexane a R\$79,00. Achei o preço ótimo”

- “Olá bom dia!!! Alguém que tenha pagado pela cirurgia? Qual é o preço médio? Obrigado..”

- “Boa tarde alguém aqui fez a cirurgia particular e sabe me dizer mais ou menos o valor?”

- “Vou fazer a cirurgia amanhã e não sabia o preço da enoxaparina, está muito acima do meu orçamento. Alguém sabe alguma fonte de onde comprar mais barato ou se tem para ajudar?”

- “Alguém indica alguma cinta boa com perna com preço acessível?”

#### 4.2.4.2 Apoio ou exclusão familiar

A principal característica autointitulada pelos grupos é que eles são grupos de apoio. Vários dos relatos trazem as trajetórias pessoais e as negociações frente à tomada de decisão pela cirurgia. Um dos pontos que são mobilizados pelos participantes é o apoio dos familiares. Esse chega a ser um fator crucial para a desistência da realização do procedimento cirúrgico. No caso dos relatos de falta de apoio familiar, os outros integrantes dos grupos mostram solidariedade e relatam suas histórias de sucesso e superação desse medo de não ter o apoio da família.

---

<sup>71</sup> Medicamento anticoagulante.

<sup>72</sup> Medicamento anticoagulante.

- *“Pessoal quando vocês decidiram fazer a cirurgia bariátrica vocês tiveram apoio de toda a família? Pois eu tenho só do meu marido, minha mãe fala pra eu criar vergonha e emagrecer de forma natural! Fico tão triste porque ela não sabe o que nós obesos passamos!”*

- *“Gente, quando vocês decidiram operar, vocês tiveram o apoio da família?”*

*Essa pergunta obteve mais de 250 respostas. Entre elas:*

- *“Sim total em todos os momentos, pois eles viram que eu não iria mudar de opinião mesmo sem a aprovação deles”.*

- *“Eu tive do meu marido e da minha filha de 16 anos, mas meu filho de 23 era totalmente contra, mas depois dele conhecer melhor sobre a cirurgia e ver como já mudei para fazer, ele também apoia, e se Deus quiser será em dezembro”.*

- *“Meu marido assinou aquele termo só na véspera da cirurgia”.*

- *“Eu não. Minha mãe falou pro meu filho de 5 anos que eu ia morrer. Vê se isso é coisa que se fala pra uma criança de 5 anos. Hoje ela tem inveja de mim. Fica me agourando dizendo que vou engordar tudo de novo”.*

#### 4.2.4.3 Prestação de Serviços

O espaço dos grupos na rede social virtual aparece também como uma forma de “classificados”, com pedidos de indicações sobre profissionais, bem como ofertas de serviços pelos próprios profissionais. Do lado dos pedidos de indicação, há principalmente por profissionais da saúde:

- *“Procuro indicação de nutricionista especialista em pós bariátrica em Brasília?!”*

- *“Boa noite. Gostaria de indicação de cirurgião aqui no Rio que aceite Amil. Hoje passei pela consulta com um médico, porém o método que ele faz (by-pass) não é o que gostaria de fazer. Sei que é o médico quem decide. Mas queria uma segunda opinião. Obrigada”.*

- *“Pessoal do Rio Grande do Sul, alguém aí tem indicação de algum cirurgião plástico que faça as reparadoras pela Unimed? Não me deixem no vácuo, por favor! Preciso fazer as reparadoras, mas não encontro médico. Ajudem”.*

- *“Quem faz drenagem linfática particular com bom preço. Contagem de preferência”.*

Já nas ofertas de serviços, observamos enfermeiras, cuidadoras, psicólogos e representantes de planos de saúde.

- *“Psicologia, Neuropsicologia e Psicopedagogia Psicólogos de diversas abordagens e especialidades ENTRE EM CONTATO, E AGENDE UMA SESSÃO. Acompanhamento pré e pós-cirurgia Bariátrica”.*

- *“Boa noite! Faço laudos psicológicos para cirurgia bariátrica há 8 anos. Se estiver tudo ok na avaliação psicológica, entrego o laudo no mesmo dia. Atendo por reembolso Faço laudos para pacientes de São Paulo, outras cidades e Estados. Fico a disposição para qualquer dúvida. Pode me chamar inbox<sup>73</sup>. Obrigada!”*

- *“Bom dia, ofereço-me para trabalhar como Cuidadora, possui curso de Técnico em Enfermagem (sem Coren<sup>74</sup>), experiência para trabalhar com Idosos, Acamados, Pós-Cirúrgico e Pós-Parto. Diurno ou noturno. Desde já agradeço à atenção. Para atuar Zona Leste e Centro. Interessados favor chamar no Watszap”.*

- *“Olá! Sou psicóloga e gostaria de dividir algo com vocês. [...] Mas a gente também já percebeu que não é uma questão de fechar a boca, certo? Se fosse, como já disse muitas vezes, estaríamos todos magérrimos e curtindo por aí sem nos preocuparmos com peso. Vamos resolver isso juntos? Eu me disponho a ajudar!!! E de novo, vou sempre oferecer meus serviços, porque é nisso que eu acredito. E também digo, com muito orgulho, que NUNCA deixei de atender ninguém por questões financeiras. Mas eu não acredito em atendimento gratuito, e o que estou dizendo com isso é que me disponho a negociar. Quem topa???”*

- *“Seu plano de saúde está caro? Encarar o serviço público esta a cada dia mais difícil?? Temos uma ótima solução para você que busca qualidade e preço justo!!! Tenha os benefícios do Plano de Saúde, com possibilidade de redução de carência e ainda pagando menos. Crianças a partir de 6 meses podem ser Titular, basta apenas ter CPF. Entre em contato conosco para analisarmos seu perfil e lhe enviar uma proposta. Trabalhamos com planos com cobertura total nas especialidades: urgência, emergência, exames, consultas, internações e cirurgias. Planos com ótimas Redes Credenciadas e abrangência Regional e Nacional. Faça sua cotação.”*

<sup>73</sup> Refere-se ao bate-papo privado, principalmente no Facebook.

<sup>74</sup> Conselho Regional de Enfermagem.

#### 4.2.4.4 Vendas/doações

Além da prestação de serviços, outros produtos são postos à venda, nesse “classificados” que pode se tornar os grupos de Facebook.

- “*clexane.....doação ou preço de desapego, rio de janeiro urgente!!*”

- “*Olaaa tenho clexane. Quem tiver interesse me chama inbox...que digo o preço, não assumo frete.*”

- “*Alguém precisando de clexane? Tenho 3 doses. Preço camarada!!*”

- “*Pessoal de Curitiba, preciso de indicação de um lugar bom e barato que tenha a cinta para comprar.*”

- “*Amigos vim avisar que eu ganhei minhas injeções de clexane e veio uma a mais então estou oferecendo a quem realmente estiver precisando. Os gastos são muitos, então toda ajuda é válida. Sou do Rio de janeiro.*”

- “*Meninas que vão fazer a cirurgia bariátrica tenho a cinta pra vender semi-nova, 120,00.*”

- “*Queridos integrantes do grupo, sei que não é para isso a que se propõe esse grupo. Mas ofereço para quem tiver interesse esse centrum<sup>75</sup> com 425 unidades que comprei e estou precisando vender. Quem tiver interesse favor me contatar via inbox. Estou pedindo R\$ 295,00. Sou de Porto Alegre e posso enviar por Sedex.*”

Um moderador de grupo negocia as funções do grupo e as situações onde a venda e troca de produtos são ou não permitidas:

- “*Apenas esclarecendo... Essas questões não se refletem em comércio de produtos... Uma pessoa oferecer um tubo de Centrum que está sobrando, um Clexane que não utilizou, uma vitamina que não será utilizada, uma meia de compressão que não lhe serve mais... Isso não caracteriza uma atividade de caráter comercial... Reflete em mera transação entre particulares, sem finalidade de exploração econômica... Acho inclusive válido que se ofereça e até estímulo que se faça... O que não creio seja legal é comércio mesmo... Pessoas que compram para*

---

<sup>75</sup> Multivitamínico.

*revender e a partir disso procuram fazer uma fonte de renda... Não entendam isso como uma repreensão, ou que considero esteja errado, não é isso, cada um tem que tirar o seu sustento da forma como melhor lhe permite... A questão é permitir-se ou não a utilização DESTA ESPAÇO para este fim... E a meu entender existem dezenas de formas de mídias impressas ou eletrônicas para propagar a divulgação de produtos, e talvez o grupo não seja o lugar mais adequado... Enfim... Por isso coloquei em votação... Fica a critério de vocês..”*

#### 4.2.4.5 Confirmação/negação das receitas médicas/nutricionais e exames

Como já mencionamos, a relação entre profissionais da saúde e pacientes/clientes não é simétrica. Muitas vezes os pacientes não se sentem confortáveis em fazer perguntas ou admitir que não compreenderam as explicações. Esses são alguns dos motivos pelos quais os integrantes dos grupos pedem dicas e questionam seus pares, além de obterem informações dos profissionais habilitados.

Outras vezes perguntam no grupo apenas como forma antecipar os diagnósticos que receberão na consulta, bem como decidir se precisam voltar ao consultório “apenas” para receber um diagnóstico que pode adquirir – informalmente – nos grupos do Facebook.

- *“Gente meu exame deu pedras na vesícula, isso é impedimento pra fazer?”*

- *“Exame de hemograma do pré deu nível de leucócitos alto. Alguém já passou por isso?”*

- *“Sexta feira fui no médico e o resultado dos exames deram anemia profunda. Será que terei que me preocupar?”*

- *“Fiz exame pré-operatório de ultrassonografia abdômen total e deu Hepatologia esteatose<sup>76</sup> grau III (acentuado) e Colecistopatia<sup>77</sup> calculosa. Mais alguém deu isso ou alguém que posso me explicar?”*

- *“Estou na dieta líquida sem coar, cremes e sucos. Alguém tem receitas pra eu variar? Obrigada!”*

- *“Oi. Bom dia, pessoal. Gostaria que vocês enviassem receitas pós-cirurgia. Dieta líquida, dieta pastosa. O que*

---

<sup>76</sup> É um acúmulo de gordura nas células do fígado.

<sup>77</sup> Inflamação da vesícula biliar.



*vocês usaram de dieta líquida, quais produtos e como vocês faziam a sopa. E na pastosa. Peça por gentileza.”*

#### 4.2.4.6 O pós-cirúrgico

Uma das principais queixas, e também “arrepentimentos momentâneos” no pós-cirúrgico são relacionados à dieta restritiva dos primeiros 30 dias. Passar tanto tempo (uns chegam a 30 dias) à base de uma dieta líquida e sem temperos (principalmente industrializados e sal) se torna um “martírio” aos pacientes. A reação do corpo a essa dieta é de enfraquecimento e desorientação. Além da questão do hábito da mastigação que se rompe do “dia para noite”. As pessoas, que antes estavam ávidas pela mudança, renovação e renascimento, se percebem no pós-cirúrgico fracas – física e mentalmente. Normalmente é nesse período que alegam arrependimento e dizem que talvez não deveriam ter feito a cirurgia.

Já no pós-cirúrgico de longo prazo, Segal e Fandiño (2002) verificaram que, das 100 pacientes estudadas, apenas duas apresentaram complicações psiquiátricas, bulimia nervosa. O que se argumenta é que se o paciente tinha um problema psicológico antes da cirurgia e não faz o acompanhamento no pré e no pós-cirúrgico, a aderência ao tratamento e adaptação ficam comprometidos. Nascimento, Bezerra, Angelim (2013) afirmam que a adaptação ao novo corpo pode ser mais complexa do que parece e nem sempre se torna uma experiência agradável. Como possível consequência, pode surgir ou reincidir alguns transtornos psíquicos, como “alcooolismo, depressão, anorexia, bulimia e, até mesmo, suicídio” (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013, p. 198). Marcelino e Patrício (2011, p. 4773) incluem nessa lista também a “[...] dependência de outras drogas, compulsões por jogos, compras ou sexo”.

“tenho a sensação que eu tenho mais vontade. Eu já gostava de beber vinho, tinha uma tolerância altíssima. Eu bebia bem sem problema nenhum. E hoje o pouco que eu bebo, me sobe. E tem uma sensação que eu tenho mais vontade de beber. De novo, por um limite, por uma consciência, pelo exemplo eu acabo não bebendo, mas: você gostaria de beber todo dia? Provavelmente. Às vezes a gente acha que é normal, só que esse normal começa a me dar vontade de se eu começar a beber

todo dia. O que acontece em congresso, em férias. Ah, tem jantar, tem festa. Ah, amanhã eu já estou com mais vontade de beber do que eu estava ontem” (cirurgião submetido à cirurgia).

Outra grande preocupação das pessoas no pós-cirúrgico é com relação ao tempo que precisariam para voltar ao trabalho, também chamado por eles de serviço. Tanto a preocupação é com o trabalho formal como com o informal: “serviço de casa”. Várias mulheres questionam por quanto tempo devem ficar sem fazer o serviço de casa e em quanto tempo puderam voltar normalmente ao trabalho. Mesmo quando estão prestes a realizar a cirurgia e “seu sonho”, essas mulheres não deixam de se preocupar com os afazeres domésticos. A preocupação com a saúde é negociada também com as preocupações profissionais e familiares.

#### 4.2.4.7 Dumping

A síndrome de Dumping, em especial, é bastante comentada nos grupos do Facebook. Os principais sintomas da síndrome de Dumping, pelos bariátricos, são: suor frio, aceleração no coração, enjoo, tontura, fraqueza, frio, sono, dor de barriga, ânsia de vômito, agonia, sensação de desmaio. Quando questionados sobre as características dessa síndrome, as respostas são bastante enfáticas no que diz respeito à sensação de “quase morte”. Às vezes de forma humorada os inscritos nos grupos relatam suas experiências de Dumping: “*você vai sentir seu corpo tremer todo um suor frio tontura parece que você está flutuando*”; “*É a sensação q vai morrer e não morre*”; “*Mal estar, suador frio, boca espumando, ânsia, coração acelerado, tremedeira, muito bocejo... As vezes tudo junto e misturado, às vezes só um ou alguns*”.

Durante o congresso, já mencionado, foi perguntado aos cirurgiões que fizeram o procedimento se eles tinham a síndrome de Dumping. As respostas foram as mais variadas, incluindo o sarcasmo: “*o que é Dumping? (risos)*”. O que nos chamou atenção foi a maneira com que eles deram sentido aos sintomas. Enquanto os pacientes no Facebook enfatizam as sensações de desconforto, os cirurgiões enfatizam o significado da síndrome no processo de transformação do consumo alimentar.

- “*Eu tenho um pouco de dumping. Eu tenho um pouco de hipoglicemia tardia, se eu tomar suco de laranja. Eu acho ótimo. Eu fico*

*um pouco enjoado se eu comer muito doce e acho ótimo. Isso é um mecanismo de defesa pra mim. Eu dou graças a Deus, agradeço’.*

- *“é um sinal para eu parar”.*

- *“é um sinal. Se eu não tivesse Dumping, provavelmente eu comeria. Num restaurante de menu degustação, eu comeria duas sobremesas. Se eu não tivesse Dumping eu comeria as duas. Mas eu como a metade de uma”.*

#### 4.2.4.8 Complicações

- *“Eu estou amando esse grupo! Todos de parabéns com as palavras de apoio! Como teria sido bom ter vocês comigo a quase 4 meses! Tive sérias complicações e passei por mais 3 cirurgias. Vomitei muito sangue e minha médica pessoal me disse que meu estômago soltou do intestino. Fiquei 10 dias no CIT, usei sonda, tive infecção, usei dreno e depois fiquei 2 meses de cama quase sem força pra andar. Tenho aprendido muito com vocês! Agora estou na fase da perda dos cabelos...que desespero! Perdi 30 kgs, mas não consigo me alegrar! Tudo foi um choque pra mim e ainda estou me recuperando! Deus abençoe vocês!”*

Muitos desses comentários que tratam das complicações pós-cirúrgicas, ou dos possíveis problemas e restrições que a cirurgia tem, são criticados. Em uma espécie de constrangimento do grupo para que só sejam ditas coisas positivas, construtivas e motivacionais, visto que muitos dos leitores ainda estão buscando informação e poderiam desistir da cirurgia ao ler sobre os problemas. Segue um exemplo:

- *“Boa noite, gostaria de lembrar que o grupo é para ajudar pessoas e familiares que vão fazer ou fizeram a cirurgia. Pessoas que são contra, que gostam de fazer comentários negativos e até criticam quem vai fazer ou fez, por favor respeitem os outros. Ninguém faz a cirurgia querendo morrer, ninguém entra em uma sala de cirurgia esperando deixar a família de luto. Todos entram para renascer, a sala de cirurgia é a esperança nas mãos dos profissionais que estão sendo usados por Deus naquele momento tão esperado. A decisão foi tomada e aprovada por pessoas que estudaram e estão preparados para cuidar de cada situação diferenciada, então vamos valorizar os profissionais que só querem a saúde dos nossos colegas. Cada um é responsável por seguir as*

*orientações do Médico, então vamos da força para os primeiros dias e os primeiros medos! Juntos somos mais fortes!!”*

Aqui mais uma vez o discurso médico se impõe sem a presença do médico: é o moderador do grupo que solicita a suspensão de comentários sobre complicações e apela para a autoridade médica afirmando que seguindo as orientações do médico não há perigos.

Outra característica importante quando se trata das complicações é que elas não se tornam empecilho para a valorização da cirurgia. O que chamamos aqui de: “mesmo com problemas, não me arrependo”. Muitos são os depoimentos de complicações clínicas, mas eles vêm sempre com a frase: “só me arrependo de não ter feito antes”.

*- “Toda operação é de risco, cada organismo responde de uma forma. Eu por exemplo tive muito enjoos e vômito até quatro horas depois da cirurgia, no dia seguinte uma inquietação por conta de uma reação a medicamentos. Quando fui pra casa tive um pouco de gases, mais nada insuportável. Hoje estou com cinco meses e meio de by-pass por vídeo, nunca tive entalo, e dumping tive uma vez com pudim que comi a pouco tempo que fui liberada. Já se foram 39 quilos, estou praticamente na meta. Vitaminas todas ok, todos os exames normais, cabelos não caíram ainda. E te digo se colocar na balança os desconfortos e as vantagens, as vantagens ganham em disparada. Não desanima não, vale a pena”.*

*- “Eu entalo sim todos os dias... não consigo comer carne e nem arroz... mas vou ser sincera faria tudo novamente... em 75 dias passei do 54 para 46... 22 off... vou te falar o que menos tenho vontade é de comer... estou me amando e amando a minha nova vida...”*

*- “Hoje completando 4 meses, vivendo e não sobrevivendo! A cirurgia tem seus ônus e seus bônus, mas os bônus são infinitamente maiores. Pra quem está no processo: é árduo, por vezes desesperador; mas vale muito a pena. Pra quem chegou ou ainda vai chegar no seu objetivo como eu: Parabéns! Não vencemos só a obesidade, vencemos o preconceito, a crueldade das pessoas... Vencemos a nós mesmos!*

*#28 kg off!*

*Arrependimentos? Sim*

*De não ter feito antes!*

*Nada é mais forte do que alguém que está se reconstruindo!!”*

#### 4.2.4.9 A Morte

Da mesma forma que nossa análise incluiu as falas nos grupos do Facebook, aquilo que não é dito também nos interessa. O tema da morte é tabu e em sua maioria, as pessoas que abordam o tema são constrangidas.

*“Bóra parar com este papo de morte e de viver menos aqui no grupo? Se ao menos vocês usassem uma única publicação para falar, mas abrir 300 publicações sobre o assunto está chato né!!! Deus do céu, para cada 5 publicações do grupo uma é sobre isto. Já tirei as dúvidas com nosso médico, ele explicou, postei aqui e ainda tem gente insistindo nisto, pergunto pra que??? Para fazer as pessoas desistirem da cirurgia quando você já está aí operado e esbanjando saúde e magreza???Deu do assunto, os posts vão ser deletados, tanto de quem insistir em publicar, quanto de quem insiste em reclamar”.*

Tal qual nos grupos do Facebook, também não observamos o tema da morte ser discutido no XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da SBCBM. A morte era tratada por seus indicadores e sempre com o objetivo de tratar sobre a diminuição de seus “casos”. Mais uma vez aqui percebemos o paradoxo do risco, pois ao mesmo tempo que o risco da morte por complicações da obesidade é o motivador da realização da cirurgia ele é ocultado quanto a sua possibilidade no próprio ato e consequências cirúrgicas.

Inspirados por Zelizer (1978; 1989; 2010; 2011) exploramos as dimensões culturais desses mesmos espaços por onde transitam o dinheiro que passou a ser parte de novas concepções acerca da vida contemporânea, com o sentido estrito dos recursos, dos medicamentos, dos médicos que amparam suas vidas agora mediadas pela relação entre o que o dinheiro permite comprar – a cirurgia bariátrica – e, sua manutenção, a vida social.

As novas formas de compartilhamento de informação, a princípio, transformam a relação médico/paciente e permite que o poder do discurso biomédico se descentralize (PEREIRA NETO et al., 2015). A comunidade médica reagiu de diferentes maneiras a esse novo movimento, oscilando desde hostilidade, preocupação e celebração. Autores da sociologia também começaram a discutir uma possível desprofissionalização do médico (GARBIN; PEREIRA NETO; GUILAM, 2008).

Como observado nesse capítulo, as questões de estigmatização social, apoio (ou não) familiar, acesso aos planos de saúde ou serviços públicos de saúde, possibilidade de fazer a suplementação pós-cirúrgica, tudo isso é mobilizado durante a tomada de decisão pela cirurgia e também posteriormente a ela para justificar as escolhas e os comportamentos. Nesse sentido, as categorias expostas são manifestações visíveis dessa violência simbólica do campo/mercado de cirurgias bariátricas e metabólicas. Elas nos permitem visualizar as estruturas mentais, formas de compreender e agir nesse mercado – que são compartilhadas.

Porém, toda a negociação não significa que essas pessoas estejam fora ou menos suscetíveis a violência simbólica que é estrutural do campo/mercado das cirurgias bariátricas. As escolhas individuais aparecem como disputas pelo sentido da cirurgia, ora disputando, ora compartilhando o sentido dado. Quando Bourdieu afirma que esse quadro cognitivo é compartilhado, podemos entender que fazer parte desse campo/mercado é de alguma forma, estar sendo atingido pela pressão social que o permeia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 2010 o SUS realizou 4.489 cirurgias (BRASIL, 2017), inferior a 10% das quase 60.000 cirurgias realizadas pelo sistema privado, no mesmo ano (SBCBM). Em 2013, o SUS afirma ter aumentado em 45% esse número, realizando 6.493 cirurgias (BRASIL, 2017).

No SUS pacientes que desejam fazer a cirurgia precisam dispor-se a permanecer dois anos tentando emagrecer pelos métodos “tradicionais” (alimentação, atividade física e remédios) para, ao final, receber um atestado de impossibilidade do atingimento do peso ideal e serem autorizados a realizar a cirurgia. No outro extremo está o setor privado que, gerido pela lógica do mercado, oferece a cirurgia sem nenhum acordo intermediário inclusive para pessoas apenas com sobrepeso e que não passaram por tratamentos não invasivos prévios.

A cirurgia bariátrica e metabólica evidencia o paradoxo do risco, pois é ao criar a doença da obesidade e negociar o medo do risco da morte iminente em decorrência dessa doença que se constrói esse mercado. Ao mesmo tempo o risco das iatrogenias<sup>78</sup> e da morte são suprimidos e negados pelos atores envolvidos com a cirurgia.

O que a princípio pode parecer uma disputa por fatias de mercado, ou uma complementação de serviços via mecanismos privados (no discurso do SUS), são na verdade “[...] encenações, operações que consistem em encenar um conjunto de pessoas destinadas a desempenhar uma espécie de drama público, o drama da reflexão sobre os problemas públicos” (BOURDIEU, 2014. p. 56). O Estado atua a favor da cirurgia por seu aspecto de solução do problema da obesidade, bem como pelas relações sociais que seus membros mantêm com os profissionais médicos.

Podemos observar nesta tese e através da análise dos relatos no Facebook que, como agentes oficiais do Estado, a categoria médica é tão importante no momento da produção da crença (veiculação de informações em *blogs*, *sites* e Facebook) que antecede a cirurgia quanto no momento da prática no campo (consultório médico).

Nosso trabalho, com o auxílio dos autores da NSE, se posicionou em oposição a duas frentes: a primeira é a da Nova Economia Institucional e sua pressuposição do ator racional; a segunda é a racionalização da saúde com sua noção de risco. Tanto em uma abordagem como em outra, os indivíduos agiriam apenas de forma

---

<sup>78</sup> Efeito clínico nefasto resultante de um tratamento médico prescrito para uma doença.

racional diante da obesidade e fariam a cirurgia como forma de diminuir os riscos. O que essas análises não questionam é como o risco é criado e se torna um quadro cognitivo legitimado; igualmente não articulam os fatores sociais (como o estigma), históricos e políticos na análise sobre a tomada de decisão frente à cirurgia. De uma forma ou de outra (aceitando ou não a cirurgia como legítima), todos os atores envolvidos sofrem a pressão do campo.

Mais especificamente, pudemos compreender que as associações médicas – no caso, a SBCBM – passa por um momento de racionalização e profissionalização e este processo de faz *pari passu* com uma aproximação a grandes empresas multinacionais do setor farmacêutico as quais patrocinam eventos, médicos e viagens. Nos últimos anos foram investidos esforços em *marketing*, rotinização dos processos, automatização dos dados, sempre no sentido de tornar a associação mais “empresarial”. Nos eventos científicos convergem situações de construção do conhecimento, desenvolvimento tecnológico, estreitamento de relações pessoais e consagração da cirurgia. Novamente se evidencia as vidas conexas, onde as relações se definem e redefinem a cada encontro e transação. Nos espaços de especialização, a legitimidade da cirurgia já não é mais discutida, indicando a etapa de divulgação da doxa. A discussão atual é sobre a melhor técnica, a recidiva da obesidade e a segunda intervenção cirúrgica.

Agora assim, e não acredito que nenhum cirurgião aqui dentro dessa sala, quando faça uma gastrectomia vertical ou um by-pass, esteja fazendo para buscar restrição ou má absorção. Essas cirurgias tem o poder que vocês mesmo eu já vi você falando muitas vezes isso, um poder metabólico muito grande.

Os grupos da rede social Facebook existem como rede de apoio e incentivo à realização da cirurgia e expressam a realidade do paciente informado. Diversos participantes postam informações já mobilizando o jargão médico, com relação ao peso, dados de comorbidades, limitações físicas apontadas pela categoria médica. O corpo gordo precisa ser salvo de si mesmo. Os discursos correntes são sobre as transformações ocorridas nas relações sociais após a realização da cirurgia. As pessoas mobilizam tanto o corpo magro como sinônimo de saúde como de beleza, mas principalmente como acesso a *status* e espaços antes não disponíveis.



Pudemos observar a reprodução dos termos, vantagens e conhecimentos científicos pelo pacientes/clientes nos grupos do Facebook. Percebemos também o uso de imagens para exemplificar e mostrar as transformações do corpo pré e pós-cirurgia (o conhecido “antes e depois” que tem sua origem nos livros didáticos da área médica e que passaram ao uso público de pessoas candidatas à cirurgia ou recém-operadas). Esses usos são manifestações visíveis da imposição simbólica do saber médico.

Pudemos perceber também que o espaço dos grupos sociais é utilizado por alguns de seus membros como espaço para trocas comerciais, como: prestação de serviços de nutrição, massagem, *coaching*, bem como venda de produtos como: chás, suplementos alimentares, medicamentos, meias etc. Acreditamos que essa pluralidade de funções dos grupos em redes sociais virtuais é mais um indicador que a esfera econômica não é desconectada das outras esferas sociais, bem como a coexistência de relações mercantis e de apoio nos grupos do Facebook são mais um exemplo das vidas conexas, proposta por Zelizer (2011). As relações são definidas em cada ocasião e as trocas mercantis não diminuem nem contaminam as relações de amizade, companheirismo e suporte existente nesses grupos. Na sociedade contemporânea, a forma como os indivíduos se relacionam resignificam os mercados e as moedas de troca que ora são comerciais, ora são de afetividade.

De maneira objetiva, nossa argumentação foi no sentido que quanto mais atingidos/afetados pela violência simbólica do corpo magro igual a corpo saudável no jargão médico, mais propensas estão as pessoas a se submeter à cirurgia bariátrica e metabólica. O único risco vislumbrado é o risco de não atingir o corpo magro, não conseguir os ‘laudos’; riscos pós-cirúrgicos são tratados como secundários, assimilando o jargão médico mais uma vez.

Os dados do levantamento do perfil socioeconômico dos pacientes que participam dos grupos do Facebook e que saem à caça dos laudos mostra uma população de 52% de 646 respondentes com Ensino Superior completo. Estes atores detêm formação e informação para aguardar a opinião médica do seu caso em particular, porém já estão munidos da ideia de fazer a cirurgia como salvação do corpo e caminho para uma nova vida como mostram os relatos.

Os espaços de consagração desse mercado aqui analisados – os Congressos profissionais e grupos em redes sociais virtuais – são espaços performáticos (que utilizam artefatos como vídeos, divisão dos espaços,

falas com exclamação, fotos) que reforçam a lógica da produção da crença da cirurgia bariátrica e metabólica.

A expressão paciente informado traz uma perspectiva otimista da ideia de autonomia e empoderamento frente à autoridade médica. Não foi o encontrado nesta pesquisa. O paciente munido de informações é dominado por elas e pela ideia de que seu corpo não cabe (literalmente) na sociedade em que vive.

Gostaríamos de esclarecer que, mesmo não sendo nosso objeto de análise, existem grupos (virtuais e não) que se propõe a discutir e agir frente a essa violência, também chamados de grupos/coletivos antigordofobia, tema da monografia e dissertação de Rangel (2017; 2018).

Como pistas de pesquisa, ressaltamos a importância de realizar uma prosopografia do corpo médico que está à frente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Igualmente relevante seria entender como os médicos brasileiros participam da dinâmica internacional da construção da legitimidade da cirurgia bariátrica. Outra pista de pesquisa seria fazer um levantamento e análise da participação dos médicos-cirurgiões nas decisões do Estado. Não foi possível abordar porque determinadas portarias do setor foram revogadas e qual a dinâmica de participação dos médicos no aparato do Estado, tão bem como quais atores participam das ações que constroem este ambiente legislativo. Outra pista de pesquisa é verificar a hierarquia entre os médicos, no sistema público e no privado e a hierarquia entre eles mesmos, quais os critérios de classificação assim como suas posições em relação ao capital cultural e capital econômico. É possibilidade de pesquisa futura compreender como se dão os mecanismos de credencialismo e consagração dos médicos-cirurgiões e como eles se utilizam das tecnologias das redes sociais virtuais para sua dominação no mercado. São proficuas também pesquisas que comparem esses mecanismos de dominação com outros profissionais médicos e não médicos.

Como pista de pesquisa há também aquelas que se preocupem com as transformações corporais, suas lógicas profissionais e pessoais, como o uso de hormônios para o emagrecimento e/ou adaptação corpórea. São importantes as pesquisas que versam sobre a construção social das imagens corporais, bem como os novos transtornos vinculados a elas.

## REFERÊNCIAS

ABESO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Mapa da obesidade**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

ALMEIDA, S. S.; ZANATTA, D. P.; REZENDE, F. F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 17, n. 1, p. 153-160, Apr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2012000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 ago. 2018.

ALVES, G. **Cirurgia bariátrica cresce 47% em cinco anos no Brasil**. 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/07/cirurgia-bariatrica-cresce-47-em-cinco-anos-no-brasil.shtml#erramos>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ALVIM, M. **Médicos defendem alternativas à bariátrica para tratar obesos**. 2017. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/medicos-defendem-alternativas-bariatrica-para-tratar-obesos-21078893>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

AMARAL, O. **Intoxicado de Ofertas**: Pesquisador visita congresso médico, tenta sobreviver ao marketing da indústria farmacêutica e sai com uma parafernália de brindes. 2015. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/intoxicado-de-ofertas/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

AMORIM, B. M. **As transformações e processos recentes da nutrição**: instituições, mercado e formação de profissionais em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2013. 127 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 2013.

BARROS, F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS)? (Parte II). **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 136-137, jun. 2015 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912015000400136&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912015000400136&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 1<sup>o</sup> set. 2018.

BARROS, L. M. et al. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 21-27, Mar. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 aug. 2018.

BARROS, L. M.; et al. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.17, n.2, p. 312-21, Abr./Jun.;2015.

BITTENCOURT, S. C.; CAPONI,S., MALUF, S. Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941 a 2006) a partir da divulgação em livro texto de farmacologia. **Mana**, vol 19(2): 219-247, 2013.

#### **BOLETIM SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA**

**BARIÁTRICA.** São Paulo: Sbcbm, v. 15, 2006. Bimestral. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/portfolio/boletim-bimestral-no-15-2006/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BORDIN, L. B. **Hospital do PR realiza 27% de todas as cirurgias bariátricas feitas no Brasil pelo SUS.** 2017. Disponível em:

<<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/hospital-do-pr-realiza-27-de-todas-as-cirurgias-bariatricas-feitas-no-brasil-pelo-sus-alj0j4oiwxxw1x55srdkggct>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BOURDIEU, P. **As estruturas sociais da economia.** Lisboa: Instituto Piaget, 2000. 285p.

\_\_\_\_\_. **Meditações pascalianas.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2001. 324p.

\_\_\_\_\_. **Questões de sociologia**. Trad. Miguel Serras Pereira. Lisboa: Fim de Século, 2003.

\_\_\_\_\_. O campo econômico. **Revista Política e Sociedade**, vol. 6, Florianópolis: Cidade Futura. 2005. p. 15-57.

\_\_\_\_\_. **A produção da crença**: contribuição para uma economia dos bens simbólicos. 3. ed. São Paulo: Zouk, 2006. 219p.

\_\_\_\_\_. **A Economia das Trocas Linguísticas**: O que Falar Quer Dizer. 2. ed., 1ª reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

\_\_\_\_\_. **O senso prático**. Petrópolis: Vozes, 2009. 470 p.

\_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. 311p.

\_\_\_\_\_. **A distinção**: crítica social do julgamento. 2ed. Porto Alegre, RS: Zouk, 2011.

\_\_\_\_\_. **A dominação masculina**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. 160p.

\_\_\_\_\_. **Sobre o Estado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

\_\_\_\_\_; CHAMBODOREDON, JC; PASSERON, JC. **Ofício de sociólogo**: metodologia de pesquisa na Sociologia. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**: 2012/2015. Brasília, DF: CAISAN, 2011.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. **Lei N° 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. DOU de 29.4.2011.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. **Lei Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957**. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. D.O.U. de 04/10/57

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 1.766/2005**. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. Publicada no D.O.U. 1 jul 2005, Seção I, p. 114

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução CFM Nº 1.942/2010**. Altera a Resolução CFM nº 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. Publicada no de 12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução CFM Nº 2.116, de 4 de fevereiro de 2015**. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial da União 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução Nº 2.131/2015**. Altera o anexo da Resolução CFM nº 1.942/10, publicada no D.O.U. de 12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Nutricionistas. **Recomendação Nº 007, de 03 de agosto de 2016**. Cirurgia bariátrica.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.156, de 31 de Agosto de 1990**. Institui, no Ministério da Saúde, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 710, de 10 de junho de 1999**. Diário Oficial da União 1999.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 252, de 30 de março de 1999**. Diário Oficial da União 1999; 31 mar.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 196, de 29 de fevereiro de 2000.** Diário Oficial da União 2000; 1 mar.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS Nº 628, de 26 de abril de 2001.** Diário Oficial da União 2001

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.246, de 18 de outubro de 2004.** Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, em todo o território nacional. Diário Oficial da União 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS Nº 1.569 de 28 de junho de 2007.** Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 1.570/GM/MS, de 28 de junho de 2007.** Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave. Diário Oficial da União 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria SAS/MS Nº 492, de 31 de agosto de 2007.** Diário Oficial da União 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS Nº 2.715, de 17 de novembro de 2011.** Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Diário Oficial da União 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS Nº 424, de 19 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento

do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União 2013a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013b.** Estabelece Regulamento Técnico, Normas e Critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p.: il.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 62/GM/MS, de 06 de janeiro de 2017.** Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. DOU de 09/01/2017 (nº 6, Seção 1, pág. 31).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria SCTIE/MS Nº 5, de 31 de janeiro de 2017.** Torna pública a decisão de incorporar o procedimento de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. DOU 1 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relatório de recomendação Nº 249.** Cirurgia bariátrica por laparoscopia. Fevereiro/2017.

\_\_\_\_\_. **Carta de Ottawa.** Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2018.



CAMBI, MPC; MARCHESINI, SD; BARETTA, GAP. Reganho de peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 40-43, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202015000100040&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202015000100040&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 aug. 2018.

CAMBRICOLI, F; BERNARDES, M. **Falta de cirurgia bariátrica mata até 45 mil no País por ano, afirma estudo.** 2017. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,falta-de-cirurgia-bariatrica-mata-ate-45-mil-no-pais-por-ano-afirma-estudo,70001758902>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CAMPOS JM. The Brazilian Society of Bariatric and Metabolic Surgery—SBCBM—prioritizes encouraging of scientific production. **Arq Bras Cir Dig** 2015 Dec; 28 (Suppl 1):1.

CANCIAN, N. **Cirurgia bariátrica cresce no país e pode incluir ainda mais pacientes.** 2017a. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/08/1908949-cirurgia-bariatrica-cresce-no-pais-e-pode-incluir-ainda-mais-pacientes.shtml>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **CFM amplia indicação de bariátrica para pacientes com diabetes.** 2017b. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/12/1941539-conselho-autoriza-cirurgia-bariatrica-para-mais-pacientes-com-diabetes.shtml>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 55-77.

CASTIEL LD, GUILAM MCR, FERREIRA MS. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 134p. (Coleção Temas em Saúde).

COHEN, R et al . Cirurgia bariátrica e metabólica e complicações microvasculares do diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 399-409, Sept. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002015000300399&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000300399&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1º set. 2018.

COLLUCCI, C. **Obesos devem pagar mais por plano de saúde? Nos EUA, eles já pagam.** 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2017/02/1860521-obesos-devem-pagar-mais-por-plano-de-saude-nos-eua-eles-ja-pagam.shtml?loggedpaywall#>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM esclarece que não autorizou o uso da técnica de cirurgia bariátrica para tratamento do diabetes.** 2012. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23041:cfm-esclarece-que-nao-autorizou-o-uso-da-tecnica-de-cirurgia-bariatrica-para-tratamento-do-diabetes&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23041:cfm-esclarece-que-nao-autorizou-o-uso-da-tecnica-de-cirurgia-bariatrica-para-tratamento-do-diabetes&catid=3)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM detalha lista de comorbidades que podem levar a indicação da cirurgia bariátrica.** 2016. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25939](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25939)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

PAINS, C. **Cientistas derrubam mito do ‘obeso saudável’.** 2017. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/cientistas-derrubam-mito-do-obeso-saudavel-21706080>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Cirurgia bariátrica e reprodução assistida são reconhecidas como áreas de atuação.**2015. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25316:2015-02-04-13-46-25&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25316:2015-02-04-13-46-25&catid=3)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Cirurgia Bariátrica:** CFM divulga nota de esclarecimento sobre técnicas reconhecidas no país. 2017. Disponível em:

<[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27004:2017-06-22-18-01-52&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27004:2017-06-22-18-01-52&catid=3)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **CFM divulga critérios exigidos para a realização de cirurgia metabólica no País.** 2017. Disponível em:

<[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27326:2017-12-07-18-00-22&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27326:2017-12-07-18-00-22&catid=3)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 1942.** Normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. Diário Oficial da União, 2010, 12 fev; Seção 1.

CORADINI, OL. A formação da elite médica, a Academia Nacional de Medicina e a França como centro de importação. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 35, p. 3-22, jul. 2005. ISSN 2178-1494. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/2232>>.

Acesso em: 26 ago. 2018.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 447-455, Apr. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2016.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 43-57.

DICIONÁRIO infopédia de Termos Médicos [on-line]. Porto: Porto Editora, 2003-2018.

DINIZ, M. T. C. (Org.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar.** São Paulo: Atheneu. 2012 (imagens)

DURKHEIM, E. **Educação e sociologia.** São Paulo: Melhoramentos, 1978.

\_\_\_\_\_. **As regras do método sociológico**. 11. ed. São Paulo: Editora Nacional, 1984.

\_\_\_\_\_. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FARIAS, A. **Nova bariátrica”, menos invasiva, chega a São Paulo**. 2017. Disponível em: <<https://vejasp.abril.com.br/saude/emagrecer-nova-bariatrica/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

FLIGSTEIN, N. Mercado como política: uma abordagem político cultural das instituições de mercado, **Revista Contemporaneidade e Educação**, ano 6 (9). 2001. p. 26-55.

FOLHA DE S.PAULO. **O peso da comida**. 2016. Editorial. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2016/07/1789998-o-peso-da-comida.shtml>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina. 2013.

FREEDMAN, D.H. Como solucionar a crise da obesidade. **Scientific American Brasil**. Março de 2011. p. 28-34.

FREIDSON, E. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora UNESP; Porto Alegre: Sindicato dos médicos, 2009.

FOUCAULT, M. Aula de 11 de janeiro de 1978. In \_\_\_\_\_. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008 (Coleção tópicos). p. 3-38.

\_\_\_\_\_. Aula de 18 de janeiro de 1978. In: **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008 (Coleção tópicos). p. 39-72.

GARBIN, H.B.R.; PEREIRA NETO, A.F.; GUILAM, M.C.R. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface**, v.12, n.26, p.579-588. 2008.

GARRIDO JÚNIOR, A.B. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2006. 327 p.

GARRIDO JUNIOR, A B.. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 106-110, Feb. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302000000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 aug. 2018.

HALPEN, A. Fisiopatologia da obesidade. In: GARRIDO, AB (Org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu. p. 9-12.

KELLES, SMB; MACHADO, CJ; BARRETO, SM. Dez anos de cirurgia bariátrica no Brasil: mortalidade intra-hospitalar em pacientes atendidos pelo sistema único de saúde ou por operadora da saúde suplementar. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 261-267, Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202014000400261&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202014000400261&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 aug. 2018.

KOVALICK, R. **Cirurgia bariátrica tem aumento de pacientes no mundo todo**. 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2017/06/cirurgias-bariatricas-cresce-o-numero-de-pacientes-em-todo-o-mundo.html>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

LÉVY, P. **Cibercultura**. Tradução de Carlos Irineu da Costa. São Paulo: Ed. 34, 1999.

MACHADO, MH., coord. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. [on-line]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244p.

MALHEIROS, C; FREITAS JR, WR de. Obesidade no Brasil e no mundo. In GARRIDO, AB (Org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu. p. 19-23.

MANCINI, M. C. Noções fundamentais – Diagnóstico e classificação da obesidade. In: GARRIDO, AB (Org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu. p. 1-7.

MARCELINO, L. F.; PATRICIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4767-4776, Dec. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 aug. 2018.

MARCHESINI, JB; MARCHESINI, JCD. Insucesso terapêutico, complicações tardias e reoperações. In: GARRIDO, AB (Org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu. p. 227-244.

MAZON, M. S. **Abastecimento alimentar no Brasil e as reformas liberalizantes**: estado e mercado em questão. 2010. 232 p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010a.

MAZON, M.S. A transição nutricional e sua sociologia: o dilema alimentar no século XXI. In: GUIVANT, JS; SPAARGAREN, G.; RIAL, C.; (Org.). **Novas práticas alimentares no mercado global**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2010b, v. 01, p. 261-273.

MICELI, S. Apresentação. In: BOURDIEU, Pierre. **Sobre o Estado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aumenta número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS**. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MOREIRA M.A.; ESPÍNOLA, P. R. M.; AZEVEDO, C. W. Intolerâncias alimentares e sintomas associados em pacientes submetidos à técnica de Fobi-Capella sem anel gástrico. **ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.** Recife-PE, 2015; 28(1):36-39.

NASCIMENTO, C. A. D.; BEZERRA, S. M. M. S.; ANGELIM, E. M. S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas a cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**. Vol. 18. Num. 2. 2013. p. 193-201.

NUTRANS, 2016 Disponível em:

<<http://www.cpc.unc.edu/projects/nutrans/>>. Acesso em: 29 maio 2018.

OLIVEIRA, JHA; YOSHIDA, EMP. Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 12-19, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722009000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 aug. 2018.

OLIVEIRA DM, MERIGHI MAB, JESUS MCP. The decision of an obese woman to have bariatric surgery: the social phenomenology. **Rev esc enferm USP**. 2014; 48(6):970-6.

OLIVEIRA, IV. **Cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde: tendências, custos e complicações**. 2007. 89 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Geneva: OMS; 1978.

PEREIRA NETO, A. et al. O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, supl., dez. 2015, p. 1653- 1671.

**PESQUISA de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 130 p. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/pof/2008\\_2009\\_encaa/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/pof/2008_2009_encaa/default.shtm)>. Acesso em: 16 jun. 2016.

PINHEIRO, RHA. **A vulnerabilidade do médico por atos ligados as suas funções**. 2016. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26427:2016-09-23-14-12-58&catid=46:artigos&Itemid=18](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26427:2016-09-23-14-12-58&catid=46:artigos&Itemid=18)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

PIRES, R.O.M. **Domesticando corpos, construindo médicos:** das relações de gênero a uma sociologia da profissão. 2017. 185 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 2017. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/teses/PSOP0581-D.pdf>>.

POPKIN, B. Urbanization, Lifestyle and the nutrition transition. **World Development**, Vol 27(11), 1999. P. 1905-1916.

POPKIN, B. M. **O mundo está gordo:** modismos, tendências, produtos e políticas que estão engordando a humanidade. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

POULAIN, J. P. **Sociologias da alimentação:** os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: Editora da UFSC, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Sociologia da obesidade.** São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2013b.

RAMOS, N. M. C. P. J et al. Perda ponderal e presença de anemias carenciais em pacientes submetidos à bypass gástrico em Y-de-roux em uso de suplementação de vitaminas e minerais. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 44-47, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202015000100044&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202015000100044&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2 set. 2018.

RAMOS, A.C. **Cirurgia Bariátrica:** a situação atual do Brasil. 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/cirurgia-bariatrica-a-situacao-atual-do-brasil>>. Acesso em: 17 maio 2016.

RANGEL, N. F. A. **Redes da internet como meio educativo sobre gordofobia.** 2017. 90 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 2017.

RAUD, C. Bourdieu e a nova sociologia econômica. **Tempo Social.** Revista de Sociologia da USP, vol. 19(2), 2007. p. 203 -232.



RAUD-MATTEDI, C. A construção social do mercado em Durkheim e Weber: análise do papel das instituições na sociologia econômica clássica. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 127-142, Feb. 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092005000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092005000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 dez. 2017.

REIS, C. **As postagens no facebook: uma análise dialógica da página de humor "Dilma Bolada"** /Carolina Reis. - Araraquara, 2015. 102 f. : il., fots.

ROSA, T. V.; CAMPOS, D. T. F. Aspectos psicodinâmicos em sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica sem indicação médica. **Rev. mal-estar subj**;9(1): 105-133, mar. 2009.

SANTOS, H. D.; LIMA, J. M. A.; DE SOUZA, M. F. C. Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica assistidos pelo sistema único de saúde e pela rede suplementar de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v.19, n.5, p.1359-1365, 2014.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015.**

Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2015.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018.** São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.

SEGAL, A; FANDINO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 24, supl. 3, p. 68-72, Dec. 2002 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000700015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 aug. 2018.

SILVA, R. F; KELLY, E. O. de. Prevalência e fatores interferentes no ganho de peso em mulheres que se submetem ao bypass gástrico em Y de Roux após 2 anos de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.8, n.47, p.134-141, São Paulo, Set/Out, 2014.

SILVA-NETO, EF et al. Cirurgia bariátrica reverte risco metabólico em pacientes assistidos em nível ambulatorial. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo , v. 27, n. 1, p. 38-42, Mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202014000100038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202014000100038&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1º set. 2018.

SILVEIRA-JUNIOR, S et al . Nutritional repercussions in patients submitted to bariatric surgery. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 48-52, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202015000100048&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202015000100048&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 aug. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **CFM aumenta rol de comorbidades para indicação de Cirurgia Bariátrica para pacientes com IMC entre 35kg/m<sup>2</sup> e 40kg/m<sup>2</sup>.** 2016. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/cfm-aumenta-rol-de-comorbidades-para-indicacao-de-cirurgia-bariatrica-para-pacientes-com-imc-entre-35kgm%C2%B2-e-40kgm%C2%B2/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **Membros titulares recebem medalha em comemoração dos 20 anos da SBCBM.** 2018. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/membros-titulares-recebem-medalha-em-comemoracao-dos-20-anos-da-sbcbm/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA, COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA DIGESTIVA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade.** 2006.

SPANIOL, E. L. **A conflitividade na relação do estado, mercado e sociedade:** estudo hemerográfico. Florianópolis, 2009. 439 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em

Sociologia Política. Disponível em:

<<http://www.tede.ufsc.br/teses/PSOP0337-T.pdf>>. Acesso em:

TAE, B et al. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 155-160, June 2014

.Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912014000300155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912014000300155&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 aug. 2018.

TAVARES, A. et al. Cirurgia bariátrica – do passado ao século XXI, **Acta Med Port.** 2011; 24(1):111-116

TEIXEIRA, M. **Cirurgião plástico do SUS desenvolve técnica inovadora.** 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2017/08/cirurgiao-plastico-do-sus-desenvolve-tecnica-inovadora-e.html>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-53, Feb. 2006. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122006000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1º set. 2018.

VIGARELLO, G. **As metamorfoses do gordo:** história da obesidade no Ocidente: da Idade Média ao século XX. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 347p.

ZELIZER, V.A. Human Values and the Market: The Case of Life Insurance and Death in 19th-Century America. **American Journal of Sociology.** V.84, no. 3. 1978. p. 591-610. Disponível em:

<<http://www.jstor.org/stable/2778256>>. Acesso em:

\_\_\_\_\_. The social meaning of money: “Special monies”. **American Journal of Sociology**, 95(2), 342-377. 1989.

\_\_\_\_\_. A economia do *care*. **Civitas**, Porto Alegre, v. 10, n. 3, p. 376-391, set.-dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **A negociação da intimidade.** Coleção Sociologia. Tradução de

Daniela Barbosa Henriques. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 310 pp.

ZEVE JLM et al. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 132-140, jul./dez. 2012

## ANEXO A – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Novo corpo, nova vida: o campo da cirurgia bariátrica em perspectiva sociológica

**Pesquisador:** MARCIA DA SILVA MAZON

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 82118118.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-graduação em Sociologia Política

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.562.698

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não



## ANEXO B – Declaração de Consentimento livre-esclarecido

### Carta Convite

Eu, Barbara Michele Amorim, aluna de doutorado em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Profa. Dra. Marcia da Silva Mazon, te convido a participar de um estudo com o título **Novo corpo, nova vida: o mercado da cirurgia bariátrica em perspectiva sociológica**. O objetivo é compreender como a cirurgia bariátrica é legitimada pelos diversos atores (cirurgiões, endócrinos, psicólogos, nutricionistas e pacientes) e analisar os sentidos e riscos negociados entre saúde e doença. Igualmente nos interessa conhecer melhor as motivações, desafios e frustrações das pessoas que querem fazer a cirurgia ou que já a fizeram. O convite é para você responder um questionário. Este questionário utiliza a ferramenta *Google Docs Forms* que está disponível em diversos grupos da rede virtual de relacionamento *Facebook* e uma vez enviadas as respostas, elas aparecem para o pesquisador já tabuladas, sem identificação do e-mail de origem. Será garantido sigilo quanto às informações prestadas, quanto à identificação do participante e o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, enfim, tudo o que queira saber antes, durante, e depois da sua participação, pela pesquisadora principal deste estudo, Barbara Michele Amorim email: [babi.amorim@hotmail.com](mailto:babi.amorim@hotmail.com) ou com a pesquisadora responsável Profa. Dra. Marcia da Silva Mazon, através do telefone (48) 9911-5451 ou via email: [marciadasilvamazon@yahoo.com.br](mailto:marciadasilvamazon@yahoo.com.br). Todos os dados coletados serão de uso exclusivo desta pesquisa. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo da sua participação. Os dados serão divulgados sem a identificação dos respondentes, utilizando-se códigos para este fim. Os riscos relacionados são o do constrangimento em aceitar participar da pesquisa sem desejar fazê-lo. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento. Como benefício, o trabalho final poderá ser consultado, esperando-se que ele possa contribuir para políticas públicas do setor de saúde.

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, recebi todas as informações sobre a pesquisa intitulada **Novo corpo, nova vida: o mercado da cirurgia bariátrica em perspectiva sociológica**, a ser realizada pela pesquisadora Barbara Michele Amorim. O referido projeto faz parte do Trabalho de Conclusão de Doutorado em Sociologia Política, pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia Política na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e é orientado pela professora Doutora Marcia da Silva Mazon. O objetivo é compreender como a cirurgia bariátrica é legitimada pelos diversos atores (cirurgiões, endócrinos, psicólogos, nutricionistas e pacientes) e analisar os sentidos e riscos negociados entre saúde e doença.

Estou ciente de que as informações obtidas serão analisadas com o objetivo de responder as questões da pesquisa, garantindo o sigilo com relação ao meu nome. Estou ciente de que tenho o direito de receber os resultados alcançados ao final da pesquisa, assim como o direito de me retirar da pesquisa caso assim o desejar. Estou ciente igualmente de que minha participação no referido estudo será responder a um questionário. Também fui informado(a) de que posso me recusar a participar deste estudo, ou retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem qualquer prejuízo nem a mim mesmo nem à pesquisa.

Também estou ciente de que posso obter informações sobre o andamento deste estudo com a pesquisadora Barbara Michele Amorim, através do telefone (48) 99602- 4162 ou via email: [babi.amorim@hotmail.com](mailto:babi.amorim@hotmail.com) ou com a pesquisadora responsável Profa. Dra. Marcia da Silva Mazon, através do telefone (48) 9911-5451 ou via email: [marciadasilvamazon@yahoo.com.br](mailto:marciadasilvamazon@yahoo.com.br). E que esta pesquisa obteve a aprovação do CEPESH/UFSC, podendo ser verificada no seguinte local: CEPESH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094 / [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br).

Enfim, tendo sido orientado(a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar.

Florianópolis, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.



---

(nome e assinatura do(a) participante)

Barbara M Amorim.

---

Barbara Michele Amorim (Pesquisadora)

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. da S. Mazon', written in a cursive style.

---

Marcia da Silva Mazon (Pesquisadora responsável)



## ANEXO C – LISTA DE GRUPOS ACOMPANHADOS NO FACEBOOK

Grupos do Facebook acompanhados (como membro) desde 01/2017

Nome do grupo	número de participantes em 01/2018
bariatricando sem censura	160.119
cirurgia bariátrica - eu fiz/vou fazer	125.662
bariátrica - vencendo desafios	76.339
redução de estômago/cirurgia bariátrica	61.313
bariátricos - tire suas dúvidas	54.684
bariátrica: realizando sonhos	36.033
grupo bariátricos bem informados	29.713
redução de estômago - eu fiz/eu vou fazer	28.887
gastroplastizando	28.200
bariátricos antes e depois	23.315
bariátrica/ dúvidas, antes e depois	21.281
reganho de peso X segunda bariátrica	21.126
cantinho da bariátrica	10.549
bariatricando saudável	11.631
cirurgia bariátrica	9.087
cirurgia bariátrica - projeto de vida	8.726
redução de estômago - eu fiz/vou fazer	8.514
guia bariátrica	7.004
bariatricando sem medo	5.833
bariátrica sem censura +18	4.752
cirurgia bariátrica ou redução de	4.125

estomago	
bariatrica ETC	2.413
grupo de cirurgia bariatrica em Fpolis	1.890
bariatrica sem censura	1.804
bariatricados	2.060
cirurgia bariatrica sleeve	1.553
cirurgia bariatrica e reeducaçao alimentar, um novo recomeço	1.550
cirurgia bariatrica, duvidas, convenios medicos	877
gastroplastia/bariatrica/reduçao de estomago	787
redução de estomago	792

## ANEXO D – QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO AUTOAPLICADO

- Idade
- Sexo
- Cidade natal
- Grau de escolaridade:
- Profissão
- Profissão do pai
- Profissão da mãe
- Estado civil:
- Começou o relacionamento antes ou depois da cirurgia?
- Companheiro (a) trabalha em que área?
- Tem filhas (os)? Se sim, quantos?
- Qual sua renda familiar?
- Tem alguma crença religiosa? Qual? É praticante?
- Quando percebeu a obesidade?
- Como você se informa sobre cirurgia bariátrica?
- Como soube da cirurgia bariátrica?
- Você consultou algum médico ou médica para saber sobre este assunto?
- Quando decidiu fazer a cirurgia bariátrica?
- Por que decidiu fazer a cirurgia bariátrica?
- Conhece pessoalmente mais alguém que fez a cirurgia bariátrica?
- Já fez a cirurgia?
- Qual procedimento?
- Quando fez a cirurgia?
- Qual o IMC antes da cirurgia?
- Qual o IMC agora?
- Fez a cirurgia pelo SUS, convênio ou particular?
- Se foi por convênio, qual a empresa prestadora do serviço?
- Se foi particular, quanto foi o valor pago?
- Contou com o apoio financeiro de alguém ou você pagou sozinha (o)?
- Economizou dinheiro para esta finalidade?
- Quais os exames você fez antes da cirurgia?
- Por quais profissionais você passou para conseguir a autorização da cirurgia?
- Como você avalia esse processo pré-cirúrgico?
- Quais as principais preocupações antes de fazer a cirurgia?
- Tinha outras doenças associadas? Quais?

- Foram curadas após a cirurgia?
- Teve complicações pós-cirúrgicas? Quais?
- Teve reganho de peso?
- Realizou a segunda bariátrica, revisional?
- Há momentos de arrependimento? Quais?
- Quanto tempo demorou entre a primeira consulta com o cirurgião e a cirurgia?
- Faz acompanhamento pós-cirúrgico?
- Tem a carteirinha de paciente bariátrico feita pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica?
- Além do Facebook, faz parte de alguma rede social? Qual?
- No facebook, participa de quantos grupos sobre cirurgia bariátrica? Quais?
- Participa de que forma nesses grupos?
- O que você busca nos grupos do Facebook?
- Como você avalia as informações que encontra no facebook sobre a cirurgia bariátrica?

## ANEXO E – QUADRO COMPARATIVO DAS PORTARIAS DO CFM PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

PORTARIAS	Nº 1766/2005	Nº 1942/2010	Nº 2131/2015
INDICAÇÕES	<p>Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m2. - Pacientes com IMC maior que 35 kg/m2 e comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras. -Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o custo/benefício deve ser muito bem analisado. -</p>	<p>Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m2. - Pacientes com IMC maior que 35 kg/m2 e afetado por comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes tipo 2, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras. -Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o risco/benefício deve ser muito bem analisado. -</p>	<p>Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m2. -Pacientes com IMC maior que 35 kg/m2 e portadores de comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que até ameacem a vida como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto do miocárdio (IM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada,</p>

	<p>Obesidade estável há pelo menos cinco anos. -Pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, não eficaz. - Ausência de drogas ilícitas ou alcoolismo. - Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados. - Compreensão, por parte do paciente e de seus familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte e da necessidade de acompanhamento o pós-operatório com a equipe multidisciplinar por toda a vida do paciente.</p>	<p>Obesidade estabelecida, conforme os critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos. - Não uso de drogas ilícitas ou alcoolismo. - Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados. - Compreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo e da necessidade de acompanhamento o pós-operatório com a equipe multidisciplinar, a longo prazo.</p>	<p>osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculose, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinaria de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebri), estigmatização social e depressão. -Idade: maiores de 18 anos. - Obesidade estabelecida, conforme os critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos.</p>
--	---	---	--



PRECAUÇÕES PARA A INDICAÇÃO DA CIRURGIA			<p>- Não uso de drogas ilícitas ou alcoolismo. - Ausência de transtorno de humor grave, quadros psicóticos em atividade ou quadros demenciais graves ou moderados. - Compreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, a longo prazo. - Adolescentes com 16 anos completos e menores de 18 anos poderão ser operados, respeitadas as condições acima, além das exigências legais, de ter a concordância dos pais ou responsáveis legais, a presença de pediatra na equipe multiprofissional, a consolidação das cartilagens das epífises de crescimento dos</p>
---	--	--	--

			punhos e outras precauções especiais, com o risco-benefício devendo ser muito bem analisado.
RISCO CIRÚRGICO:	Deve ser compatível com o procedimento cirúrgico proposto e ausência de doenças endócrinas de tratamento clínico.	Deve ser compatível com o procedimento cirúrgico proposto.	Deve ser compatível com o procedimento cirúrgico proposto.
EQUIPE:	Precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e transoperatório, e fazer o seguimento do mesmo. - <i>COMPOSIÇÃO</i> : cirurgião com formação específica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anesthesiologista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses	Precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e transoperatório, e fazer o seguimento do mesmo. - <i>COMPOSIÇÃO</i> : cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo. A equipe de atendimento hospitalar deve estar familiarizada com as características da população atendida e os	Precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e transoperatório, e fazer o seguimento do mesmo. - <i>COMPOSIÇÃO</i> : cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo. Se necessário, para melhor tratamento dos pacientes, outros especialistas, como cardiologistas e pneumologistas, podem ser acionados. A

	pacientes.	efeitos dos procedimentos cirúrgicos, sendo composta por anesthesiologista, fisioterapeuta e equipe de enfermagem.	equipe de atendimento hospitalar deve estar familiarizada com as características da população atendida e os efeitos dos procedimentos cirúrgicos, sendo composta por anesthesiologista, fisioterapeuta e equipe de enfermagem.
HOSPITAL:	Precisa apresentar condições adequadas para atender obesos mórbidos, bem como possuir UTI e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão.	Precisa apresentar condições adequadas para atender pacientes portadores de obesidade mórbida, bem como possuir UTI e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão.	Precisa apresentar condições adequadas para atender a pacientes portadores de obesidade mórbida, bem como possuir UTI e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão.
PROCEDIMENTOS ACEITOS:	Balão intragástrico, gastroplastia vertical bandada ou cirurgia de Mason, banda gástrica ajustável, cirurgia de Fobi, cirurgia de capella,	balão intragástrico, gastroplastia vertical bandada ou cirurgia de mason, banda gástrica ajustável, gastrectomia vertical, cirurgia de gastroplastia com	balão intragástrico, banda gástrica ajustável, gastrectomia vertical, cirurgia de derivação gástrica com reconstrução em y de roux sem ressecção gastrointestinal

	cirurgia de Wittgrove e Clark, cirurgia de Scopinaro, cirurgia de duodenal-switch,	reconstituição em y de Roux, cirurgia de scopinaro, cirurgia de duodenal-switch,	(bypass gástrico), cirurgia de scopinaro, cirurgia de duodenal-switch
--	--	--	---