



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CENTRO SOCIOECONÔMICO

LETÍCIA POSSAMAI DELLA

**O SERVIÇO SOCIAL E A OBESIDADE: UM ENSAIO A PARTIR DA CIRURGIA
BARIÁTRICA**

FLORIANÓPOLIS
2015.2

LETÍCIA POSSAMAI DELLA

**O SERVIÇO SOCIAL E A OBESIDADE: UM ENSAIO A PARTIR DA CIRURGIA
BARIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Keli Regina Dal Prá.

FLORIANÓPOLIS
2015.2

LETÍCIA POSSAMAI DELLA

**O SERVIÇO SOCIAL E A OBESIDADE: UM ENSAIO A PARTIR DA CIRURGIA
BARIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à banca examinadora para fins de avaliação e a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora: Dr^a. Keli Regina Dal Prá.

Florianópolis, 16 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Keli Regina Dal Prá
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente da Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Luciana Patrícia Zucco
Departamento de Serviço Social/UFSC
1^a Examinadora

Moara Monteiro Sant'Helena
Assistente Social
2^a Examinadora

Dedico este trabalho à todas as mulheres, as Marias no qual passaram pelo serviço de cirurgia bariátrica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a todos os seres superiores de luz, a toda energia positiva recebida. A todos que passaram e caminharam comigo durante essa linda trajetória da vida, e que de alguma forma, também colaboraram no meu processo de formação.

Meu eterno agradecimento a meus pais, que fizeram ser possível essa etapa da minha formação, junto meu crescimento pessoal, de morar longe de casa, também de cidadã, ter a oportunidade de absorver discussões ímpares nessa universidade federal e dessa cidade linda, no qual eu me apaixonei: Ilha de Florianópolis! Mãe, Pai obrigada pelo apoio diário, meu amor por vocês é incondicional!

Agradeço ao meu companheiro, meu amor, meu namorado Marcelo. A pessoa com quem eu aprendo diariamente. Obrigada por dividir comigo inúmeras histórias, tanto alegres como de superação. Minha gratidão pelo teu apoio e compreensão nesse percurso. Amo você amado!

Aos meus bebês: Vinícius e Laura, que fazem meus finais de semana mais alegres, almas de crianças sempre nos engrandece!

A todos os meus familiares, em nome delas, minhas avós Áurora e Alda estendo meu agradecimento a todos, por todo amor e apoio recebido. Agradeço por ter a família que tenho, vocês são meus amores!

As minhas companheiras fiéis de quatro patas: Isa e Nina pela doçura e paz que só um animalzinho trás! Vocês são eternas no meu coração!

As minhas amigas de sempre Sáh, Katita, Taninha, Louise, Flávia, Luíza. É bom saber que tenho e posso contar com vocês, carrego vocês do lado esquerdo do peito, amo-as!

As minhas amigas: Laura, Ana Carla, Mayara, Letícia, Suellen, Jéssica, Indianara, Laís. As petianas pra sempre: Andrieli, Carol, Karen, Thuane, Camila, Raiana, Yolanda e a tutora Simone. Meu eterno agradecimento pela forte amizade, por cada vivência, cada parceria, à presença de vocês coloriram e brilham a minha vida! Obrigada por estarem principalmente neste momento do tcc do meu lado! Vocês fazem parte da minha família de Florianópolis, espero sempre conseguir rever todos e manter contato, vocês são demais, amo vocês!

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina, espaço que vivi intensamente nestes quatro anos e meio, e me oportunizou de ser bolsistas do Programa de Educação

Tutorial de Serviço Social, de participar de debates, semana acadêmica, feirinha nas quartas-feiras, estar nessa universidade pública me fez rever e aprender muitas coisas.

Agradeço aos servidores e ao corpo docente do Departamento de Serviço Social, que contribuíram de alguma forma na minha formação. Citarei alguns docentes que marcaram minha trajetória acadêmica: Vera com introdução ao serviço social; Maria Teresa com serviço social e realidade social; Mirella com serviço social e acumulação capitalista no Brasil; Dilceane com modelos de proteção social e análise e avaliação; Rúbia com serviço social: instituições e organizações e assistência social; Marquito com psicologia; Itamar com política social e formação sócio histórica, econômica brasileira; Hélder com supervisão de estágio curricular obrigatório I e II; ao Arnaldo Xavier (*in memoriam*) com tópicos especiais e serviço social. Minha gratidão a todos vocês que fizeram a minha formação ser mais instigante, isso mostra o quão dedicados vocês são, preocupados com a formação discente e cidadã.

Em especial gostaria de agradecer a minha orientadora professora Keli, que aceitou este convite de estar comigo, me auxiliou nesse processo de aceitação do TCC, por tua calma e delicadeza fez eu sentir esse processo menos árduo, e com toda sua experiência e conhecimento me incentivou para tornar esse momento real, obrigada por acreditar em mim, meu carinho e gratidão a você, que foi fundamental!

Gostaria de agradecer imensamente a minha banca examinadora, que se dispôs a ler e colaborar nessa empreitada que é o trabalho de conclusão de curso. Vocês não imaginam a minha felicidade em tê-las comigo nessa ocasião, pois todas vocês fizeram parte no meu processo de formação, e nesse momento de conclusão desse ciclo nada melhor que compartilhar o aprendizado com vocês, minha eterna gratulação!

Agradeço a instituição, no qual realizei meu estágio curricular obrigatório durante um ano, o Hospital Universitário da UFSC, especificamente na Unidade de Internação Cirúrgica I e no Serviço de Cirurgia Bariátrica, no qual me identifiquei, me apaixonei, me doe, e busquei a todo momento aprender com as pessoas. A todos os usuários que tive contato, que conheci um pouquinho, que abriu a porta da sua história e da sua casa para nos receber, e fazer destes momentos ímpares para aprimorar a minha formação.

A todas as Assistentes Sociais do HU/UFSC, em especial a minha eterna SUPERvisora Fran, no nome da May e da MÔ agradeço aos residentes no qual tive contato, da Nê os bolsistas, da Elaine as estagiárias. Meu muito obrigada por cada vivência, aprendizado, cafézinho e carinho recebido. Esse momento no qual compartilhamos foi ímpar para mim, e confesso que foi difícil se despedir do convívio com pessoas tão especiais! Minha gratidão a vocês que são intensamente humanas.

"O conhecimento é construído através das relações sociais, processos de mudanças, participação, trocas, vínculos, atuação. Momento este oportuno, para o reconhecimento dos nossos direitos e luta para a expansão dos mesmos".

Letícia Possamai Della

DELLA, Letícia P. **O Serviço Social e a obesidade: Um ensaio a partir da cirurgia bariátrica.** Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Florianópolis, 2016.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) trata-se de um ensaio teórico bibliográfico, sob qual irá discorrer sobre aspectos gerais da obesidade, retratando a incidência dessa questão, tanto no panorama mundial, brasileiro e local. A obesidade é uma doença crônica, com diversos fatores associados e permeada por dificuldades, inclusive para realizar as atividades diárias, além do que os serviços públicos não se encontram adequados para atender essa demanda. A estrutura do trabalho se organiza em duas seções, sendo que a primeira problematiza as dimensões sociais da obesidade, enfatizando aspectos do sobrepeso e da obesidade em adultos, de modo a apresentar as consequências desse fenômeno no âmbito da saúde pública. É possível constatar abordagens sobre as reflexões e apontamentos sobre a obesidade, os seus métodos de avaliação, tratamentos com enfoque na cirurgia bariátrica e as portarias normativas que regem o procedimento da gastroplastia. Na segunda seção, analisa-se de forma articulada os processos e demandas do Serviço Social a partir da consolidação do princípio de *integralidade*, princípio fundamental do Sistema Único de Saúde. O significado que assume a *integralidade* relaciona-se de maneira dialética com a história da saúde pública brasileira, especificamente a partir da materialização do SUS. Aborda-se também acerca do Serviço Social no âmbito da cirurgia bariátrica tendo como pressuposto a experiência do estágio curricular obrigatório realizado no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário. Tal momento traz reflexões que foram sendo maturadas no processo pedagógico, na tentativa de iniciar a sistematização do conhecimento a respeito da atuação do Assistente Social no atendimento à política de atenção em alta complexidade aos usuários com obesidade do serviço de cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Integralidade; Serviço Social.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID - Classificação Internacional das Doenças

DCNTs - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF - Estratégia da Saúde da Família

HU - Hospital Universitário

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation

IMC - Índice de Massa Corporal

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAE – Plano de Ações Estratégicas

POFs - Pesquisas de Orçamento Familiares

QV – Qualidade de vida

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SES – Socioeconômicas

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SUS - Sistema Único de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

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

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Hospitais credenciados e sua região de abrangência	45
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Demonstrativo da transição nutricional no Brasil, no período de 14 anos, referentes a 1975 até 1989	24
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização dos adultos praticantes dos principais tipos de atividades físicas de lazer em Florianópolis no ano de 2010.....	29
TABELA 2: Risco de mortalidade de acordo com a classificação do peso.....	36
TABELA 3: Medicamentos prescritos no tratamento da obesidade.....	42

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
SEÇÃO I	18
2. OBESIDADE: A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL E OS ASPECTOS QUE CONSTITUEM A DOENÇA	18
2.1 Reflexões e apontamentos sobre a obesidade	19
2.2 Doença crônica não transmissível.....	32
2.3 A enigmática avaliação da obesidade.....	34
2.4 Dados da obesidade.....	38
2.5 Tratamentos para obesidade com enfoque na cirurgia bariátrica.....	41
2.6 Revisão das portarias da cirurgia bariátrica	44
SEÇÃO II	48
3. O SERVIÇO SOCIAL NA RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM CONTRAPONTO A PARTIR DA CIRURGIA BARIÁTRICA	48
3.1 A integralidade nos serviços de saúde, uma percepção compartilhada com o Serviço Social.....	49
3.2 O Serviço Social no Serviço de Cirurgia Bariátrica.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) analisa por meio de uma revisão bibliográfica o fenômeno da obesidade na sociedade contemporânea. Advinda da necessidade de compreender e trabalhar a obesidade de forma multidisciplinar e interdisciplinar, superando o olhar biomédico, legalizado pela portaria da equipe multidisciplinar.

A compreensão do conceito da obesidade: genótipo e ambiente, além dos diversos fatores que incidem no processo constitutivo e pressões poderosas que, em uma sociedade capitalista privilegiam interesses econômicos em detrimento da saúde da população.

Sendo assim, a organização desse trabalho parte de um esforço crítico que visa compreender a totalidade dos processos que envolvem a obesidade, bem como suas formas de tratamento, tendo como foco a análise do serviço de cirurgia bariátrica de um Hospital Universitário, situado na cidade de Florianópolis, particularmente a inserção do Assistente Social na equipe multiprofissional.

De acordo com Felipe e Santos (2004), a obesidade é um fenômeno contemporâneo que cresce em proporções epidêmicas, paradoxalmente em um país como o Brasil com níveis de intensa miséria e fome, exibe-se um crescimento da obesidade implicando no adoecimento por parte da população. Em consonância com os estudos das autoras, o Levantamento da Força Tarefa Latino-Americana de Obesidade traz cifras que o governo brasileiro gasta para enfrentar o problema. No Brasil o custo anual da obesidade é de quase R\$ 1 bilhão. Esse valor é usado para o pagamento de internações, consultas e remédios, para tratar o excesso de peso e doenças relacionadas a ele. Segundo Gelsleichter e Zucco (2016) a obesidade ao ser projetada no cenário mundial, mecanismos de ação se materializam no campo da saúde com o objetivo de combatê-la. Desta forma, no Sistema Único de Saúde (SUS) a obesidade é uma das linhas de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Na atualidade a problemática da obesidade está potencializada pelas alterações no estilo de vida. Por consequência da ascensão do capitalismo, da urbanização em massa da maior expectativa de vida populacional, o tempo está escasso para a realização das atividades da vida diária, principalmente para os momentos destinados ao lazer. Nesse sentido,

A obesidade é aqui analisada para além da relação saúde-doença, mas sim como resultado das modificações do mundo contemporâneo que possibilitaram, por um lado, a flexibilização e o avanço tecnológico e, por outro, a precarização das relações de trabalho, sucateamento das políticas públicas, fragilização dos vínculos, ausência de espaços de pertencimento,

agudização de processos de exclusão e alienação (próprios da sociedade do consumo) (FELIPPE; SANTOS, 2004, p.2).

Consideramos que as pressões da vida moderna se explicitam na conjuntura e reproduzem-se no cotidiano dos sujeitos, desse modo a reprodução da vida social se expressa por meio dos costumes, sentimentos, valores, modos de ver o mundo que são historicamente e socialmente construídos.

A obesidade está classificada como uma doença integrante do grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a qual institui a organização da sua prevenção e tratamento, com atribuições específicas em cada complexidade.

No presente trabalho apresentamos dados sobre a obesidade, os quais foram extraídos da Organização Mundial da Saúde (OMS) em nível mundial, e da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) para a realidade brasileira. Por meio de tais referências, foi possível verificar o ostentoso campo que a obesidade ocupa em diferentes níveis geográficos.

Na tentativa de compreender o fenômeno da obesidade enquanto expressão e resultado das configurações da sociedade capitalista, uma vez que a superalimentação e o consumo de alimentos vêm provocando o aumento de peso, apresenta-se a discussão atual do Serviço Social enquanto profissão. Se há pouco tempo a obesidade era tratada pela nutrição, endocrinologia e psicologia, percebe-se que a complexidade e amplitude do problema exige um olhar multidisciplinar e interdisciplinar. Já não se pode reduzir seu entendimento a uma disciplina, ao olhar biomédico. Dessa maneira, articulamos a nossa pergunta de pesquisa: Quais os motivos para o Assistente Social compor a equipe do Serviço de Cirurgia Bariátrica?

A relevância deste estudo revela-se fundamental a medida que está conectado com a realidade, haja vista, que a obesidade pode ser compreendida como uma das expressões da questão social. Nota-se que tais expressões se complexificam, nessa perspectiva o conceito ampliado de saúde, deve ser norteador do trabalho da equipe multidisciplinar, especialmente dos Assistentes Sociais inseridos nos serviços de saúde.

Mediante o exposto, elencamos o objetivo central do trabalho que é evidenciar as potencialidades e desafios da intervenção profissional do Assistente Social na equipe do Serviço de Cirurgia Bariátrica, trazendo as problemáticas que permeiam a sociedade capitalista e que incidem no processo da saúde e da doença dos usuários.

A partir do objetivo central relacionamos os objetivos específicos desse trabalho, sendo:

- Elucidar os principais aspectos da obesidade;

- Identificar alguns tratamentos para obesidade, com enfoque na cirurgia bariátrica;
- Revisar as portarias relacionadas ao Serviço de Cirurgia Bariátrica.

A hipótese do estudo compreende que o Serviço de Cirurgia Bariátrica, por ser um serviço prestado no âmbito da saúde, e entendendo a saúde em seu conceito ampliado, exige um profissional que atue para além do processo saúde-doença, mas que reflita e compreenda os determinantes sociais que causam o adoecimento, pressupõe-se que com a intervenção profissional do Assistente Social no Serviço de Cirurgia Bariátrica contribuirá para um tratamento de forma integral garantindo os direitos sociais aos usuários.

Importa assinalar que a escolha do tema em questão não foi arbitrária. A necessidade da discussão sobre a obesidade e seus determinantes, advém da experiência desta estudante no espaço do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). A realização da atividade de Estágio Curricular Obrigatório I e II no Serviço de Cirurgia Bariátrica possibilitou a problematização de inúmeras questões a respeito desse serviço de saúde, das políticas públicas como um todo e no que diz respeito a inserção e a prática profissional do Assistente Social na composição da equipe multiprofissional. O atendimento do Serviço Social aos usuários, em processo de avaliação e acompanhamento pré-cirúrgico do HU/UFSC, possibilitou um primeiro diálogo com a realidade e com estudos produzidos por outras áreas de conhecimento.

O HU/UFSC é concebido pelo tripé ensino, pesquisa e assistência e trata-se de um serviço de saúde público de excelência, o qual exerce impacto direto na formação dos mais diferentes estudantes. Acreditamos que esse serviço deve ser potencializado a partir do comprometimento de todos os sujeitos que atuam e o constroem cotidianamente. As indagações suscitadas no estágio foram devidamente necessárias para a construção do presente trabalho.

No tocante a estrutura deste trabalho, o mesmo organiza-se em duas seções. Na seção I problematiza-se as dimensões sociais da obesidade, enfatizando aspectos do sobrepeso e da obesidade em adultos, de modo a apresentar as consequências desse fenômeno no âmbito da saúde pública. É possível constatar abordagens sobre as reflexões e apontamentos a cerca da obesidade, os seus métodos de avaliação, dados atualizados sobre a questão no país, tratamentos para a obesidade com enfoque na cirurgia bariátrica e as portarias normativas que regem o procedimento da gastroplastia.

Na seção II, analisa-se de forma articulada os processos e demandas do Serviço Social a partir da consolidação do princípio de *integralidade*, princípio fundamental do SUS. O

significado que assume a *integralidade* relaciona-se de maneira dialética com a história da saúde pública brasileira, especificamente a partir da materialização do SUS.

Nesse capítulo, dissertamos acerca do Serviço Social no âmbito da cirurgia bariátrica tendo como pressuposto a experiência do estágio curricular obrigatório realizado no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário. Tal momento traz reflexões que foram sendo maturadas no processo pedagógico, na tentativa de se iniciar a sistematização do conhecimento a respeito da atuação do Assistente Social no atendimento à política de atenção em alta complexidade aos usuários com obesidade do Serviço de Cirurgia Bariátrica.

Por fim, realiza-se alguns apontamentos de modo objetivo que se apresentam nas considerações finais, buscando discorrer em torno do objeto investigado.

SEÇÃO I

2. OBESIDADE: A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL E OS ASPECTOS QUE CONSTITUEM A DOENÇA

Esta seção pretende compreender as dimensões sociais da obesidade, enfatizando os aspectos do sobrepeso e da obesidade em adultos, de modo a apresentar as consequências destes no âmbito da saúde pública.

O conceito de obesidade vai ser contextualizado historicamente desde sua identificação e correlação com as condições de escassez e abundância de alimentos em dados momentos, estes serão analisados a partir de estudiosos do assunto.

A obesidade é entendida como uma doença patológica, pertence à Classificação Internacional das Doenças (CID) desde 1948 com a criação da OMS. Portanto, ainda nesse período era considerada um descuido por parte do indivíduo, não havendo repercussão social, tampouco era estimada como uma preocupação que precisasse de intervenção estatal (PIMENTA; ROCHA; MARCONDES, 2015).

No entanto na década de 1960, com as modificações nos padrões de morbimortalidade da população, a obesidade tem gerado preocupações e nota-se a necessidade de analisar os processos de transição demográfica, transição epidemiológica, e transição nutricional (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004). Sendo que a transição nutricional no Brasil se apresenta de duas formas antagônicas, por um lado à carência nutricional com a debilidade de nutrientes causando a anemia, por outro a condição típica dos excessos alimentares ocasionados à obesidade e seus agravantes (FILHO et al, 2008).

Na atualidade a problemática da obesidade está potencializada pelas alterações no estilo de vida por consequência da ascensão do capitalismo, da urbanização em massa e da maior expectativa de vida populacional, sem a devida proposta de prevenção para ter um envelhecer saudável. Desta forma, sem a devida organização e prevenção, é propiciado um desnível da qualidade de vida dos sujeitos, favorecendo a obesidade e desse modo podendo trazer danos à saúde.

Nesse contexto, também será atentado para o papel desempenhado pela indústria alimentícia e a mídia como interventores dos estilos de vida e que interfere diretamente nos determinantes sociais do estado da saúde e doença.

Este ensaio sobre a obesidade vai trazer também, aspectos para abordar essa doença crônica e suas repercussões nas sociedades. Sendo vista, expressada e tratada de diferentes formas, tanto no panorama mundial como nacional.

A obesidade irá ser mensurada através de dados extraídos da OMS em nível mundial, e da Vigitel em escala brasileira. Por meio de tais referências, será apresentado o ostentoso campo que a obesidade ocupa em diferentes níveis geográficos, e também expondo as preocupações que permeiam o campo da saúde pública, bem como as estratégias adotadas para frear sua disseminação, tanto do sobrepeso quanto da obesidade.

A avaliação da obesidade é estabelecida de diversas formas, e percorreu um longo caminho até ser reconhecida como um instrumento internacional de avaliação da obesidade por meio do Índice de Massa Corporal (IMC). Surgia assim, um conhecimento sistemático universal da distribuição do peso entre os seres humanos, classificando, portanto, a gravidade dessa enfermidade (POULAIN, 2013).

Na sequência desse trabalho serão mencionados alguns dos tratamentos existentes para a obesidade, de acordo com a sua classificação de risco, desde o tratamento farmacológico até o alto risco com morbimortalidade, com ênfase no seu procedimento cirúrgico, nomeado como cirurgia bariátrica no âmbito do SUS.

Respectivamente haverá revisão dos principais aspectos das portarias do Ministério da Saúde (MS), que compõe as legislações relacionadas ao Serviço de Cirurgia Bariátrica. Nelas estão dispostas as implementações e revogações, atuando como roteiros de como o serviço deve ser organizado para ser habilitado a tratamento.

2.1 Reflexões e apontamentos sobre a obesidade

A obesidade pode ser reconhecida como a enfermidade mais antiga. Alguns autores¹, através de pinturas e estátuas em pedras, já ilustravam pessoas obesas. As mesmas características foram descobertas em múmias egípcias, pinturas, porcelanas chinesas da era pré-cristianismo, esculturas gregas e romanas e em vasos dos Maias e Incas na América (SALVE, 2006).

¹ Autores como Fernando Botero, que nasceu em Medellín na Colômbia no ano de 1932, e era pintor, desenhista e escultor de grande originalidade. Conhecido pelas suas figuras obesas (sua marca), pelas quais retratava a família, o cotidiano, a vida burguesa, a cultura popular colombiana, animais, flores e personagens históricos (CARVALHO, 2009).

Na antiguidade a obesidade era valorizada como símbolo da beleza e da fertilidade. No período neolítico (aproximadamente 10.000 anos a.C.), as “deusas”, como eram nomeadas as mulheres, eram admiradas e cultuadas por seu corpo volumoso. Nessa mesma época, o estudioso Hipócrates, médico greco-romano, já alertava em seus manuscritos para os perigos que a obesidade trazia para a saúde, afirmando que a morte súbita acontecia mais em indivíduos gordos do que em magros (MONDARDO, 2006).

Contudo, não há unanimidade sobre a obesidade e sua representatividade na história, conforme elucidam alguns autores, *in verbis*:

Embora alguns historiadores da obesidade, como Bray (2007 e 2009), e Repetto (1998), especulem que o conceito de “excesso de gordura corporal” existia na Idade Média, na Antiguidade e até mesmo na Pré-história, os resultados de nossas investigações baseadas em fontes históricas indicam uma datação bem mais recente para o aparecimento desse conceito no Ocidente, principalmente para a enunciação de que essa condição seria uma doença (SANTOLIN; RIGO, 2015, p. 82).

No entendimento de Moreira (2007), para algumas civilizações, como na Antiguidade, ter o estereótipo obeso era desejável, em decorrência das condições humanas de escassez de alimentos. Já no Japão medieval, consideravam um deslize moral cometido pelo indivíduo. Na Europa, o estigma da obesidade era fundamentado pela Igreja Católica pelo pecado capital da gula. Assim, de diferentes formas, a obesidade foi estigmatizada e levada em conta pela sociedade.

Por meio dos estudos históricos, é reconhecido que o armazenamento dos alimentos excedentes contribuiu para a evolução das atividades humanas. Contudo, salientam autores que tal estocagem possui seu lado reverso, tendo em vista que apresenta a cultura do excesso, conforme esclarece Poulain, ao afirmar que:

A longa história da espécie humana, que mais frequentemente confrontou-se com situações de falta do que de abundância, teria contribuído para a seleção de indivíduos que dispõem de características genéticas que favorecem as capacidades de estocagem. Ora, em uma situação de abundância, essa característica, que durante muito tempo foi uma vantagem de adaptação, voltar-se-ia contra a espécie humana (2013, p. 21).

Nesta mesma direção, Halpern (1999) aponta que na pré-história, a luta árdua para conseguir alimento - devido a maior exposição ao frio e a necessidade de se aquecer para encontrar condições ambientais que permitissem a sobrevivência em situações menos confortáveis que as atuais - exigiam de nossos antepassados grande capacidade de estocar energia e de obter proteção térmica. Assim, esclarece que:

Esta capacidade de armazenar gordura - essencial para nossos antepassados - tornou-se prejudicial com os padrões de vida atuais, nos quais a excessiva oferta de alimentos - e particularmente de alimentos ricos em gorduras - acoplada aos crescentes confortos da vida moderna - tendentes a nos tornar cada vez mais inativos - nos conduz à obesidade. Podemos afirmar que obesidade é uma doença resultante do conflito entre genes antigos e vida moderna (HALPERN, 1999, p. 01).

Desta forma, o que antigamente era primordial aos indivíduos – o acúmulo de gordura – não corresponde à realidade atual. Nos tempos de hoje, a obesidade está diretamente associada ao aumento de morbidade² e mortalidade³, sendo que nos Estados Unidos, pela primeira vez desde a Guerra Civil, há queda da expectativa de vida decorrente das doenças e distúrbios relacionados à obesidade (GOMES et al., 2010).

Além das consequências físicas, autores também apontam para os danos psicológicos decorrentes da obesidade e do sobrepeso, ao esclarecer que:

[...] também estão associados a distúrbios psicológicos, incluindo depressão, distúrbios alimentares, imagem corporal distorcida e a baixo autoestima. As prevalências de ansiedade e depressão são três a quatro vezes mais altas entre indivíduos obesos. Além disso, indivíduos obesos também são estigmatizados e sofrem discriminação social (LIMA, 2007, p. 89).

Sabe-se que a obesidade não é uma ocorrência contemporânea. Há ocorrências de indivíduos obesos já na época paleolítica, há mais de 25.000 anos atrás. A sua prevalência, no entanto, nunca atingiu proporções tão epidêmicas como as atuais. A obesidade vem aumentando em praticamente todos os países, em consequência do acesso deliberadamente de alimentos (HALPERN, 1999).

Dentre os elementos que levam à esta realidade, há o papel desempenhado pela indústria alimentícia, das redes de comidas rápidas (*fast food*), da mídia com propagandas que estimulam o paladar, dos filmes que exibem o consumo associado a um final feliz, da própria programação da televisão que reproduz um padrão de produtos, dos celulares e redes sociais que desenvolvem uma estratégia que incentivam os moldes repassados. Esse modelo do hiperconsumo calórico de alimentos relacionado ao bem-estar, modo este que influencia o modo de viver das pessoas e podem trazer danos à saúde (SICHIERI; DE SOUZA, 2008).

Nesta dinâmica, grande parte dos seres humanos não relaciona os alimentos à necessidade de nutrir o corpo, mas sim aos padrões estimulados pela indústria e o comércio, os quais apresentam alimentos práticos e que proporcionam satisfação rápida; sem, contudo,

²Entende-se por morbidade a taxa de pessoas portadoras de alguma doença (Patrícia, 2014).

³Mortalidade refere-se ao conjunto de indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo (Patrícia, 2014).

proporcionarem os nutrientes básicos para uma alimentação saudável e equilibrada. Desta forma, a obesidade está atrelada aos hábitos propagados pelos novos padrões de vida, conforme elucida Lima (2007), ao ressaltar que:

Um dos principais fatores da evolução da obesidade pode ser considerado a necessidade cada vez maior de mudança do hábito alimentar, haja vista em que nos tempos atuais, o ser humano não se preocupa com o que come, se é saudável ou não, mal tem tempo para saborear os alimentos. Com isso, é cada vez maior o número de indivíduos adeptos às conhecidas “*fast-foods*” (p. 86).

Sob outro prisma, Monteiro e Conde (1999), apontam que a tendência expansiva da obesidade tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, tem sido atribuída a rápidos e intensos declínios em detrimento ao pólo energético dos indivíduos, causada pelo aumento progressivo no consumo de gordura e na densidade energética das dietas, os quais teriam origem e ligação no predomínio crescente das ocupações no trabalho, que demandam menor esforço físico, e a redução da atividade física, que acaba sendo associada somente ao lazer.

Além destes fatores, Lima (2007) ainda acrescenta que:

Essa enfermidade caracterizada pelo acúmulo excessivo de lipídeos no organismo está intrinsecamente relacionada aos hábitos alimentares e interações do seu material genético. Mas não se pode deixar de citar que fatores sociais, ambientais, culturais e familiares contribuem para o avanço cada vez mais veloz desse mal que preocupa a sociedade mundial (p. 86).

Desta forma, a obesidade está associada a interação e desequilíbrio entre o genótipo e o ambiente, envolvendo diversos fatores, dentre eles: comportamentais, culturais, fisiológicos, metabólicos e genéticos (REUTER, 2013). Dentre muitos fatores, os novos padrões sociais de consumo e ambiente de trabalho agravam o problema da obesidade, neste sentido:

A busca de explicações para o crescimento acelerado da obesidade nas populações tem destacado a modernização das sociedades, a qual tem provocado mais oferta de alimentos aliada à melhoria das formas de trabalho devido à mecanização e à automação das atividades. O modo de viver foi alterado pela economia do gasto energético no trabalho e nas atividades de vida diária, associada à maior oferta de alimentos. Por essas razões, a obesidade vem sendo denominada “doença da civilização” ou “síndrome do Novo Mundo” (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 361).

A obesidade deixou de ser um problema somente estético e de desleixo, sendo tratada de fato como uma doença com seus agravantes, com respeito por profissionais da saúde e pacientes, dando ênfase para a alarmante realidade que nos encontramos (REPETTO;

RIZZOLLI; BONATTO, 2003). Sendo assim, os tratamentos propostos à obesidade não estão relacionados tão só a questão estética, mas consideram a saúde integral do indivíduo, posto que:

Até há pouco tempo, estigmatizada, a obesidade não era considerada condição que dependesse de tratamento, pois era atribuída, pela maioria, a maus hábitos alimentares, inatividade física e até mesmo descuido por parte do indivíduo; dependendo seu tratamento apenas de disciplina, força de vontade e autoestima. Porém, nas últimas décadas, começou-se a reconhecer que a condição de obesidade poderia ocasionar vários males à saúde e assim, tornar-se um problema epidemiológico nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (BANKOFF; BARROS, 2002, p. 172).

Desde 1948, com a criação da OMS, a obesidade agrega a CID, sendo apontada como patologia. Nesse período não houve grande repercussão social, tampouco era vista como preocupação aplicável de intervenção estatal. A questão da obesidade não era considerada como realidade que implicasse tratamento, porque era avaliada como um descuido por uma grande parcela da sociedade (PIMENTA; ROCHA; MARCONDES, 2015).

Contudo, com a vinda da “[...] década de 60, modificações nos padrões de morbimortalidade⁴ da população vêm sendo objetivamente estudadas e analisadas sob o enfoque dos processos de Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Transição Nutricional” (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004). Neste viés, a obesidade passou a ser analisada com maior atenção pelos profissionais da saúde e por toda sociedade.

A obesidade tem se tornado preocupante, uma epidemia mundialmente reconhecida durante as últimas décadas do século XX. Desde então sua prevalência vem voluvelmente atingindo todos os níveis socioeconômicos e aumentando sua ocorrência em praticamente todos os países (VEDANA et al., 2008). Segundo dados epidemiológicos, a população adulta de americanos obesos é de 61% (LIMA, 2007). Já no Brasil essa predominância de excesso de peso em pessoas adultas, refere-se as pessoas que residem nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, passou de 43,2% em 2006 para 51,0% em 2012, equivalendo 1,37% a taxa anual média de crescimento (MALTA et al, 2014).

Em consonância com os dados anteriormente mencionados, estes representam para as autoras, que após o alojamento desta doença há progressões que interferem no sobreviver, estando designada a intercorrências, devido às limitações impostas pela doença. Pois muitos estudiosos já apontam que o mundo não é pensado para os gordos. No entanto, é estar à mercê das consequências ditas pessoais, e sanar clinicamente algo pontual têm se tornado um

⁴Para o Ministério da Saúde refere-se ao impacto das doenças e das mortes que incorrem em uma sociedade.

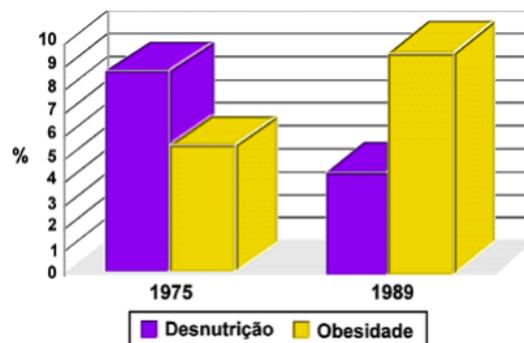
método ineficaz, visto todo suporte necessário que é disposto para o usuário (BRILMANN; OLIVEIRA; THIERS, 2007).

Diante dos malefícios causados pela obesidade, ela é reconhecida como a forma mais comum de má-nutrição, contribuindo para o surgimento de diversas comorbidades⁵, decorrentes do excesso de peso (REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003, p. 633).

Em relação ao agravamento nutricional, a desnutrição era afirmada como um problema somente para os países em desenvolvimento, e a obesidade era associada aos países desenvolvidos. Atualmente, não há distinção recortada, sendo homogênea tanto na evidência da desnutrição quanto da obesidade. No entanto, estão englobados por uma fórmula mista de excesso de peso quanto de déficit nutricional (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A transição nutricional que se desenvolve no Brasil apresenta uma singularidade notável: o agravamento simultâneo de duas situações opostas por definição: uma carência nutricional (a anemia) e uma condição típica dos excessos alimentares, a obesidade. Como entender esse antagonismo de natureza e de tendências num mesmo contexto histórico, num mesmo espaço geográfico e numa mesma população, de forma até independente de sua heterogeneidade socioeconômica (FILHO et al., 2008, p. 248).

GRÁFICO 1 – Demonstrativo da transição nutricional no Brasil, no período de 14 anos, referentes a 1975 até 1989



Fonte: De Oliveira (2013, p. 21).

Nessa direção, Coutinho (2008) enfatiza essa simultaneidade da inter-relação da desnutrição com o excesso de peso e obesidade. Resultante de fatores que incide não apenas

⁵Comorbidade é designação ao diagnóstico duplo, correspondendo a associação de pelo menos duas patologias num mesmo paciente (REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003).

no sistema de saúde nacional, mas em todos os âmbitos e contextos culturais, sociais e econômico do país, sendo um obstáculo à concretização do potencial humano.

Embora o estado de nutrição energético - protéica seja o aspecto paradigmático da epidemiologia dos problemas nutricionais e seu trânsito entre a desnutrição da criança e a obesidade do adulto, parece interessante sair de uma leitura reducionista para uma descrição mais ampliada das mudanças no itinerário dos problemas nutricionais no quarto final do século. Em última hipótese, esta abordagem responde à própria expectativa de se conhecer como estariam evoluindo outros problemas carências, no momento em que se operam mudanças cruciais no cenário nutricional do país (FILHO; RISSIN, 2003, p. 188).

Os autores Coutinho, Gentil, Toral (2008) apontam que o trajeto da transição nutricional está pautado na insuficiência de nutrientes, tanto para a desnutrição quanto o excesso de peso e outras DCNT. Estas podem coabitar nos mesmos espaços, sendo eles comunidades e domicílios. Esse aspecto é explanado como uma das maiores incumbências para as políticas públicas na atualidade, demandando um modelo de atenção à saúde arrolado na integralidade. Ainda complementam que:

A prevenção e controle das carências nutricionais e de promoção da alimentação saudável no serviço, de forma a contemplar as peculiaridades e as diversidades locais, assim como definir os mecanismos de apoio e os espaços intersetoriais, com destaque para o papel das escolas, dos equipamentos da rede de assistência social e do desenvolvimento agrário, como potenciais atores de atuação conjunta (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008, p.337).

Nessa direção, pode-se afirmar que o processo de transição nutricional faz parte das alterações dos moldes de nutrição e consumo e também de mudanças demográficas e epidemiológicas, que direciona a transição nutricional e faz parte de alterações consequentemente no padrão de nutrição e consumo, que tangem mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

O avanço representado pela maior disponibilidade e acesso aos alimentos em nível familiar e, especificamente, o maior consumo do que seria um alimento nobre para as crianças, o leite, acabaram atuando como fatores de risco para mudanças adversas de grande magnitude no processo nutricional. Essas mudanças se desenvolveram quase imperceptivelmente, só sendo explicitadas quando o sobrepeso/obesidade, por um lado, e a anemia, por outro, alcançaram mais da metade da população de adultos e quase a metade da população de crianças. Com uma agravante peculiar: o desinteresse por seu aspecto mais relevante, o substrato alimentar do próprio processo de transição nutricional (FILHO et al., 2008, p. 254).

Os autores ainda apontam que esse processo de transição epidemiológica/nutricional, não terminou. Contudo o aumento das causas de morte por DCNT, e doenças infecciosas ainda é considerada e dada como causa. O Brasil é comparado a países desenvolvidos como EUA e Europa, pois encontra-se com sua extensão territorial, número de habitantes e disparidades socioeconômicas e culturais, a dessemelhança desses processos é largamente visível e complexa, entende-se como nível intermediário da transição demográfica/epidemiológica/nutricional, no entanto não há alinhamento em todo o país. A relação dos índices da mortalidade por DCNT ainda é por causas externas, que apresentam que o país tem continuado a avançar nessa transição, em números, é aproximadamente 50% das causas de morte, semelhante ao quadro recorrente em países desenvolvidos (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

No Brasil, entre outros fatores, a expansão do setor de serviços, com a predominância de ocupações que demandam baixo gasto energético, sugere que o desenvolvimento e a modernização do país associam-se a alterações significantes e negativas na atividade física, sendo estas relevantes para explicar a ascensão da obesidade. É bastante provável que a redução da atividade física nas populações, nas últimas duas décadas, seja um determinante do perfil nutricional (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004, p. 529).

Ainda fazendo referência no Brasil, entende-se que o fenômeno da urbanização influencia nos padrões de rotina, conseqüentemente na prática de atividade física e hábitos alimentares. Segundo dados das Pesquisas de Orçamento Familiares (POFs) sobre o consumo alimentar indireto, há indicação do crescimento da densidade energética das dietas, destacando que são análises dos inquéritos de 1974/75 e 1987/88, que apresenta elevação em percentuais de 2 a 7 pontos no quesito da proporção de energia procedente do consumo de lipídios (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Estatísticas apresentadas pela 'National Health and Nutrition Examination Surveys' (NHANES) em 1998, 50% da população de americanos apresenta sobrepeso ou obesidade. Diante destes cenários, recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou a obesidade como uma epidemia global, que vêm afetando não só os países industrializados como também de forma crescente, aqueles em desenvolvimento sobrepondo-se ao problema da fome e desnutrição. Permeando essa problemática que o obeso se depara, existem ainda os enfrentamentos impostos pela sociedade, preconceitos e restrições, imposição de um padrão de beleza, dificuldades no dia-a-dia em relacionamentos, transporte, locomoção, vestuário e no trabalho (ZOTTIS; LABRONICI, 2003, p. 03).

Lima (2007) aponta as consequências inerentes a saúde e que são causadoras de outras dimensões como: socioeconômicas substancial. Os custos do excesso de peso para os sistemas de saúde são altos e são diretos e indiretos. Os diretos envolvem gastos com o tratamento da obesidade e suas consequências. Entre os indiretos, encontram-se a perda de renda pela redução da produtividade e absenteísmo, devido à doença ou incapacidade e a perda de renda futura devido a mortes prematuras. De acordo com estimativas da International Obesity Task Force, o custo direto atribuído à obesidade, em países industrializados, representa de 2 a 8% do gasto total com atenção à saúde.

A obesidade se apresenta não apenas como problema científico e de saúde pública, porém como grande indústria que envolve o desenvolvimento de fármacos, de alimentos modificados e estratégias governamentais estimulando a prática regular de atividade física e a orientação alimentar a fim de promover melhores hábitos (FRANCISCHI et al., 2000, p. 17).

É desconexo pensar estratégias para encarar a obesidade, sem defrontar-se com o mercado de consumo alimentício, fármacos, estético entre outros e suas representações na vida das pessoas, pois estamos interligados com meios de comunicação como televisão, internet e estes exibem matérias a todo momento do consumo de produtos, inclusive associando com a imagem de famosos. Um exemplo desses marketings estratégicos de produtos foi visualizado na Avenida Beira Mar de Florianópolis, onde é um espaço público com muitas pessoas realizando atividade física, o outdoor da Coca-Cola está exposto bem próximo ao shopping Beira Mar com a seguinte frase: “Essa sede é de Coca-Cola”⁶. Em consonância com a ideia anterior, os autores Coutinho; Gentil; Toral (2008) indicam que:

As medidas de proteção também assumem lugar essencial no contexto da promoção da alimentação saudável, pois implicam medidas regulatórias que protegem a população de práticas abusivas, como por exemplo: as práticas de marketing e publicidade de alimentos ricos em açúcar, gorduras e sal, focadas no público infantil, que interferem sobremaneira nos hábitos alimentares das crianças; no comércio e oferta desses alimentos no ambiente escolar, que deve ser um ambiente de formação de hábitos mais saudáveis; e na comercialização de alimentos processados, que devem ter seus teores de açúcar, gorduras e sal limitados, em virtude da má qualidade nutricional dos que estão sendo comercializados atualmente (p. 336).

Ainda relacionando a Avenida Beira Mar de Florianópolis, é possível ponderar os aspectos que trazem consigo esse lugar, a cidade também é conhecida como a Ilha da Magia, de deslumbrante paisagem, porta um espaço modelo para prática de atividade física e

⁶A propaganda do outdoor pode ser visualizada nesse link: <<https://www.behance.net/gallery/33260037/Outdoors-ESSA-SEDE-E-DE-COCA-COLA>> Acesso em Fev, 2016.

academia da saúde. Assim como sedia muitos eventos, tanto na esfera local como internacional, na sua maioria alusivo à prática de atividade física.

Com esses elementos trazidos da cidade e do espaço da Avenida Beira Mar, é notável a atração de muitas pessoas para sua visitação e a prática de esportes. Diante disso, podemos destacar o perfil dos frequentadores desse espaço, que predominantemente são indivíduos da elite e que moram naquela região.

E pertinente a isto, tem a questão da especulação imobiliária em ascensão destinada a este público elitista, os empreendimentos e empreendedores acabam se utilizando cada vez mais dos atrativos de Florianópolis para conquistar seus clientes. Porém tal atividade visa muitas vezes o máximo lucro, e questões importantes como saúde, mobilidade urbana, lazer e saneamento básico não são levados em conta.

A cidade de Florianópolis lidera o *ranking* da prática de atividade física e boa alimentação. A cidade está sendo associada, com a que mais possui adeptos praticantes de exercício físico no tempo livre e também que consome frutas e hortaliças orgânicas⁷, configurando menor índice de obesos entre as capitais brasileiras, mesmo com o número de brasileiros acima do peso estando crescente a cada ano (VIGITEL, 2015).

Será apresentado na Tabela 1, o perfil dos adeptos da prática de atividade física de lazer, na modalidade caminhada e corrida em Florianópolis, expressando a pesquisa que elegeu a cidade como uma das capitais com grande incidência na prática de atividade física e boa alimentação.

⁷Santa Catarina disputa com Minas Gerais a quarta posição no ranking nacional do cultivo de orgânicos, com 40 a 60 mil toneladas anuais de hortifruti no mercado (CAVALLI, 2014).

TABELA 1 – Caracterização dos adultos praticantes dos principais tipos de atividades físicas de lazer em Florianópolis no ano de 2010.

Variável	%	Caminhada		Corrida			
		%	Valor p	Valor p*	%	Valor p	Valor p*
Gênero			< 0,001 ^b	< 0,001 ^b		0,014 ^b	0,02 ^b
Homens	44,7	44,7			8,6		
Mulheres	55,3	55,3			4,2		
Idade (anos completos)			< 0,001 ^c	< 0,001 ^c		0,46 ^c	0,29 ^c
20 a 29	33,5	33,5			5,8		
30 a 39	23,4	23,4			11,0		
40 a 49	25,2	25,2			5,8		
50 a 59	17,9	17,9			3,3		
Cor da pele (autorreferida) ^c			0,76 ^b	0,12 ^b		0,29 ^b	0,28 ^b
Branca	85,8	85,8			6,4		
Parda	9,1	9,1			8,4		
Preta	5,1	5,1			1,7		
Situação conjugal atual			< 0,001 ^b	0,03 ^b		0,40 ^b	0,39 ^b
Sem companheiro(a)	40,2	40,2			5,4		
Com companheiro(a)	59,8	59,8			7,3		
Escolaridade (anos completos)			< 0,001 ^c	0,008 ^c		0,06 ^c	0,05 ^c
≤ 4	8,0	8,0			5,9		
5 a 8	13,7	13,7			2,2		
9 a 11	33,7	33,7			4,1		
≥ 12	44,6	44,6			8,5		
Renda familiar <i>per capita</i> (quartis)			0,11 ^c	0,25 ^c		0,13 ^c	0,62 ^c
1º (menor)	29,0	29,0			4,8		
2º	19,0	19,0			4,3		
3º	26,0	26,0			7,5		
4º (maior)	26,0	26,0			8,1		

Fonte: Del Duca et al. (2013, p. 4600).

Em conformidade com os dados disponibilizados, é possível analisar que partindo das variáveis (gênero, idade, cor da pele, situação conjugal atual, escolaridade e renda familiar) e correlacionando a porcentagem a incidência da prática de caminhada e corrida, pode-se traçar o perfil dos praticantes desses esportes, que elegeram a capital de Florianópolis a ocupar o *ranking* de pessoas adeptas a alimentação saudável e atividade física. No entanto é percebido que esse perfil de pessoas na sua maioria são mulheres sem muita dessemelhança entre os homens, sendo jovens com idade entre 20 e 29 anos, de cor branca que representa 85,8%, que tem companheiros na situação conjugal e com escolaridade maior de 12 anos completos de estudo e sem disparidade na relação com a renda familiar.

Nesse contexto, podemos problematizar que o perfil demonstrado revela que os sujeitos da pesquisa não advêm das camadas populares, muito pelo contrário, trata-se da elite Florianopolitana. O espaço ocupado para atividades esportivas/lazer é direcionada ao público que possui poder aquisitivo para acessar os empreendimentos de alto padrão, configurando a segregação sócio espacial da cidade. Fruto de tal segregação a Avenida Beira Mar Norte de

Florianópolis, carrega ainda o antagonismo de duas perspectivas: a primeira que diz respeito à propagação de hábitos saudáveis em meio ao caos urbano. A outra se refere ao incentivo do consumo de produtos industrializados, de comidas rápidas “*fast food*”, fruto do autodesenvolvimento capitalista.

Em síntese, podemos concluir que o município de Florianópolis, assim como a realidade de outras cidades brasileiras, encara a ausência de políticas públicas destinadas ao lazer, bem como de incentivo de práticas saudáveis que possa prevenir os fatores que geram a obesidade. Desse modo, percebemos que a atenção primária em saúde deve assumir um papel fundamental, tendo como princípio a prevenção, incidindo no combate as doenças crônicas, que afetam grande parte da população na contemporaneidade.

Nessa perspectiva Francischi et al. (2000) enfatiza a relevância da diminuição da obesidade para a saúde pública, com o interesse social e aplicando investimentos de incentivo a alimentação saudável, incidindo na qualidade de vida de pessoas, e favorecimento o tratamento aos que detém esta doença. Medidas preventivas são consideradas maneiras de combater, e elas podem estar associadas as alterações na estrutura urbana, legislações e subsídios como incentivos fiscais para produtores de alimentos orgânicos e empresas que incentivem a prática de atividades físicas dos empregados; consultoria nutricional para refeições escolares e empresariais, entre outras. Está maneira segundo o autor, torna mais fácil econômico e com grande chance de ser efetivo o combate preventivo da obesidade.

Ao estudar a obesidade e sua evolução, é certo admitir que o seu aumento implica definição de prioridades e estratégias de ação de Saúde Pública, em especial à prevenção e ao controle das doenças crônicas, reservando lugar de destaque à ações de educação em alimentação e nutrição e as práticas de atividades físicas que alcancem de forma eficaz todas as camadas sociais da população (FRANCISCHI et al., 2000, p. 18).

Entendendo a transversalidade dos motivos que perpassam a obesidade, os órgãos públicos através de melhorias dos programas de saúde e organização da atenção básica do SUS por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF)⁸ e serviços de saneamento básico tem contribuído para cobertura de assistência à saúde para a população brasileira, porém ainda é um desafio o papel para interromper relações de mercado com multinacionais e produtos

⁸ É uma estratégia prioritária que visa atender a indivíduos e à família de forma integral e contínua, baseado na territorialização, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, com enfoque na família em seu ambiente físico e social. Também pode ser definida como um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito expresso na melhoria das condições de vida. No tocante à área da saúde, essa melhoria e sua qualificação deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e especialmente humanizados (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008, p.337).

industrializados, que também fazem parte das ações de prevenção que afeta diretamente e causa prejuízos à saúde. Nessa mesma lógica Schmidt et al. (2011), irá tratar dos avanços e estratégias para assegurar a garantia dos direitos na questão da alimentação e vida saudável, manifestando que:

Mesmo que a política nacional de alimentação e nutrição (1999) (...) essa política reconhece a natureza complexa da obesidade e de outras DCNT relacionadas à nutrição e define um conjunto de ações no âmbito da área da saúde e em outros setores para assegurar ambientes que favoreçam dietas saudáveis e estilos de vida ativos para todos (p. 69).

Expressando ainda alguns avanços, houve em 2009 a promulgação da legislação sobre o orçamento do programa nacional de alimentação escolar que requisitava que fosse destinado o percentual de 30% na compra de alimentos saudáveis com os vendedores através das fazendas e feiras familiares e produtores agrícolas locais. No ano de 2010, vigorou uma resolução referente a condução das propagandas de alimentos não saudáveis, sendo esta promulgada no mesmo ano pela agência de vigilância nacional, pelo qual é a mesma que fiscaliza. Sendo assim, é percebido que essas garantias e estratégias não foram suficientes para abater o crescimento contínuo da obesidade, como anteriormente já foi discorrido através de exemplos. Por conseguinte, isto querer avaliação das estratégias atualmente adotadas, revendo as inadequações e os planos inexitoso, propondo outros rumos e desafios para as ações nessa direção. Isto requer providências diferenciadas das anteriormente, demandando ações no acesso direto da população para viver mais saudável, aspirando através da ESF ações socioeducativas de alimentação saudável, desencorajamento do consumo de alimentos processados, promover a prática da atividade física regular, e de fato atendendo integralmente esse usuário que necessita de suporte para o enfrentamento da obesidade (SCHMIDT et al, 2011).

A materialização de ações que intervenham na alimentação é de extrema importância e deve ser potencializada pela atenção primária à saúde. Sendo esse um espaço preeminente ao progresso das ações de incentivo e apoio ao seguimento de hábitos alimentares saudáveis e a atividade física regular, provocando a reflexão e disseminação da informação sobre os fatores individuais e coletivos que interverem no senso crítico e nas práticas de saúde da sociedade (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

2.2 Doença crônica não transmissível

A obesidade, por ser uma doença crônica⁹, está relacionada a causas múltiplas que são caracterizadas por início gradual, com indefinido período de duração. Apresentam mudanças ao longo do quadro clínico, com possíveis períodos de agudização¹⁰, podendo gerar danos e incapacidades (BRASIL, 2008). Diante destes fatos, Lima (2007) acrescenta que:

De acordo com o Departamento de Saúde dos Estados Unidos da América (USDHHS), indivíduos obesos (IMC 30 Kg/m²) têm um risco de morte prematura, por todas as causas, 50% a 100% maior que indivíduos com IMC entre 20 a 25 Kg/m², conforme aponta o Department of Health and Human Services (p. 89).

O sobrepeso e a obesidade são estimuladores da carga de doenças crônicas e colaboram com muita relevância para acarretamento de possíveis incapacidades. Interferindo nas condições da qualidade de vida e gerando consequências para a saúde, dentre elas estão: osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas musculoesqueléticos e hipertensão arterial. As pessoas portadoras dessa doença, estão mais aspiradas a concentrarem as gorduras nas artérias, como também de continuarem obesos na idade adulta, resultando também em outras doenças graves como: problemas de pele, infertilidade, insuficiência placentária, até doenças coronarianas, diabetes tipo 2, imunodeficiências e certos tipos de câncer (LIMA, 2007).

A obesidade é considerada, portanto, uma doença crônica progressiva, fatal, geneticamente relacionada e caracterizada com outras doenças (comorbidade). Com base nestes elementos, a situação relacionada a obesidade é dada como preocupante: o número de obesos no mundo e no Brasil tem aumentado com muita rapidez, sendo reconhecida como um grave problema de saúde pública (GARRIDO, 2008). Neste contexto, acrescenta-se que:

A obesidade está associada a um aumento do risco de doenças crônicas, podendo explicar a maior procura por atendimento em serviços de pronto atendimento por pessoas com sobrepeso e obesidade. Estes achados são semelhantes a estudos realizados nos serviços de atenção primária dos Estados Unidos (ROSA et al., 2011, p. 2564).

⁹ A OMS define como doenças crônicas as doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta como as cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus*. Inclui nesse rol doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. Considera-se todas aquelas que requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral (BRASIL, 2008).

¹⁰ Agudização é quando o portador de doença crônica apresenta um quadro agudo (Lima, 2007).

É apurado que fatores como a má qualidade de vida e hábitos diários não adequados e essencial são os principais causadores de risco das DCNT. Percebe-se que alterações nos hábitos alimentares e a prática de exercício físico são favoráveis a diminuição de casos de doenças crônicas. Uma estratégia é o acompanhamento, que permite planejar políticas de saúde preventivas para combater esses fatores de risco (BRASIL, 2004).

A obesidade é ocasionada por diversos fatores e gera danos para a saúde retrogressivos, decorrentes do consumo insuficiente de nutrientes essenciais para o organismo, caracterizada por dietas quantitativas e não qualitativas, que são importantes na definição do estado de saúde, especialmente no que tange às doenças crônicas degenerativas da idade adulta (TARDIDO; FALÇÃO, 2006). As DCNT,

se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil – 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. As DCNT são a principal fonte da carga de doença, e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição (SCHMIDT et al., 2011, p. 61).

Dentre as consequências que as doenças crônicas abduzem, pode se considerar que estas “constituem pesada carga em termos de morbimortalidade e também um potencializador do aumento dos custos de saúde, comprometendo a sustentabilidade dos sistemas de saúde no longo prazo” (BRASIL, 2011, p.9).

As doenças crônicas não transmissíveis, por serem de longa duração, são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, gerando no Brasil uma sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que os gastos do Ministério da Saúde com atendimentos ambulatoriais e internações em função das doenças crônicas não transmissíveis sejam de aproximadamente R\$ 7,5 bilhões por ano. A obesidade, a hipertensão e o diabetes são propiciados pelo perfil alimentar encontrado entre as famílias brasileiras, em que há uma participação crescente de gorduras em geral, gorduras de origem animal e alimentos industrializados ricos em açúcar e sódio e a diminuição de cereais, leguminosas, frutas, verduras e legumes (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008, p 333).

Um comparativo no Brasil relacionado às DCNT apontava em 1930 que as doenças infecciosas apresentavam 46% das mortes nas capitais brasileiras. Já em 2007, esse panorama muda e cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), enquanto 10% foram atribuídas às doenças infecciosas. Entende-se que essa situação se deu pelas transformações de um contexto de desenvolvimento econômico e social, com avanços sociais pertinentes naquele período (SCHMIDT et al, 2011).

Simultaneamente a essa mudança na carga de doença, houve a transição demográfica no Brasil, que ocasionou a inversão de uma pirâmide etária com grande espessura entre adultos e idosos. Estes resultantes do processo de incremento da renda, urbanização, industrialização e mecanização da produção, acesso a alimentos e dentre eles os processados e congelados, globalização de hábitos não saudáveis, acarretaram a drástica razão da transição nutricional, manifestando com mais frequência o risco de doenças crônicas a população (SCHMIDT et al, 2011).

Dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia apontam que 80% da população adulta é sedentária e que 52% dos adultos brasileiros estão acima do peso, sendo 11% obesos, o que explica o aumento da morbidade e mortalidade, já que a obesidade é fator de risco para várias doenças crônicas não transmissíveis. As maiores proporções de excesso de peso e obesidade concentram-se na Região Sul do país, prevalecendo em 89,6% e 25,2% da população, respectivamente (MARIATH et al., 2007, p. 898).

Segundo Schmidt (2011) é de extrema importância considerar os dados a respeito da progressão das DCNT, essas precisam ter espaço no campo das políticas de saúde e serem classificadas como prioridade, com ações de prevenção e monitoramento das estratégias acompanhadas e através de medidas sociais ao invés de individuais, retardar a expansão com fomento econômico destinado a esta causa, sendo estas com intervenções de custo-efetivo e que permitam seu controle.

Nessa perspectiva de estabelecer uma estratégia e organização da prevenção e do tratamento dessa doença crônica, algumas legislações já foram desenhadas e estabelecidas pelas Portarias do MS, como forma de assentar as linhas de cuidados prioritários da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas portadoras das doenças crônicas, a fim de constituir, qualificar e fortalecer os serviços de saúde que atendem este público, o qual será percorrido posteriormente no trabalho, com revisão das portarias (BRASIL, 2013).

2.3 A enigmática avaliação da obesidade

A obesidade é classificada a partir de algumas técnicas de avaliação que pondera o estado e gravidade da mesma. Os métodos de avaliação da composição corporal podem ser nomeadamente a antropometria¹¹ por: índice de massa corporal, pregas cutâneas, perímetro da

¹¹Antropometria é um ramo da antropologia que estuda as medidas e dimensões das diversas partes do corpo humano (Leite, 2004).

cintura/ perímetro da anca, circunferência e área muscular do braço, hidro densitometria, plestimografia, diluição de isótopos, impedância bioelétrica, potássio corporal total, análise por activação neutrónica, absorciometria de raio-x de dupla e tripla energia, ressonância magnética, tomografia computadorizada e ultrassom (LEITE, 2004).

Leite (2004, p. 04) aponta para a relevância da avaliação por meio dos métodos, compreendendo através desses suas vantagens e inconvenientes, visto que:

A avaliação da composição corporal é um importante aspecto na determinação da condição física, em qualquer programa de emagrecimento ou na prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas [...], ou seja, é extremamente importante pela sua relação com o estado de saúde, dado ser indiscutível que tanto o excesso de gordura corporal, como o déficit de massa magra apresentam relação directa com uma série de factores de risco para o aparecimento ou o agravamento de condições desfavoráveis para a saúde.

No entanto, não podemos dizer que a avaliação do peso corporal supri todas as necessidades de avaliar o estado da obesidade, quando este é investigado de modo isolado, pode se dizer que é uma estimativa, não sendo um indicativo do estado nutricional dos indivíduos. Desse modo, o processo de avaliação da composição corporal, requer atenção para implementações de medidas profiláticas, quando acusado anormalidade no estado de saúde para inibir futuras implicações (LEITE, 2004).

A obesidade era avaliada nesse contexto por diferentes métodos anteriormente citados, portanto na academia científica havia muita corpulência a seu respeito, visto que não existia um método padronizado e, portanto, essa avaliação variava muito de um país para o outro (POULAIN, 2013).

Tendo em vista seu baixo custo e facilidade, no que diz respeito à verificação da gordura corporal, o IMC tem sido a técnica mais empregada, a qual vem aparecendo nos estudos epidemiológicos (LIMA, 2007).

Nisto, insere-se o conceito do IMC que:

[...] transcorreu um longo caminho até ser reconhecido como um instrumento internacional de avaliação da obesidade. Surgia assim, pela primeira vez um conhecimento que sistemático da distribuição do peso entre os seres humanos (POULAIN, 2013, p. 178).

O IMC opera como método utilizado para diagnosticar a obesidade, sendo reconhecido pela OMS. Conforme França (2004), a forma de condicionar a obesidade é de acordo com a quantidade de gordura corporal, que é ponderada por meio do IMC, que considera o peso

total do indivíduo, dividido pela altura (em metros) ao quadrado. Este é o meio de avaliação de gordura corporal mais utilizado, classificado de acordo com a Tabela 2.

TABELA 2 - Risco de mortalidade de acordo com a classificação do peso

IMC (kg/m²)	Classificação	Risco de comorbidades
< 18,5	Baixo peso	Outros problemas clínicos
18,5 - 24,9	Normal	Ausente
25 - 29,9	Sobrepeso	Aumentado
30 - 34,9	Obeso grau I	Moderado
35 - 39,9	Obeso grau II	Grave
40	Obeso grau III	Muito grave (Mórbida)

Fonte: França (2004), Halpern e Mancini (2003).

Outra forma de calcular o IMC é a medição da circunferência abdominal, também usada com a mesma finalidade de investigar a gravidade da obesidade. Representada pela concentração de gordura alojada na área da circunferência abdominal, considerada um agravante para as doenças cardiovasculares, causadoras de doenças transversais (ORGANIZATION, 1995).

Quanto aos mecanismos de medição do IMC, há que se ponderar que:

[...] no Brasil, ainda são raros bancos de dados fornecidos pelos órgãos estatísticos oficiais, que disponibilizam informações sobre outros componentes que ajudariam a verificar a obesidade, como medidas de circunferência abdominal. Assim como qualquer indicador, este também padece de limitações, tais como: dependência entre o IMC e a estatura dos indivíduos para determinadas faixas etárias; proporcionalidade do corpo; possibilidade do IMC exprimir não apenas a gordura, mas também a massa corporal livre desta (ALMEIDA; NETTO JÚNIOR, 2015, p.1404).

De acordo com Poulain (2013), a função do IMC se reduz a um instrumento de pesquisa ou de pré-diagnóstico, encaminhando sistematicamente os indivíduos aos profissionais de saúde, capazes de avaliar mais precisamente a situação, através de outras técnicas.

Sendo que os excessos na balança figurados pelo valor do IMC, indicam fatores de risco e probabilidade de desenvolver doenças crônicas, como a pressão arterial e a diabetes, estes representam 72% dos óbitos no Brasil segundo dados do Vigitel (BRASIL, 2015).

Isso demonstra a gravidade da doença e a necessidade de políticas públicas que objetivem a sua diminuição, disseminação e controle; as quais incidam na promoção da saúde e prevenção da obesidade, não apenas no tratamento cirúrgico. Em virtude das múltiplas causas dessa patologia, faz-se necessário se fundamentar em políticas públicas que visem o caráter de bem-estar social.

Para, além disso, devem-se considerar os agravantes relacionados à obesidade, seus determinantes, e em especial os fatores ambientais, sociais e familiares. Igualmente, há que se observar que os fatores genéticos são responsáveis por apenas um terço da variância no peso corpóreo, destacando a influência que o ambiente exerce no desenvolvimento da obesidade, especialmente as condições socioeconômicas (SES) (STUNKARD, 2006).

Tendo em vista os riscos aos quais os indivíduos obesos estão propensos, Lima (2007) acrescenta-se que:

O grau de excesso de gordura, sua distribuição e associação a consequências para a saúde varia, consideravelmente entre os indivíduos obesos. É importante saber preveni-la a até mesmo tratá-la, pois os portadores dessa condição apresentam riscos aumentados de morbidade e mortalidade. Na atualidade, a obesidade se coloca de maneira prioritária para intervenção, em nível individual e na comunidade, como um problema de nutrição em saúde pública (p. 88).

Atualmente o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma resolução com novas regras para a autorização do procedimento da cirurgia bariátrica. A mudança abarca a ampliação da listagem de doenças, citando mais de 20 comorbidades, entre as quais estão: a depressão, refluxo, infertilidade e incontinência urinária. A nova regra também permite a indicação da cirurgia em pacientes com IMC a partir de 35kg/m². Salienta-se que a regra pactuada no ano 2010 autorizava a realização do procedimento somente em pacientes que possuíam IMC igual ou a partir de 40kg/m². Com relação aos adolescentes de 16 a 18 anos as regras ficaram mais rígidas e requer avaliação de risco/benefício, e agora o Conselho Federal de Medicina (CFM) exige também presença de pediatra na equipe multiprofissional, além de exame comprovando consolidação do crescimento ósseo do paciente, a cirurgia bariátrica passa a ser considerada experimental, e poderá ser realizada em projetos de pesquisa clínica aprovados por comitês de ética (PARAIBA, 2016).

É notório que com a aprovação dessa resolução pelo CFM, tende a expandir o número de realização do procedimento, o que se mostra preocupante. Cogita-se que tal decisão repercutirá principalmente no crescimento desordenado no setor privado. Visto que as avaliações do tratamento são ponderadas de forma diferente do que as do âmbito público, que

buscam garantir no processo do tratamento um olhar multidisciplinar entendendo e considerando a integralidade dos sujeitos. Diferentemente do que visa à rede privada, a qual estabelece como critério determinante a capacidade financeira dos sujeitos para arcar com os custos do tratamento.

2.4 Dados da obesidade

Em conformidade com a OMS, as informações epidemiológicas sobre o sobrepeso e a obesidade estão sendo monitoradas, demonstrando o aumento dos índices de sobrepeso e obesidade em nível mundial, exigindo de diferentes governos ações que sejam capazes de frear seu contínuo crescimento (ABESO, 2015).

A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito (ABESO, 2015).

No Brasil essas informações são coletadas pela Vigitel desde 2006, por intermédio do MS. Essas pesquisas são usadas para avaliar os índices e medir a prevalência dos fatores de risco e proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira, objetivando subsidiar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL 2015).

No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade. Entre crianças, estaria em torno de 15%. No último levantamento oficial feito pelo IBGE entre 2008/2009, já percebíamos o movimento crescente da obesidade (...) (ABESO, 2015).

Conforme Brasil (2015), o Vigitel realiza pesquisas em nível nacional acerca das estatísticas que relacionam o problema da obesidade e do sobrepeso. No ano de 2014, entre os meses de fevereiro a dezembro, por meio de entrevista e por inquérito telefônico, foram 40.853 (quarenta mil oitocentas e cinquenta e três) pessoas entrevistadas, com mais de 18 (dezoito) anos, e que vivem nas capitais de todos os estados do país e do Distrito Federal.

Esta pesquisa demonstrou a relação do sobrepeso e obesidade da população brasileira. Conforme os dados obtidos, pode se dizer que: 52,5% dos brasileiros ultrapassam o peso ideal, no entanto ainda indica que o índice da obesidade se encontra estável (BRASIL, 2015).

Dados também apontam que em adultos a questão de gênero predomina entre os homens, que registram maiores percentuais do que as mulheres. Mostrando que o índice de excesso de peso na população masculina chega a 56,5%, contra 49,1% na população feminina. E no que se refere à obesidade, não há disparidade significativa enquanto a isso. Com relação à faixa etária, os jovens entre (18 a 24 anos) são os que registram a taxa com 38% pesando acima do ideal, enquanto as pessoas de 45 a 64 anos ultrapassam a taxa 61% (PORTAL BRASIL, 2015).

A partir disso, mostra-se preocupante o quadro do sobrepeso em adultos, visto também que:

No mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde, 31% dos adultos com 15 anos ou mais não são suficientemente ativos. Esse índice no Brasil, segundo o Vigitel 2014, que soma apenas as pessoas com mais de 18 anos, é de 48,7%. O desafio assumido pelo Ministério da Saúde é reduzir esse percentual a 10% até 2025 (PORTAL BRASIL, 2015).

Um dos desafios colocados é com relação aos hábitos cotidianos dos brasileiros, no que tangem a alimentação, prática de exercícios físicos, entre outros. Estes podem estar relacionados com o ambiente no qual o sujeito vive, entende-se que:

A urbanização induziu uma mudança nos padrões de vida e comportamento alimentar das populações. Em países em desenvolvimento, o tipo de alimento consumido na zona rural apresenta-se diferente daquele consumido na zona urbana, numa relação diretamente proporcional ao poder aquisitivo ou ao nível socioeconômico (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004, p. 529).

Nesse contexto, inclui-se que no Brasil, tínhamos aproximadamente 8% das crianças e adolescentes subnutridas por não ter alimento suficiente, e tornam-se obesos porque se alimentarem mal, consequência do desequilíbrio energético que é motivado pelos novos padrões de vida, fruto do desenvolvimento capitalista (FONTANELA, 2009/2010).

Na mesma orientação, correlacionamos uma pesquisa sobre a incidência do sobrepeso e obesidade nas escolas do ensino fundamental e médio de diversos municípios do Estado de São Paulo, que constataram que no ensino fundamental 31,9% dos alunos apresentaram índices abaixo do peso, 10% peso normal, 39% sobrepeso e 20,1% foram classificados com obesidade I. No ensino médio, 15% dos alunos apresentavam estar abaixo do peso; 16,5% com peso normal, 31% sobrepeso e 38,5% tiveram classificação com obesidade I. Este estudo ainda demonstrou que 70% desses alunos do ensino fundamental e 75% dos alunos do ensino médio desconhecem os fatores de risco inerentes, bem como alternativas para combatê-las

como a prática de atividade física. Ainda 90% confirmam que não tiveram contato com esses assuntos na escolarização; 90,3% deles classificaram as aulas de educação física como razoáveis e que pouco contribuíram para suas vidas diárias, 63,3% destes alunos assinalaram que teriam interesse em discutir assuntos relacionados a saúde, bem-estar, qualidade de vida e DCNTs nas aulas (ZAMAI et al., 2002 *apud* BANKOFF; BARROS, 2002).

Conforme elucida Rodrigues (2015), uma pesquisa realizada por Ng e colaboradores (2013) no *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) da Universidade de Washington, *Seattle*, e publicado pela revista *The Lancet*, produziu um levantamento com dados de indivíduos com obesidade e sobrepeso em 188 (cento e oitenta e oito) países, no intervalo dos anos de 1980 a 2013. Este mostrou que no ano de 1980, o sobrepeso e a obesidade atingiam cerca de 875 milhões de pessoas no mundo. E que em 2013 chegou a 2,1 bilhões. E segundo Ng et al. (2013), o percentual de variação do número de pessoas com obesidade e com sobrepeso nesse período de tempo foi de 28.8% a 36.9% para os homens, e de 29.8% a 38% para as mulheres.

O Brasil, neste momento compartilha da estratégia de deter o crescimento do sobrepeso, pois no que tange a obesidade, acredita-se que já paralisaram seu crescimento, mesmo percebendo-se que nos dados anteriores não há disparidade entre o sobrepeso e a obesidade (PORTAL BRASIL, 2015).

Porém tal realidade é considerada um avanço para a sociedade brasileira, conforme afirmou o ex ministro da Saúde, Arthur Chioro, ao discorrer que “em relação ao sobrepeso, não temos o mesmo impacto da obesidade, de estabilização, mas também não temos nenhuma tendência de crescimento disparando” (PORTAL BRASIL, 2015).

Nessa mesma concepção, os autores Pimenta; Rocha; Marcondes (2015, p. 141), complementam:

É inegável o alto custo das ações interventivas atuais relacionadas à obesidade realizadas pelo governo. Por outro lado, são necessários estudos mais aprofundados com relação a esta temática, como forma de observar a eficácia das políticas realizadas. Não obstante, defende-se ser necessário um grande investimento por parte do poder público no enfrentamento da obesidade. E isso, por meio de uma consistente e estruturada articulação das políticas intersetoriais e de forma a afirmar sempre a responsabilidade pública diante destas ações.

Através dos dados percorridos e das estratégias apresentadas, estas fazem parte do sistema de acompanhamento e que orientam as ações do MS, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças. Sendo uma das metas composta no Plano de Ações Estratégicas (PAE) é o enfrentamento das DCNT, lançado em 2011, que pretende deter o crescimento da

obesidade e excesso de peso no país, bem como incentivar a adoção/prática de hábitos saudáveis entre a população (PORTAL BRASIL, 2015).

2.5 Tratamentos para obesidade com enfoque na cirurgia bariátrica

Há vários tratamentos clínico e cirúrgico indicados para obesidade, os quais na sua maioria apostam na alteração do comportamento alimentar e na prática da atividade física e, eventualmente, no uso de algumas medicações auxiliares. A reeducação alimentar é um fator fundamental e independe do tratamento proposto para se manter saudável. A atividade física, por sua vez, ativa várias funções no organismo por consequência do sedentarismo, colaborando na perda de peso e de um estilo de vida saudável (LIMA, 2007).

Um modelo cientificamente recomentado de hábitos saudáveis será discorrido, sendo que adieta hipocalórica equilibrada é a mais adequada, sendo esta composta por:

A distribuição dos alimentos da seguinte maneira: 50 a 60% de carboidratos, 25 a 30% de gorduras e 15 a 20% de proteínas. A atividade física, de diversos modos, resulta no gasto energético. O exercício físico produz muitos benefícios, como a diminuição do apetite e de gorduras, acréscimo do teor de insulina, sensação de bem-estar e autoestima. A recomendação da atividade física varia de 30 a 40 minutos, no mínimo, e numa frequência de 4 (quatro) vezes por semana (LIMA, 2007, p. 96).

Nesse contexto fortemente interligado com alimentação a obesidade está posta, porém, nem sempre ela está associada à fome por incentivos do corpo humano. Essa provocação está transcorrendo por meio de incentivos de produtos alimentícios não apropriados a saúde, no qual encontramos com abundância nas prateleiras dos supermercados, a disponibilidade de oferta coletiva está incitando no poder da compra e consumo, contribuindo para alteração dos hábitos alimentares (DE OLIVEIRA, 2013).

Sendo assim, a obesidade entendida como uma doença crônica multifatorial, com complexas causas e desdobramentos, perpassando a ineficácia do tratamento clássico, composto por planejamento alimentar e incentivo à atividade física, requerendo apreender sobre os determinantes que integram o estado do sujeito, para então a condução de um tratamento integral e eficaz (LIMA, 2007).

Segundo o MDS o Brasil é o sexto país do mundo em incidência da doença, chegando a atingir mais de um milhão de pessoas. A obesidade mórbida também traz consigo outras doenças, como a diabetes e hipertensão arterial. Segundo estimativa do Ministério da Saúde, essas condições encarregam ao

Sistema de Saúde (SUS) em mais de R\$ 600 milhões anuais em tratamento, além de ser a principal causa de morte para 80 mil brasileiros por ano, sendo também o principal implicador na qualidade de vida emocional, familiar, social e profissional do obeso (DE OLIVEIRA, 2013, p. 21).

Nessa direção, o entendimento de Deslandes (1997) sobre as representações sociais em saúde e antropologia médica demonstram que o processo entre saúde e doença é permeado por múltiplos elementos, dentre os quais estão os culturais, sociais, econômicos e familiares. Fazendo correlação com o êxito do tratamento no serviço ou programa, interligado aos valores, ideologias, posições de classe, status, etnia, crenças de seus usuários, comunidade e agentes. Portanto, a análise crítica conduz que se determinado serviço que atende o usuário para o tratamento da obesidade se coadunaria aos valores dos pacientes, estariam distanciando seus direitos e possibilidades, diante da própria realidade.

Portanto dentre os muitos fatores que envolvem o tratamento da obesidade, De Oliveira (2013) aponta alguns meios já utilizados:

Ao longo das décadas houve diferentes procedimentos terapêuticos com o propósito de tratar a obesidade, porém nenhum demonstrou, ainda, eficácia na manutenção da perda de peso a longo prazo (p. 22).

Também há vários tipos de medicamentos utilizados para auxiliar no tratamento da obesidade, os quais possuem objetivos distintos, como: inibir a fome, saciar, aumentar a queima de calorias e diminuir a absorção de gorduras pelo organismo. Os medicamentos prescritos agem como mediadores no tratamento da obesidade, e podem ser classificados de acordo com seu modo de ação.

TABELA 3 – Medicamentos de acordo com a substância ativa e modo de ação

Modo de ação	Substância ativa
Catecolaminérgicos	Fentermina, fenproporex, anfepramona, mazindol, fenilpropanoalamina
Seretoninérgicos	Fluoxetina, sertralina
Catecolaminérgicos	Sibutramina
Termôgenicos	Efedrina, cafeína, aminoflina
Inibidores de absorção de gorduras	Orlistat

Fonte: Lima (2007, p. 97).

A maioria dos medicamentos utilizados para obesidade são simpaticomiméticos, farmacologicamente associados a anfetaminas. Ambos suprimem o apetite estimulando o centro de saciedade localizado no hipotálamo, tendo como um dos principais efeitos colaterais o aumento da pressão arterial, além de constipação intestinal, boca seca, cefaléia, insônia, vertigem e nervosismo (COSTA et al., 2008, p. 58).

Segundo Francischi et al. (2000), a respeito da utilização de medicamentos há muitas divergências ainda sobre o tema, devido a esporádicos estudos sobre seus efeitos adversos a longo prazo. Sem contar que o uso desses remédios pode gerar perspectivas de resolutividade para os sujeitos, tanto para os que procuram a perda de peso e não possuem agravantes, quanto para auxiliar no tratamento da obesidade, que normalmente já apresenta comorbidades, e com a suspensão desses medicamentos acabam retornando a engordar e trazendo mais agravantes para saúde.

Como já foi colocado, a obesidade pode ser tratada de diversas formas, no entanto se não houver resolutividade das tentativas anteriormente testadas e o quadro do paciente vem sendo agravado, normalmente quando o IMC está superior a 40Kg/m², exigindo um tratamento mais agressivo e, portanto, uma intervenção cirúrgica: a gastroplastia¹², cirurgia do aparelho digestivo, conhecida como cirurgia bariátrica. Têm vários procedimentos cirúrgicos para obesidade, cada um condiz com o seu objetivo específico, a laparoscopia que é qualificada como a mais simples, consiste em colocar uma banda em volta do estômago e assim diminuir e controlar a abertura de passagem do alimento, este método pode produzir a perda de peso de 10% a 20% do peso inicial (LIMA, 2007).

Outro método cirúrgico realizado com maior incidência é descrito a seguir:

A cirurgia maior é feita com a abertura da pele ou por laparoscopia. Nessa técnica, a maior parte do estômago é cortada, deixando uma pequena parte que se une à porção do intestino delgado chamado de jejuno. O grande estômago fica fora do circuito de alimentos e, unido ao duodeno, é ligado também ao jejuno. Esta cirurgia, que é a mais utilizada no mundo todo, apresenta, em geral, excelentes resultados. A perda de peso é de cerca de 40% do peso original, e quase sempre, o indivíduo permanece com o mesmo peso (com pequenas variações) pelo resto da vida (LIMA, 2007, p. 97).

Atualmente o tratamento cirúrgico tem sido indicado como recurso extremo para o grave problema da obesidade, porém sua eficácia também não foi alcançada. A cirurgia

¹² Gastroplastia também conhecida como cirurgia bariátrica é a plástica do estômago, é um procedimento cirúrgico que visa a redução do estômago. O SUS financia alguns tipos de cirurgia bariátrica, sendo estes: banda gástrica ajustável, gastroplastia vertical sem banda, a gastroplastia com derivação intestinal e a gastrectomia com ou sem desvio duodenal (SANT'HELENA, 2014).

bariátrica é um procedimento radical e agressivo, mesmo já havendo diferentes técnicas sofisticadas (DE OLIVEIRA, 2013, p. 22).

A autora também salienta, a ocorrência do risco do operado passar a não perder o peso desejado ou retornar ao peso anterior, de acordo com evidências que ultrapassam somente o tratamento clínico, relacionado a características que abrangem fatores orgânicos, sociais, psicológicos e nutricionais indesejados (DE OLIVEIRA, 2013).

Há muitas literaturas expondo os métodos e suas diferenciações de tratamento da obesidade, portanto, de fato ainda não se chegou a um consenso sobre qual deles aponta-se de acordo com a classificação de risco de cada sujeito e seus determinantes (FRANCISCHI et al, 2000).

2.6 Revisão das portarias da cirurgia bariátrica

No que se refere as atuais regulamentações do MS, que compõe o serviço de cirurgia bariátrica e na atenção aos portadores de obesidade grave, será discorrido cronologicamente (começando pela mais recente) as quatro principais portarias.

A Portaria nº 670, de 03 de junho de 2015, reitera que manterá somente até 31 de dezembro de 2015 as habilitações dos estabelecimentos de saúde aprovados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme se concretiza a partir da portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, e altera a portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013 que será discorrida a seguir (BRASIL, 2015).

Remetendo as unidades referenciadas e habilitadas para esse serviço, Sant'Helena (2014) registra que:

Atualmente em Santa Catarina há quatro unidades credenciadas para realizar a cirurgia bariátrica. Estão localizados em: Florianópolis, que atende as regiões da Grande Florianópolis e do Sul; Joinville, que atende os pacientes das regiões do Vale do Itajaí, Norte e Nordeste; Lages, que presta atendimento aos pacientes das regiões do Planalto Serrano, Meio Oeste e Extremo Oeste; e São José, que também atende os pacientes restantes das Regiões da Grande Florianópolis e do Sul (p. 37-38).

As unidades supracitadas anteriormente fazem parte dos estabelecimentos que atendem à demanda no estado, especificamente na Grande Florianópolis há dois hospitais habilitados para o Serviço de Atenção ao Paciente Portador de Obesidade Grave, sendo que cada qual é referência na sua macrorregião. O encaminhamento para esses serviços de alta

complexidade acontece por meio da unidade básica de saúde do território adscrito, via sistema informatizado, chamado Sistema Nacional de Regulação (SISREG), que regula e corresponde as demandas processadas (SANT'HELENA, 2014).

Na Figura 1 é possível observar as instituições credenciadas com o serviço de cirurgia bariátrica e suas áreas de abrangência.

FIGURA 1 – Hospitais credenciados e sua região de abrangência



Fonte: Sant'Helena (2014, p. 38).

A Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014 redefine a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2014).

Mais especificamente, no capítulo I, nas disposições gerais, o artigo 3º traz os princípios da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, no qual pontuaremos alguns conceitos importantes, são eles: acolhimento; humanização; atenção centrada no usuário a partir de uma equipe multiprofissional; articulação das ações e serviços de saúde com conectividade e integração; atuação territorial; monitoramento e avaliação; articulação inter federativa; participação e controle social; autonomia dos usuários; equidade; formação profissional e educação permanente; regulação da rede (BRASIL, 2014).

A partir desses conceitos e na concepção de Alves (2010), menciona-se que:

[...] A portaria reconhece a necessidade de se melhorar o acesso da população brasileira aos procedimentos especializados e à cirurgia bariátrica, bem como a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada que ofereça uma linha de cuidados integrais e integrados (p. 90).

Na sequência será apresentada a Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta

Complexidade ao Indivíduo com Obesidade para os hospitais unidades de assistência de alta complexidade ao Portador de Obesidade Grave, com a finalidade de credenciamento e habilitação (BRASIL, 2013). Esta vai atender às legislações anteriores revogadas, como a Portaria MS/SAS nº 492/2007; a Portaria MS/SAS nº 493/2007; Portaria MS/SAS nº 563/2011 e a Portaria MS/SAS nº 409/2012.

Essa atual Portaria irá ressaltar o trajeto a ser feito para atender a esta demanda, como fica explícito no parágrafo único da mesma:

As Secretarias de Saúde dos Estados, ao indicarem o estabelecimento que prestará a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, devem estabelecer em conjunto com seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contra referência dos indivíduos obesos grau III e grau II com comorbidades, de acordo com o estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013, p.01).

De acordo com a exigência trazida na portaria, será discorrido sobre a equipe para atender o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Nela está disposta a composição da equipe multiprofissional, sendo que a mínima é composta por: médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo; nutricionista; psicólogo ou psiquiatra; clínico geral ou endocrinologista. Na equipe complementar está inserido o anestesiológico; enfermeiro; assistente social e fisioterapeuta (BRASIL, 2013).

Nesse campo que está inserido o Assistente Social, ainda que na equipe de apoio, é possível problematizar a importância da sua atuação na direção de possibilitar um tratamento integral ao usuário.

O Serviço Social enquanto uma profissão que atua diretamente na realidade social, a partir dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais interferem diretamente nas condições de saúde e tratamento dos usuários, e que devem ser levados em conta nas ações de normatização dos serviços de saúde (RODRIGUES; MELO; SANTOS, 2011).

Nisto implica as formas que discorrerá o tratamento, que está disposto nas normatizações do Art. 4º na forma de anexos a esta Portaria, os seguintes temas:

I - Anexo I - Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica;
II - Anexo II - Normas de Credenciamento/Habilitação para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade,
III - anexo III - Relação dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (BRASIL, 2013).

Com estas normatizações percebe-se que, o usuário deve passar por uma avaliação inicial, feita pelo médico da equipe de saúde da família, médico especialista ou de ambulatório de hospital credenciado, para receber a indicação de tratamento cirúrgico, por seguinte tramitar o fluxo de encaminhamentos e hierarquia do SUS, feita como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave (ALVES, 2010).

Outra legislação importante é a Portaria nº 424 de 19 de março de 2013, que tem como perspectiva redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade, como linha de cuidado prioritária da RAS das pessoas com doenças crônicas, que tem como objetivo estabelecer, qualificar e fortalecer os serviços que atendem este público (BRASIL, 2013).

A seguir será pautado a estratégia para esta portaria:

As portarias referentes ao ano de 2013 complementam a atuação do Ministério: a primeira estabelece a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, que dá prioridade ao tratamento do sobrepeso e da obesidade, e a segunda estipula normas para assistência do paciente, incluindo processos como a cirurgia bariátrica. “O tratamento cirúrgico, porém, é apenas uma ação dentro do cuidado das pessoas com excesso de peso, que, prioritariamente, é baseado na promoção da saúde e na atenção integral à saúde”, esclarece Patrícia Jaime, coordenadora-geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (OMS, 2013, p. 03).

Contudo, é possível ponderar que os aspectos que constituem a saúde repercutem para além do aparato institucional e normativo, é fundamental profissionais comprometidos com a proposta e que entendam a doença para além do olhar clínico, garantindo assim o atendimento integral ao usuário (ALVES, 2010).

SEÇÃO II

3. O SERVIÇO SOCIAL NA RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM CONTRAPONTO A PARTIR DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Esta seção pretende analisar e trazer elementos para compreender a cirurgia bariátrica no âmbito do SUS e na perspectiva do Serviço Social. Nesta direção, vai ser percorrido sobre a estruturação da RAS, na perspectiva de um atendimento integral e que garanta todos os direitos do usuário.

Procura-se correlacionar os processos e demandas do Serviço Social a partir da consolidação do princípio de *integralidade* nos serviços de saúde.

De acordo com Alves (2005), não há possibilidade de falarmos em *integralidade* sem a compreensão de que a construção de um sistema de saúde democrático, universal, igualitário requer profundas transformações no modelo assistencial vigente e hegemônico no país.

O princípio da integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar profissional deve ser totalizante, com apreensão do sujeito na sua totalidade. Seria assim, caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender as necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Objetivamos mostrar também o lugar de destaque das questões de atenção à saúde, de modo em forma de pirâmide e procura representar a possibilidade de uma racionalização do atendimento e da ordenação do fluxo do usuário de forma vertical (de baixo para cima como de cima para baixo) a partir dos mecanismos de referência e contrareferência, compreendendo a assistência em espaços tecnológicos adequados (SANT'HELENA, 2014).

Reconhecemos a importância desses espaços de mediação do tratamento, também como meio de articulação para a demanda ao Serviço Social frente a obesidade, à medida que está sendo produzida pela sociedade atual e, como tal, está produzindo e reproduzindo a fragilização de indivíduos em sua capacidade e possibilidade de autonomia.

Problematizaremos a intervenção específica do Assistente Social junto aos usuários do serviço de cirurgia bariátrica no qual será apontada a partir de minha vivência de estágio curricular obrigatório no HU/UFSC e dessa revisão bibliográfica.

3.1 A integralidade nos serviços de saúde, uma percepção compartilhada com o Serviço Social

No presente tópico objetivamos analisar de forma articulada o conceito de *integralidade*. O significado que assume tal termo relaciona-se de maneira dialética com a história da saúde pública brasileira, especificamente com a materialização do SUS. Ademais, procura-se correlacionar os processos e demandas do Serviço Social a partir da consolidação do princípio de *integralidade* nos serviços de saúde.

Dissertar a respeito da integralidade, requer retomarmos os marcos político-normativos a partir das conquistas sociais alçadas por meio da Constituição Federal de 1988, bem como pela Lei n. 8080/90. Em consonância com Nogueira e Miotto (2009), o processo de implantação do SUS tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos no tocante a sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, *integralidade*, participação popular e dever do Estado, quanto as dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do SUS.

No marco histórico das transformações da política de saúde, a *integralidade* da assistência em saúde passa a ser compreendida como uma articulação contínua da promoção de saúde com prevenção e tratamento de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, no âmbito individual e coletivo, de acordo com cada caso, abrangendo todos os níveis que compõem o sistema.

Por conseguinte, um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes de saúde, e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem suposto a cura da doença.

Cecílio (2004) amplia o debate indicando duas principais dimensões da *integralidade*. Uma delas é a *integralidade focalizada*, é praticada nos diversos serviços de saúde, fruto de esforços de diferentes equipes multiprofissionais que buscam realizar ações interdisciplinares. A outra dimensão é a que o autor intitula de *integralidade ampliada*, nessa dimensão a integralidade deve ser visualizada como resultado da articulação de cada serviço com a rede complexa. Neste entendimento, “fica evidente que a *integralidade* não é atributo específico de uma determinada profissão e nem de um serviço, mas compreende distintas práticas

profissionais interdisciplinares que se articulam no campo da promoção da saúde, através de diferentes serviços e instituições” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 224-225).

Segundo Alves (2005), não há possibilidade de falarmos em *integralidade* sem a compreensão de que a construção de um sistema de saúde democrático, universal, igualitário requer profundas transformações no modelo assistencial vigente e hegemônico no país, nesse sentido Alves (2005) resgata a experiência do movimento da Reforma Sanitária, em seus termos:

Esta realidade apontava não apenas a necessidade da reorientação do modelo assistencial, como também sinalizava a direção que esta reorientação precisava assumir de forma que se adequasse a proposta do SUS, em discussão. Dentre as bandeiras de luta pela Reforma Sanitária Brasileira, que se sustentavam nas críticas às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde, estava a bandeira da Integralidade (2005, p. 40).

Desse modo, apreende-se que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, trata-se de uma bandeira de luta. Dentre os princípios e diretrizes do SUS, admite-se ser o da integralidade aquele que “confronta incisivamente a racionalidade hegemônica no sistema- tais como o reducionismo e fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa” (Alves, 2005, p. 41).

Entendemos que a construção da *integralidade* como princípio do SUS, trata de um constante desafio na afirmação de preceitos que visam a superação de resquícios do modelo médico assistencial privatista.

Em conformidade com estudos de Monnerat e Souza (2011), as autoras indicam que pesquisas recentes mostram que a noção de *integralidade* apresenta caráter bastante difuso, tanto para os gestores quanto para profissionais de saúde. Além disso, a *integralidade* não assume na agenda setorial a conotação de prioridade, ao mesmo tempo, que a *integralidade* é a diretriz do SUS que menos se desenvolveu nestes 25 anos de existência do sistema, ao contrário das diretrizes da descentralização e do controle social. Afirmam ainda as autoras:

Assim, a articulação da saúde com outros setores de política social não tem sido a perspectiva predominante adotada pelos gestores dos três níveis de governo responsáveis pela execução da política de saúde. De fato, as estratégias implantadas com vistas à consecução do princípio da integralidade apontam para a priorização da articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade) dentro do sistema municipal, com incentivo à regionalização dos serviços via criação de consórcios intermunicipais, ainda que o problema da integração interna do sistema permaneça como desafio para o SUS (p. 44).

Embora a *integralidade* venha ganhando relevância na agenda setorial nos últimos anos a partir do reconhecimento das lacunas advindas de sua não priorização ao longo da implementação do SUS, sua operacionalização até o momento tem se mostrado insuficiente para contribuir de maneira efetiva para o fomento de mudanças no quadro atual de organização fragmentada das políticas sociais brasileiras (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Entretanto, a preocupação com a necessária interface da política de saúde com outros setores pode ser observada também na retomada de questões que foram, nos últimos anos, relegadas ao segundo plano. É o caso, por exemplo, do debate sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e o retorno à concepção original de reforma sanitária.

O sistema de serviços de saúde brasileiro vem sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais, tendo como pano de fundo as demandas macroeconômicas e os sistemas de valores hegemônicos em cada período de tempo.

Paim (2003) discute “ser o modelo assistencial uma das áreas nas quais se concentram os mais relevantes entraves de um sistema de saúde”, ainda nessa direção a autora salienta que o modelo de atenção “[...] é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação” (PAIM, 2003, p. 568).

Pois bem, dito isso relacionaremos a ideia de *integralidade* e reorientação do modelo assistencial. O conceito de *integralidade* não se trata de uma concepção unívoca, traz múltiplas dimensões. É na flexibilidade dessa concepção que se faz possível a compressão do conceito ampliado de saúde, nessa perspectiva resgata-se:

[...] não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo (AROUCA, 1987, p. 36).

A partir do exposto, postula-se que a concepção abrangente de saúde assumida nos marcos legais por meio da determinação da implantação do SUS, foi um importante passo para uma mudança significativa no modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde da população brasileira.

[...] atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao

longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde associada à integralidade tem merecido destaque. Destaque por permitir a articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde / doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em um mundo pretensamente globalizado (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 230).

A noção de *integralidade* deve ser relacionada na organização dos serviços e nas práticas profissionais em saúde, tendo como ponto de partida a visão da totalidade, que abrange os determinantes sociais de saúde na sociedade capitalista, haja vista, que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, bem como as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas.

Assim, a *integralidade* da atenção nos leva a enxergar como o “micro” está no “macro” e o “macro” no “micro”, e que essa recursividade, mais do que uma formulação teórica, tem importantes implicações na organização de nossas práticas profissionais em saúde (CECÍLIO; PUCCINI, 2004). Conforme Alves (2005) a luta pela integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.

Em conformidade com o exposto, o princípio da integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar profissional, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Seria assim, caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender as necessidades mais abrangentes dos sujeitos. Corrobora com tal ideia Mattos (2001, p. 48-49):

Não podemos aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente (...) A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade.

É visto que em consonância com o princípio da *integralidade* a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas.

Dessa forma, as modificações operadas no modelo assistencial parte de uma nova concepção de saúde, construindo-se um modelo baseado na *integralidade* e em níveis de complexidade no qual deve haver centros de referência para graus de complexidades

diferentes de forma vertical. Em uma base ampla, está o conjunto de unidades de saúde responsáveis pela atenção primária às populações adscritas. Este primeiro nível de atenção é, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde e o eixo estruturante do sistema público de saúde (ALVES, 2010).

Tendo em vista que o sistema funciona de forma referenciada, havendo necessidade de outra estratégia de atendimento, o usuário é encaminhado para outro serviço. A média complexidade, nível seguinte de atenção, tem como objetivo atender agravos de saúde por meio de procedimentos e atendimento especializados. Trata-se de serviços como consultas hospitalares, ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos. É constituída por procedimentos ambulatoriais e hospitalares situados entre a atenção básica e a alta complexidade. Já o nível de maior complexidade está compreendido no nível terciário, ou de alta complexidade e, neste, estão contemplados procedimentos que dependem de alta tecnologia ou são de alto custo.

A atenção hospitalar pode determinar a integralidade do cuidado quando oferece um adequado serviço de contrareferência após os atendimentos, garantindo a continuidade do tratamento não apenas dentro do SUS como também em outros serviços e setores públicos (AMARAL, 2008 *apud* SANT’HELENA, 2014, p. 33).

Este modelo de atenção pode ser imaginado a partir de uma pirâmide e procura representar a possibilidade de uma racionalização do atendimento e da ordenação do fluxo do usuário de forma vertical (de baixo para cima como de cima para baixo) a partir dos mecanismos de referência e contra referência, compreendendo a assistência em espaços tecnológicos adequados (SANT’HELENA, 2014).

Sob essa ótica, afirmamos que o sistema de referência e contra referência visa garantir o atendimento integral ao usuário no sistema de saúde, de modo que seja atendido pela rede de serviços de saúde pública conforme suas necessidades, independente do nível de complexidade do serviço e da demanda solicitada.

De modo que ocorra um atendimento integral ao usuário, é imprescindível que haja a comunicação entre os níveis de complexidade do sistema, com a intenção de permitir que o usuário percorra os serviços e estes tenham conhecimento do seu histórico de saúde, isto ocorre por meio do sistema de referência e contra referência dentro do sistema de saúde (FRATINI, 2007).

É possível afirmar que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa. Em uma primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe

multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Saúde da Família (ESF) ou um hospital (CECÍLIO; PUCCINI, 2004).

Além disso, o princípio da integralidade garantido constitucionalmente e na legislação complementar, permite identificar outros componentes relativos a um novo enfoque para o direito à saúde. A integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do Assistente Social na área da saúde, superando o estatuto da profissão paramédica, típico do modelo biomédico (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 225).

Em face da relevância deste princípio para a reorientação do modelo assistencial, considera-se fundamental a assimilação do princípio da *integralidade* nas práticas profissionais cotidianas, a exemplo do Serviço Social.

O trabalho em equipe mostra-se como prática potencializadora de sua materialização, nesse contexto que se inscreve a ação profissional do Assistente Social, como objeto de nosso estudo e vivência referenciamos especificamente o Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário de Florianópolis.

Conforme já afirmado no decorrer desse tópico, é a partir do novo modelo de atenção à saúde, incluindo essencialmente a concepção ampliada sobre o processo saúde-doença que se incide a ampliação do espaço ocupacional dos Assistentes Sociais. Dessa forma busca-se debater a inserção do Serviço Social na saúde, articulando a ação profissional às diretrizes do SUS “o que sinaliza para um estatuto diferenciado da profissão no campo da saúde” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 219).

Dentro dessa perspectiva, da adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença, é que as ações profissionais dos Assistentes Sociais podem ter maior centralidade. Como expressão desse processo, o Serviço Social compõe de maneira complementar a equipe multiprofissional do Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário de Florianópolis, desse modo, a obesidade passa a se relacionar com a análise sociocultural e política que investiga o crescente fenômeno como refração da chamada questão social na contemporaneidade.

A obesidade, historicamente, é objeto de intervenção de áreas como a medicina, a nutrição e a psicologia. Mais recentemente, outras profissões vêm formando o grupo multiprofissional que focaliza a doença. Felipe (2003) salienta que “a contribuição do Serviço Social representa um elemento essencial para o controle da epidemia, acrescentando, principalmente, políticas sociais adequadas à problemática. Neste sentido, a intervenção

interdisciplinar sobre a doença configura-se como elemento decisivo para a questão da obesidade” (p.8).

Ainda, nessa direção, Felipe (2001) afirma que o Serviço Social deve contribuir ao olhar para o fenômeno da obesidade, com as particularidades da profissão, a partir de uma leitura de realidade contextualizada na historicidade e na totalidade. A pertinência do olhar do Serviço Social no âmbito dos serviços de saúde é fundamental dado que a obesidade ainda é vista sob o foco exclusivo do risco individual, a questão passa a ser despolitizada, passa a ser colocada como apenas um problema de gula, desleixo ou preguiça.

São inúmeros os estereótipos, bem como representações criadas no contexto social sobre a pessoa obesa, as quais vem sendo reforçadas cotidianamente pela mídia em seu discurso ideológico, a respeito, evidencia-se que:

Consideramos que essa forma de registrar a representação social da obesidade serve para criar ou reproduzir relações de dominação, porque ela individualiza a questão, caracterizando-a como de exclusiva responsabilidade do indivíduo. Assim, o que vem representando esse aumento populacional pode ser interpretado da seguinte maneira: A representação social do comer parece centrar-se na individualização e na culpabilização dos obesos, independente das causas genéticas, emocionais e, muito menos, sociais (FELIPPE, 2003, p.9).

Dessa maneira, vem se considerando que o peso da obesidade é social, pois carrega significados, representações, questões políticas e econômicas que extrapolam o peso corporal físico e individual. O entendimento da dimensão social da obesidade pressupõe a compreensão dos fatores a ela relacionados, constatados a partir do espaço sócio ocupacional do estágio e da intervenção profissional do Assistente Social.

A partir do exposto, podemos pensar a atuação profissional no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário de Florianópolis, tendo em vista a leitura crítica do movimento da realidade, haja vista, que os Assistentes Sociais atuam junto aos sujeitos sociais que guardam na sua história de vida, as dimensões universais e particulares da questão social. Nesse sentido:

O que está em jogo para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática é, partindo da definição clara e consciente de suas referências ético-políticas, a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico e politizante, que só pode

ser compreendido na relação de unidade entre teoria e prática (VASCONCELOS, 2009, p. 253).

Reconhecemos a existência da obesidade como demanda ao Serviço Social, à medida que está sendo produzida pela sociedade atual e, como tal, está produzindo e reproduzindo a fragilização de indivíduos em sua capacidade e possibilidade de autonomia.

Cabe aqui salientar, que a problematização da intervenção específica do Assistente Social junto aos usuários com obesidade do Serviço de Cirurgia Bariátrica será aprofundada no próximo tópico a partir da vivência no estágio curricular obrigatório no Hospital Universitário de Florianópolis.

3.2 O Serviço Social no Serviço de Cirurgia Bariátrica

Na política de saúde o Serviço Social tem espaços próprios e tradicionais de atuação, entretanto com o SUS abriu-se novos espaços interdisciplinares e intersetoriais, nesse sentido busca-se refletir sobre as possibilidades de atuação que os princípios do SUS, o conceito ampliado e os determinantes sociais da saúde estão colocando para as várias profissões, entre elas o Serviço Social (KRÜGER, 2010).

Nota-se que a inserção dos Assistentes Sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (COSTA, 2008).

O alargamento das ações de outras profissões em direção ao social, vem ocorrendo expressivamente no campo da saúde, por essa razão amplia-se a preocupação com a especificidade do Serviço Social, ao mesmo tempo acredita-se que se pode enriquecer as potencialidades de práticas profissionais. A ideia é reforçada por Nogueira e Mito (2009, p. 220):

[...] paradoxalmente, a desqualificação pela qual vem passando os aspectos relacionados ao *social* desvelado a partir da análise do formato de alguns dos programas de saúde, em andamento, de âmbito nacional. Podemos citar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no qual, dentre suas atribuições estão previstas ações referentes ao social, altamente complexas e, portanto, incompatíveis com o nível de habilitação dos agentes comunitários. Merece também destaque a própria supervisão do Programa, atribuída ao enfermeiro. Reforçando a escassa preocupação com uma ação técnica mais competente e sinalizando para uma visão reducionista da área contrapõe-se à concepção ampliada de saúde presente na Constituição

Federal. Isso tudo sem dizer que os objetivos do programa sinalizam para ações que são de competência históricas do Serviço Social, exigindo o domínio de técnicas e conhecimentos próprios da formação do Assistente Social.

É nestas novas relações que o espaço do social na saúde se torna um terreno comum a todas as áreas, surgindo assim disputas. As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam realizadas na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados.

Diante do apresentado, refirma-se o trânsito existente entre os princípios contidos tanto na Constituição Federal de 1988 e na legislação relativa ao campo da saúde como no Código de Ética dos Assistentes Sociais, profissionais que na prática cotidiana buscam ampliar e garantir direitos quanto aos serviços e ações de saúde a população.

Em conformidade com Krüger (2010, p. 130), refletir sobre a possibilidade que o SUS coloca para a prática do Assistente Social supõe inicialmente um “diálogo crítico com a herança intelectual e operacional da profissão da saúde e a identificação das tendências técnico-políticas colocadas pelos fundamentos da Reforma Sanitária e do SUS”. Nessa direção, exige-se que o profissional esteja atento ao tempo histórico, superando visões ingênuas e fatalistas da vida social, para decifrar as manifestações particulares no campo da saúde sobre as quais se efetivará a ação profissional.

O projeto ético político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação. Essas expressões da questão social devem ser compreendidas, segundo Iamamoto (1997), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais. O modo como à questão social é equiparada, pode ser entendida como:

A questão social explica a necessidade das políticas sociais, no âmbito das relações entre as classes e o Estado, mas as políticas sociais, por si, não explicam a questão social. Aquela é, portanto, determinante devendo traduzir-se como um dos pólos chaves da formação e do trabalho profissional (IAMAMOTO, 1997, p. 58-59).

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua

promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s/p) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990, s/p).

Ao defender essa concepção de saúde, o movimento de Reforma Sanitária salientou a importância da determinação social. Nessa concepção, é fundamental o contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença. Dessa maneira, explicita-se a forma a qual essas demandas aparecem, visto que:

É exatamente no processo de mediação que uma gama de situações se colocam para o cotidiano dos assistentes sociais, adquirindo concretude nas salas e corredores, através das queixas, dos sintomas, das necessidades, das demandas, que têm como pano de fundo as expressões da questão social de uma sociedade extremamente desigual (BEZERRA; ARAÚJO, 2005, p.1).

Assim, diante dos elementos trazidos e da vivência no Serviço de Cirurgia Bariátrica no Hospital Universitário de Florianópolis, é possível ponderar algumas questões para o debate. Inicialmente, cabe apontar o principal elemento dificultador de nossa pesquisa - a incipiente produção bibliográfica no âmbito do Serviço Social sobre a obesidade, consequentemente sobre a atuação profissional nos serviços de atenção a pessoa obesa.

Tal problematização pode ser observada nos estudos recentes realizados por Gelsleichter e Zucco (2016), no que diz respeito a atuação dos Assistentes Sociais nos serviços de referência a população obesa “[...] entende-se que os assistentes sociais veem ampliando seu trabalho nesta área de atuação, sem, contudo, haver uma cultura de pesquisa em serviço pela profissão” (p.9). Em tal direção, considera-se:

A distância entre a prática profissional e os conteúdos teóricos da realidade da ação profissional, resultante da falta de leitura crítica do movimento da realidade, *revela um desperdício de oportunidades por parte dos assistentes sociais e demais profissionais da saúde diante das possibilidades de prática a serem captadas na realidade em que realizam suas ações, quando se objetiva redirecionar as políticas públicas na direção dos interesses dos usuários* (VASCONCELOS, 2009, p.254, grifos da autora).

A produção de conhecimento a partir da realidade dos mais diversos serviços mostra-se um desafio aos Assistentes Sociais, reitera-se a famigerada dicotomia entre “teoria” e “prática”, desloca-se a produção de conhecimento para o espaço restrito da academia e a

“prática”, situada nas instituições que viabilizam as políticas sociais (GELSLEICHTER; ZUCCO, 2016).

Na instituição pesquisada a inserção do Serviço Social é compreendida a partir dos marcos normativos nacionais, desse modo, entende-se que a atuação do Assistente Social é complementar e não obrigatória. A equipe mínima determinada é composta por endocrinologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e cirurgião. Com base em nossa vivência, foi possível verificar um possível predomínio da visão biomédica sobre o problema de saúde, deixando de entendê-lo a partir de sua dimensão social.

Em decorrência do modelo médico-curativo que ainda predomina no campo da saúde, a divisão social e técnica do trabalho nessa área apontam para a hegemonia da profissão médica em relação às demais profissões (BEZERRA; ARAÚJO, 2005). Em sua pesquisa Gelsleichter; Zucco (2016, p. 13):

[...] a dimensão social figura como um dos fatores de risco da doença, assim, o contexto social e as contradições do modo de produção, que geram acessos diferenciados inclusive aos alimentos e suas propriedades, aparecem residualmente no *corpus*. Logo, a promoção de uma alimentação que possibilite a reprodução da vida sem riscos nutricionais, e a prevenção da obesidade, difundidas pelo conceito ampliado de saúde, são deixadas em segundo plano

De acordo com as autoras supracitadas é relativizado o tempo histórico, lugar, classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas. A partir desse momento, passamos a descrever de maneira objetiva o funcionamento do serviço especializado a fim de apreender detalhadamente a dinâmica estabelecida nessa realidade.

O Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário atende a população da Região da Grande Florianópolis e outras regiões do Estado realizando o procedimento desde 2004. Atualmente a instituição realiza duas cirurgias por semana, sendo oito mensais e executa o procedimento cirúrgico por meio de dois tipos de técnicas: a gastroplastia vertical e o desvio gástrico com Y de Roux (SANT’HELENA, 2014).

A cirurgia bariátrica apresenta eficácia por levar a uma perda significativa de peso, reduzindo em média de 60% à 75% do excesso de peso, diminuindo os riscos oriundos da obesidade, alterando a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2007). É indicada como medida terapêutica nos casos mais graves, que não respondem a tratamentos convencionais. Esses fatos acompanhados do aumento da demanda levaram a necessidade de incrementar a oferta de tratamento cirúrgico na área de gastroplastia.

O Hospital Universitário, não possui portaria própria em relação ao procedimento da

cirurgia bariátrica, sendo assim, desenvolve suas ações conforme normativa nacional. Desta forma, considera a Portaria MS/SAS nº 425, de 19 de maio de 2013, o hospital habilitado como Unidade de Assistência ao Portador de Obesidade Grave, oferece atendimento especializado compreendendo: o diagnóstico e o tratamento clínico e cirúrgico; o atendimento de urgência 24 horas aos pacientes que possuem obesidade grave; o atendimento ambulatorial aos obesos graves; internação hospitalar com leitos apropriados; a cirurgia bariátrica em salas equipadas para operações de obesos graves além da disponibilidade de salas para caso haja complicações cirúrgicas do pós operatório; a internação dos pacientes devido às complicações pós operatórias; reabilitação, suporte e acompanhamento visando a melhoria das condições físicas e psicológicas do indivíduo e no seguimento pós cirúrgico (SANT'HELENA, 2014).

Em consonância com a pesquisa elaborada pela autora referenciada acima, atualmente no Estado de Santa Catarina há quatro unidades credenciadas para realizar a cirurgia bariátrica. Estão localizados em: Florianópolis, que atende as regiões da Grande Florianópolis e do Sul; Joinville, que atende os pacientes das regiões do Vale do Itajaí, Norte e Nordeste; Lages, que presta atendimento aos pacientes das regiões do Planalto Serrano, Meio Oeste e Extremo Oeste; e São José, que também atende os pacientes restantes das Regiões da Grande Florianópolis e do Sul.

Para receber a indicação de tratamento cirúrgico, o usuário deve passar por uma avaliação inicial, num fluxo de encaminhamentos que segue a hierarquia do SUS. A avaliação inicial do obeso grave é feita por médico da equipe de saúde da família, médico especialista ou de ambulatório de hospital credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave. Esta avaliação e as avaliações posteriores devem contemplar itens de formulário específico desenvolvido pelo MS e contido na portaria MS/SAS nº 492, de 31 de agosto de 2007. No que se refere aos encaminhamentos intermunicipais ou interestaduais para a avaliação especializada, seja em serviços de média ou alta complexidade, a portaria determina que eles devem ser feitos com a anuência das respectivas secretarias municipais ou estaduais de saúde (ALVES, 2010).

Entre as principais exigências para que ao paciente seja recomendada a cirurgia está a de que seu IMC seja maior que 40kg/m^2 e a de que sua idade seja superior a 18 anos. Porém, esta cirurgia também pode ser realizada se o IMC estiver entre 35kg/m^2 e 40kg/m^2 e o paciente apresentar comorbidades, como diabetes, hipertensão arterial ou apneia do sono. O indivíduo deve, ainda, ter realizado tratamento convencional para perda de peso há, no mínimo dois anos, com respostas insatisfatórias (BRASIL, 2007).

Até realizar a cirurgia, o paciente passa pelo que se chama “preparo pré-operatório”.

Tal preparo faz-se necessário pelo fato de o portador de obesidade mórbida apresentar uma maior incidência de doenças associadas. Essa situação clínica determina um maior risco cirúrgico.

É possível verificar a partir dos estudos de Alves (2010) que o MS sugere dividir tal preparo em três fases, a saber: a) fase inicial: que compreende a avaliação pelo cirurgião, na qual o usuário deve ser entrevistado para obter-se o máximo de informação sobre sua história clínica. Também é realizado exame físico, permite quantificar o grau de obesidade e suas consequências orgânicas, bem como deve ser realizada uma explicação sobre o tratamento cirúrgico, potenciais complicações operatórias e pós-operatórias e as medidas que devem ser adotadas para evitá-las.

Considera-se que deve ser estimulada a participação de familiares, responsáveis e amigos no processo. Na fase inicial, o usuário também deve ser avaliado por clínico ou endocrinologista, caso apresente alguma patologia. Ainda é necessária a avaliação e preparo psicológico. b) fase secundária: determinada a indicação e concordância para o tratamento cirúrgico, a avaliação pré-operatória prossegue, e, considerando que se trata de cirurgia de grande porte, o usuário deve realizar: avaliação cardiológica, avaliação respiratória; avaliação endoscópica; avaliação ultrassonográfica de abdômen; avaliação odontológica, para observar a capacidade de ingestão alimentar após a cirurgia; avaliação de risco cirúrgico, que ocorre quando o usuário estiver de posse de todos os exames e pareceres anteriores; nessa fase secundária, caberá ao nutricionista ou nutrólogo desenvolver um programa de reeducação alimentar que possibilitará perda de peso no pré-operatório; avaliação laboratorial; teste de gravidez para mulheres em período fértil; outros exames necessários (ALVES, 2010).

Nesta etapa, os candidatos ao tratamento cirúrgico podem ser obrigados a frequentar reuniões de grupo multidisciplinar. Também há indicação de internação nas situações em que os usuários tenham comorbidades graves. c) fase terciária, na qual, quando realizados todos os exames da investigação pré-operatória, o paciente é liberado para a operação. O usuário assina um "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" e estabelece o compromisso de fazer o acompanhamento pós-operatório adequado (ALVES, 2010).

O atendimento ao usuário é realizado como visto anteriormente por uma equipe multidisciplinar, contudo, cada profissão possui uma dinâmica de atendimento diferenciada. O Serviço Social, geralmente, realiza dois atendimentos semanais, havendo necessidade programa-se o acompanhamento por meio de contatos ou consulta de retorno. A nutrição efetua em média quatro atendimentos, com participação obrigatória na dinâmica de grupo, a enfermagem realiza somente um atendimento e a psicologia aplica um protocolo que prevê no

mínimo seis atendimentos. Salienta-se que caso haja necessidade, o número de atendimentos de qualquer profissão pode ser ampliado, como pode ser reavaliado.

Após a liberação do usuário por parte dos profissionais que compõe a equipe multiprofissional, o indivíduo é encaminhado ao cirurgião do aparelho digestivo que incluirá o usuário na lista de espera para a realização do procedimento. Durante o período de espera o usuário participará do grupo pré-operatório de modo a manter vínculo com a equipe, até ser chamado para a internação na unidade e assim seguir para a cirurgia.

A relação com os serviços de assistência ao tratamento do indivíduo com obesidade, está permeada por questões das mais diversas ordens, quais sejam, institucionais, estruturais, conjunturais, sociais, políticas, históricas e culturais, e por isso a forma como os profissionais atuam interferem na dinâmica de trabalho no interior desses espaços ocupacionais (BEZERRA; ARAÚJO, 2005).

A prática do Assistente Social que trabalha numa unidade hospitalar vive numa tensão constante entre as exigências postas pelas diversidades das demandas cotidianas dos usuários e da instituição e pela idealização dos profissionais sobre suas ações, alicerçadas no seu projeto ético-político.

Os atendimentos do Serviço Social na política de saúde, bem como nas demais políticas públicas estão voltados aos usuários e a seus familiares, como exposto aqui, a participação de tais sujeitos é estimulada no processo pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. É indispensável indicar que o estímulo da participação deve ser acompanhada de uma visão crítica, há que se verificar as reais condições para tal responsabilização. Conforme Miotto (2004), o trabalho com famílias tem se constituído numa fonte de preocupação para os profissionais que trabalham na área, tanto pela atualidade do tema como pela sua complexidade.

A sua discussão envolve inúmeros aspectos dentre os quais estão presentes as diferentes configurações familiares, as relações que a família vem estabelecendo com outras esferas da sociedade, tais como Estado, sociedade civil e mercado, bem como os processos familiares. Além destes, estão envolvidos os aspectos inerentes à própria história e desenvolvimento das profissões que atendem a esse campo.

Segundo Miotto (2004) no âmbito do Serviço Social, os processos de atenção às famílias, fazem parte da história da profissão. Os Assistentes Sociais são os únicos profissionais que têm a família como objeto privilegiado de intervenção durante toda sua trajetória histórica, ao contrário de outras profissões que a privilegiam em alguns momentos e, em outros, a tiram de cena. Porém, apesar de sua longa tradição no trato com famílias e do

aprofundamento da discussão teórico-metodológica e ético-política, ocorrida no Serviço Social nas últimas décadas, a ação dos Assistentes Sociais, continua sendo considerada muito aquém das exigências que lhes estão sendo colocadas.

Estas exigências estão relacionadas à necessidade de consolidação do atual projeto ético-político da profissão, de qualificação das ações profissionais nessa área, além da afirmação do espaço do Serviço Social num campo cada vez mais disputado por outras profissões. Dessa maneira,

A permanência de características como estas indicam que as ações são movidas por lógicas muito mais arcaicas e enraizadas culturalmente, tanto no seu universo afetivo como institucional, do que pela lógica da racionalidade dada pelo arcabouço teórico-metodológico da profissão pós-reconceituação. Assim, o exercício profissional com famílias ainda se movimenta através de processos pautados nos padrões de normatividade e estabilidade. Ou seja, as ações continuam calcadas na perspectiva da funcionalidade e relacionadas aos processos de integração e controle social. Dessa forma, tira-se de foco a discussão da família no contexto de uma sociedade desigual e excludente, fortalece-se, direta ou indiretamente, uma visão da família como produtora de patologia e busca-se a “pacificação artificial” das famílias (MIOTO, 2004, p. 4).

Na contramarcha, desse processo, a atuação do Serviço Social no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário procura estabelecer a análise da prática profissional com famílias a partir de diferentes perspectivas dentre elas considera o percurso histórico da profissão. Nesse contexto observamos que, a transformação dos processos de intervenção com famílias implica em algo mais que a crítica dos profissionais sobre a realidade e a consciência de que a solução das demandas não está nos limites dos serviços.

No decorrer desse percurso, pontuamos algumas dificuldades que o Serviço Social enfrenta no cotidiano da cirurgia bariátrica na realidade hospitalar. O rol que compõe tais desafios advém de questões estruturais do próprio serviço que integra a alta complexidade, no sentido da garantia da referência-contrareferência, da integralidade e da própria efetividade das ações de prevenção e promoção a saúde no âmbito da atenção primária.

Considero a partir da minha vivência no estágio, que o Serviço Social embora esteja inserido de forma complementar no pré e pós operatório na equipe multiprofissional, tem em sua atuação extrema importância no contexto da cirurgia bariátrica. A atenção prestada pelas Assistentes Sociais, em grande parte, permite aos usuários sentirem-se respeitados, apoiados, considerando a instituição como um lugar para aliviar suas tensões, ao mesmo tempo, é sabido que tais ações não devem se esgotar em tais aspectos, mas devem contribuir para a

mobilização, organização e acesso a informações necessárias para preservar, ampliar e realizar seus direitos.

Tendo em vista tais pressupostos, realizar intervenções que sejam permeadas e orientadas pela noção de direito social, exige a superação da prática da harmonização, bem como da prática cotidiana em que as requisições imediatas da fome, da dor, do sofrimento, da violência e da doença aparecem como fundamento.

Dessa forma, o desocultamento das demandas cotidianas requer um procedimento cognitivo que na prática do Serviço Social de acordo com esta perspectiva possibilita que a profissão ultrapasse os limites da subalternidade histórica e permita outras formas de legitimidade profissional. E nesse caso temos o grande desafio de trabalhar pelo SUS que acreditamos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso desse TCC expusemos algumas reflexões e considerações acerca do tema, mediante o esforço de abstração e totalização do objeto discorrido. Vale lembrar que o ímpeto que nos moveu à realização desse estudo resultou de um esforço crítico e a vivência do estágio curricular obrigatório I e II no Hospital Universitário, no serviço de alta complexidade, mais especificamente no Serviço de Cirurgia Bariátrica.

Partindo da análise e configuração da concepção da obesidade, com ênfase na problematização dos aspectos que constituem e interferem na saúde do indivíduo, demonstramos também o processo investigativo do tratamento para obesidade, perpassando os tratamentos tradicionais para impedir sua evolução, se faz necessário entender os determinantes do processo saúde-doença.

Buscamos assim, compreender a construção histórica da obesidade, por meio de dados mundialmente reportados e também do panorama no Brasil, evidenciando as preocupações e medidas do setor público para impedir sua disseminação, ainda que com ações pontuais. Concluímos que é fundamental lutar por formas de organização dos serviços, que atuem frente à prevenção, impedindo o agravamento e aumento do panorama da obesidade.

Estes aspectos que levam à esta realidade, estão relacionadas com o papel desempenhado pela indústria alimentícia, com as redes de comidas rápidas (*fast food*), da mídia com propagandas que estimulam o paladar, da televisão que reproduz um padrão de produtos, dos celulares e redes sociais que desenvolvem uma estratégia que incentivam o consumo abusivo. Esse modelo do hiperconsumo calórico de alimentos relacionado ao bem-estar, influência o modo de viver das pessoas, os quais podem trazer danos à saúde (SICHIERI; DE SOUZA, 2008).

Para caracterizar a obesidade e seus determinantes sociais envolvidos, foram extraídos fatores que influenciam no desenvolvimento das doenças crônicas, tendo como pressuposto a adoção de esquemas que remontam as formas e suas expressões: política, social e cultural que interferem no tratamento e na vida desses sujeitos.

A obesidade, historicamente, é objeto de intervenção de áreas como a medicina, a nutrição e a psicologia. Mais recentemente, outras profissões vêm formando o grupo multiprofissional, entre elas o Serviço Social.

Cabe apontar que o principal elemento dificultador de nossa pesquisa foi a incipiente produção bibliográfica no âmbito do Serviço Social sobre a obesidade, conseqüentemente

sobre a atuação profissional nos serviços de atenção a pessoa obesa, dessa forma, buscou-se caracterizar o problema de pesquisa a partir dos estudos capitaneados por Felipe (2001; 2003). Em nossa análise relacionamos a incipiência da produção de conhecimento na área com alguns fatores, entre eles a falta de uma cultura de pesquisa em serviço pela profissão.

O projeto ético político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação. Essas expressões da questão social devem ser compreendidas, segundo Iamamoto (1997), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais. Reconhecemos a existência da obesidade como demanda ao Serviço Social, tendo como pressuposto que tal fenômeno deve ser analisado a partir do contexto das expressões da questão social, à medida que está sendo produzida pela sociedade atual.

Dentro dessa perspectiva, apreende-se que a adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença, é que as ações profissionais dos Assistentes Sociais podem ter maior centralidade.

Como expressão desse processo, o Serviço Social compõe de maneira complementar a equipe multiprofissional do Serviço de Cirurgia Bariátrica no Hospital Universitário, desse modo, a obesidade passa a se relacionar com a análise sociocultural e política que investiga o crescente fenômeno.

Com o percurso teórico que tentamos empreender nesse trabalho, foi possível verificar que a atuação do Serviço Social na cirurgia bariátrica é de extrema importância de acordo com Felipe (2003), a contribuição do Serviço Social representa um elemento essencial para o controle da epidemia, acrescentando, principalmente, políticas sociais adequadas à problemática. Ainda, nessa direção, o Serviço Social pode contribuir ao olhar para o fenômeno da obesidade, com as particularidades da profissão, a partir de uma leitura de realidade contextualizada na historicidade e na totalidade.

É importante ressaltar que a elaboração deste trabalho se desenvolve no intuito de melhor compreender os processos e a realidade para questioná-la. As reflexões e constatações aqui expressas são apenas parte de um processo formativo que não pretende estabelecer um ponto final.

Salienta-se que esse trabalho possui inúmeras limitações, isso decorre principalmente pelo escasso tempo destinado a produção do TCC, tempo regulamentar que nunca será de apenas um semestre letivo, pois o processo de maturação teórica não está disposto na escala de dias, semanas e meses.

Contudo, o que é um impulso determinante do esforço aqui empreendido é a percepção da necessidade urgente de aprofundar as reflexões contemporâneas em torno desse tema, essencialmente no âmbito do Serviço Social de maneira que se torne não apenas imprescindível, mas também alcançável a possibilidade, pela necessidade, de criar o novo, de superar a forma social capitalista com a clareza de procurar romper as barreiras que ofuscam o horizonte da emancipação humana e seus direitos.

REFERÊNCIAS

- ABESO. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/>> Acesso em: 10 de dezembro de 2015.
- ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti; NETTO JÚNIOR, José Luís da Silva. Medidas de transmissão intergeracional da obesidade no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, maio, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501401&lng=pt> Acesso em: 9 de dezembro de 2015.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.
- ALVES, Francielle Lopes. **Trajetórias De Acesso Da População Aos Serviços Do Sus: Um Estudo Sobre A Cirurgia Bariátrica**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/94572/276698.pdf?sequence=1>> Acesso em: 01 de março de 2016.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **Democracia é saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- BANKOFF, Antonia Dalla Pria; BARROS, Daniela Dias. **Obesidade, magreza e estética**. Unicamp, 2002. Disponível em: <http://www.fef.unicamp.br/feff/sites/uploads/deafa/qvaf/fadiga_cap12.pdf> Acesso em: 20 de dezembro de 2015.
- BEZERRA, Suely de Oliveira; ARAÚJO, Maria Arlete Duarte. A inserção do Assistente Social no Complexo Hospitalar e de Atenção à Saúde da UFRN no Contexto da Agudização da Questão Social. **Serviço Social em Revista** do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina. Volume 7 - Número 2 Jan/Jul 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Caderno de atenção básica, nº 35. Brasília. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf> Acesso em: 04 de janeiro de 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, DF, 2008. Série: Pactos pela Saúde 2006, v.8. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf> Acesso em: 12 de dezembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 424, de 19 de março de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html> Acesso em: 10 de novembro de 2015.

_____. **Metade dos brasileiros está com excesso de peso.** Portal do Brasil, 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/metade-dos-brasileiros-esta-com-excesso-de-peso>> Acesso em: 10 de novembro de 2015.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde.** Organização Pan-americana da Saúde. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.569**, de 28 de junho de 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1569.htm>> Acesso em: Dez, 2015.

BRILMANN, Mirna; OLIVEIRA, Margareth da Silva; THIERS, Valéria de Oliveira. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, 15 (1): 39-54, 2007. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2007_1/artigos/IESC_2007-01_Artigo_3.pdf> Acesso em: 01 de fevereiro de 2016.

CAVALLI, Janaina. **Cresce o mercado de alimentação orgânica em Santa Catarina.** Diário Catarinense, 2014. Disponível em: <<http://dc.clicrbs.com.br/sc/noticias/noticia/2014/04/cresce-o-mercado-de-alimentacao-organica-em-santa-catarina-4485226.html>> Acesso em: 22 de fevereiro de 2016.

CARVALHO, Tais Luso de. **Fernando Botero.** Blogspot, das artes, 2009. Disponível em: <<http://taislc.blogspot.com.br/2009/02/fernando-botero.html>> Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

CECÍLIO L.C.O. PUCCINI, P.T. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1342-53, 2004.

COSTA, Anna Christina Charbel et al. **Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica.** Acta Paul Enferm, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a09v22n1.pdf>> Acesso em: 10 de novembro de 2015.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais.** ed.-São Paulo: Cortez; Brasília< DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://servicosocialesaude.xpg.uol.com.br/texto2-7.pdf>> Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

COUTINHO, Janine Giuberti; GENTIL, Patrícia Chaves; TORAL, Natacha. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2: S332-S340, 2008. Disponível em: <http://ideiasnamesa.unb.br/upload/bibliotecaIdeias/1390305416A_desnutricao_e_obesidade_no_Brasil_-_agenda_unica_de_nutricao.pdf> Acesso em 11 de fevereiro de 2016.

DE OLIVEIRA, Cristhiani Barbosa A. C. **Obesidade: um olhar social**. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7142/1/2013_CristhianiBarbosaArrudaCelestinodeOliveira.pdf> Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

DEL DUCA, Giovâni Firpo; NAHAS, Markus Vinicius; HALLAL, Pedro Curi; PERES, Karen Glazer et al. **Atividades físicas no lazer entre adultos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo populacional sobre as características das práticas e de seus praticantes**. TEMAS LIVRES FREE THEMES, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4595.pdf>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

DESLANDES, Suelly Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13n1/0228.pdf>> Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

FELIPPE, Flávia. SANTOS, Andreia Mendes dos. Novas demandas profissionais: obesidade em foco. **Revista da ADPPUCRS**. Porto Alegre, n.º. 5, p. 63-70, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.adppucrs.com.br/informativo/obesidade.pdf>> Acesso em: Dez, 2015.

FELIPPE, Flávia Maria. O peso social da obesidade. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n.º 2, dez. 2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/963/743>> Acesso em: Dez, 2015.

_____. **O Peso Social da Obesidade**. Tese de Doutorado- Fac. de Serviço social, PUCRS – Porto Alegre, 2001.

FILHO, Malaquias Batista et al. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Sup 2:S247-S257, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/10>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.

FILHO, Malaquias Batista; RISSIN, Anete. **A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1): S181-S191, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a19v19s1>> Acesso em: 12 de fevereiro de 2016.

FONTANELA, Álvaro Luiz. **Obesidade: classificação e terapêuticas atuais**. Trabalho de conclusão de curso, da Universidade Tuiuti do Paraná, 2009/2010. Disponível em: <<http://tcconline.utp.br/wp-content/uploads/2011/10/OBESIDADE-CLASSIFICAO-E-TERAPEUTICA-ATUAIS-.pdf>> Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

FRANÇA, Aline Alves. **Obesidade e as repercussão na saúde**. Projeto de pesquisa de especialização em qualidade de alimentos. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/486/1/2004_AlineAlvesFranca.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2015 a.

FRANCISCHI, Rachel et al. **Obesidade: atualizações sobre sua etiologia, morbidade e tratamento**. Revista Nutrição, Campinas, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000100003> Acesso em: 02 de fevereiro de 2016.

FRATINI, J. **Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde**. p. 80. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, Itajaí, 2007.

GARRIDO, Arthur. **O que é obesidade?**. Rio de Janeiro: Clínica de Cirurgia da Obesidade Mórbida e Aparelho Digestivo, 2008.

GOMES, Fernando et al. **Obesidade e doença arterial coronariana: papel da inflamação vascular**. Arq Bras Cardiol, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n2/21.pdf>> Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

GELSLEICHTER, Mayara Zimmermann. ZUCCO, Luciana. **Quanto pesa a mulher com obesidade?**. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. 2016.

HALPERN, Alfredo. **Epidemia de obesidade**. Arquivos brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. Vol. 43 no. 3. São Paulo, Junho, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000300002> Acesso em: 10 de novembro de 2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. 4.ed. – São Paulo: Cortez, 1997.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: Espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=47814> Acesso em: Dez, 2015.

LEITE, Maria José Castro Inácio Couto. **Métodos De Avaliação Da Composição Corporal**. Faculdade De Ciências Da Nutrição E Alimentação Da Universidade Do Porto, 2004. Disponível em https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54643/5/103136_04-57T_TL_01_P.pdf Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

LIMA, Rodrigo Maciel. Obesidade: o mal do século. **Perspectivas Online**, Campos dos Goytacazes, v.1, n.2, p.86-99, 2007. Disponível em: <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/viewFile/256/168> Acesso em: 27 de dezembro de 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; ANDRADE, Sylvania Caribé; CLARO, Rafael Moreira; BERNAL, Regina Tomie Ivata; MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros

e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. **REV BRAS EPIDEMIOL SUPPL PENSE** 2014; 267-276. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00267.pdf> Acesso em: 11 de fevereiro de 2016.

MARIATH, Aline Brandão; GRILLO, Luciane Peter; DA SILVA, Raque de Oliveira; SCHMITZ, Patrícia; DE CAMPOS, Isabel Cristina; MEDINA, Janete Rosa Pretto; KRUGER, Rejane Magda et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4):897-905, abr, 2007. Disponível em: < http://www.grannutritille.com.br/arquivos/mod5/mod5_61.pdf> Acesso em: 15 de fevereiro de 2016.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Trabalho com Famílias: um desafio para os Assistentes Sociais. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 3, dez. 2004

MONDARDO, Beatriz. Cirurgia bariátrica. **Fitness Performance Journal**. Volume 05 - número 03 de maio/junho 2006. Disponível em: <<http://www.jvanguarda.com.br/site2012/2007/01/26/historia-da-obesidade/>> Acesso: 10 de outubro de 2015.

MONTEIRO, Carlos A; CONDE, Wolney L. A Tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. Vol.43 no.3. São Paulo, Junho, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000300004&lng=en> Acesso em: 10 de novembro de 2015.

MONNERAT, Giselle Lavinias Monnerat; SOUZA, Rosimary Gonçalves de Souza. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Rev. katálysis** vol.14 no.1 Florianópolis Jan./June 2011.

MOREIRA, Carla Marisa Maia. **Definição de obesidade**. Obesidade.info, 2007. Disponível em: <<http://www.obesidade.info/obesidade.htm>> Acesso em: 12 de dezembro de 2015.

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

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2009. Disponível em:< http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf> Acesso em Dez, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2013. **Obesidade: dá para reverter?.** Revista Ideias na Mesa, 2ª edição – 2º/2013. Disponível em: <

http://ideiasnamesa.unb.br/upload/bibliotecaIdeias/1394190141revistaideiasnamesa2_spreads.pdf> Acesso em: 25 de fevereiro de 2016.

ORGANIZATION, World Health. **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf> Acesso em: 10 de outubro de 2015.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-86.

PARAIBA. **Sistema Arapuan de comunicação**. Paraíba, 2016. Disponível em: <<http://www.paraiba.com.br/2016/01/13/62718-conselho-amplia-possibilidade-de-bariatrica-para-imc-a-partir-de-35>> Acesso em 27 de janeiro de 2016.

PATRÍCIA, Cícera. **Morbidade e mortalidade**. 2014. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/anakarollinasilva/morbidade-e-mortalidade>> Acesso em: 25 de fevereiro de 2016.

PIMENTA, Teófilo Antônio Máximo; ROCHA, Renato; MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira. **Políticas públicas de intervenção na obesidade infantil no Brasil: uma breve análise da política nacional de alimentação e nutrição e política nacional de promoção da saúde**. Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde. p. 139-146, 2015. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/biologicas/article/view/305/286>> Acesso em: 09 de dezembro de 2015.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, 17(4):523-533, out. /dez., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n4/22900.pdf>> Acesso em: 17 de dezembro de 2015.

PORTAL BRASIL. **Metade dos brasileiros está com excesso de peso**. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/metade-dos-brasileiros-esta-com-excesso-de-peso> Acesso em: 24 de fevereiro de 2016.

POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologia da obesidade**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2013, p. 197.

Propaganda do outdoor Beira Mar Florianópolis: Disponível em: <<https://www.behance.net/gallery/33260037/Outdoors-ESSA-SEDE-E-DE-COCA-COLA>> Acesso em Fev, 2016.

REPETTO, Giuseppe; RIZZOLLI, Jacqueline; BONATTO, Cassiane. Prevalência, Riscos e Soluções na Obesidade e Sobrepeso: Here, There, and Everywhere. **Arq Bras Endocrinol Metab** vol 47 n° 6 Dezembro, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n6/a01v47n6.pdf>> Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

REUTER, Cézane Priscila. **Obesidade na infância e na adolescência: a relação com a genética e com o estilo de vida em escolares de Santa Cruz do Sul – RS**. Dissertação de promoção da saúde. Santa Cruz do Sul, 2013. Disponível em:

<http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1435866768.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2015.

RODRIGUES, Andreia Cristina; MELO, Suely Aparecida Alberto; DOS SANTOS, Zilda Cristina. O Serviço Social Na Residência Integrada Multiprofissional Em Saúde Da Universidade Federal Do Triangulo Mineiro – Uftm. **Revista Triangulo do Programa de Pós-Graduação da UFTM**, volume 4, NO 1, 2011. Disponível em:

<<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/revistatriangulo/article/view/163>> Acesso em 01 de março de 2016

RODRIGUES, Eduarda Marques. **Cirurgia bariátrica: uma análise do perfil e da adesão dos usuários do pós-cirúrgico do Hospital Universitário de Brasília**. Trabalho de conclusão de curso da universidade de Brasília, 2015. Disponível em:

<http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10304/1/2015_EduardaMarquesRodrigues.pdf> Acesso em: 03 de outubro de 2015.

ROSA, Maria Inês da et al. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviço de pronto – atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil.

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500026&script=sci_arttext> Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

SALVE, Mariângela Gagliardi Caro. Obesidade e peso corporal: riscos e consequências.

Movimento & Percepção, Espírito Santo de Pinhal, SP, v.6, n.8, jan. /Jun. 2006. Disponível em:

<http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Ciencias/Artigos/Obesidade_consequencias.pdf> Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

SANT'HELENA, Moara Monteiro. **O processo de referência e contra-referência na Cirurgia bariátrica**. Trabalho de conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em saúde na área de concentração de alta complexidade. Florianópolis, 2014.

Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/servico-social/wp-content/uploads/sites/17/2014/11/TCC-MOARA-MONTEIRO-SANTHELENA.pdf>> Acesso em: 20 de março de 2016.

SANTOLIN, Cezar Barbosa; RIGO, Luiz Carlos. O nascimento do discurso patologizante da obesidade. **Movimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 81-94, jan./mar. de 2015. Disponível em:

<<http://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/46172/33307>> Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

SCHMIDT, Maria Inês et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Este é o quarto da Séries de seis fascículos em Saúde no Brasil, 2011.

Disponível em:

<<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/brazilpor41.pdf>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.

SICHERI, Rosely; DE SOUZA, Rita Adriana. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Debate, Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S209-S234,

2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/02.pdf>> Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

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

TARDIDO, Ana Paula; FALÇÃO, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev Bras Nutr Clin** 2006; 21(2):117-24. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/eventos/Obesidade_Curso_Capacitacao_Ambulatorial/Material_Consulta/Material_Nutricao/O%20impacto%20da%20moderniza%20na%20transi%20na%20nutricional%20e%20obesidade.pdf> Acesso em: 16 de fevereiro de 2016.

TAVARES, Telma Braga; NUNES, Simone Machado; SANTOS, Mariana de Oliveira. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais** 2010; 20(3): 359-366. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>> Acesso em: 25 de janeiro de 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2009. Disponível em:<http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf> Acesso em: Dez, 2015.

VEDANA, Ediolane Hilbert Brati et al. **Prevalência de obesidade e fatores potencialmente causais em adultos em região do sul do Brasil**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000700012&script=sci_arttext> Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

VIGITEL. **Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas**. Por Inquérito Telefônico. 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, 2015.

ZOTTIS, Carolina; LABRONICI, Liliana Maria. **O corpo obeso e a percepção de si**. Curitiba, 2003. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/1665/1391>> Acesso em: 20 de dezembro de 2015.