

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

MOARA MONTEIRO SANT'HELENA

**CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA ANÁLISE SOBRE A FASE PÓS-
OPERATÓRIA A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL**

FLORIANÓPOLIS

2013

MOARA MONTEIRO SANT'HELENA

**CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA ANÁLISE SOBRE A FASE PÓS-
OPERATÓRIA A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

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

FLORIANÓPOLIS

2013

*Dedico este trabalho a minha amada mãe,
que mais que qualquer um nesse mundo
luta por um mundo mais justo e igual.
Levanta essa bandeira e vai para a rua, o
ideal é maior que qualquer pedra que
apareça.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por estar sempre comigo, me guiando e iluminando meus caminhos! Nós conseguimos.

Agradeço a minha maior incentivadora, meu porto seguro, minha mãe Magda. Teus empurrões me fazem caminhar, tuas mãos estão sempre com as minhas, teus braços são o meu aconchego. Te amo mais que TUDO!

Agradeço ao meu sorriso doce, minha calma, meu pai Hélio. Não há nada no mundo que pague o valor de uma coxinha com coca-cola em um final de tarde! Te amo imensamente!

Agradeço ao meu maior amor, minha metade, meu irmão Tauan. Tu é o MELHOR amigo que eu poderia ter, e o mais lindo. Por ti faço qualquer coisa, és o meu coração! Te amo sem limites!

Agradeço ao meu lindo, meu amorzão, José. Por seres o sorriso do meu rosto e a batida do meu coração! Te amo Demais.

Aos companheiros fiéis de uma vida, Donzela, Teco, Doce e Maia. Suas presenças afastam a solidão e qualquer animal que invada o pátio.

A todos os meus familiares, em especial minha Vó Dinda, que me apoiaram e torceram por mim. Meu amor e carinho é de vocês!

A minha melhor, parceira de uma vida toda, Débora. Não consigo olhar para trás e não te ver, irmãzinha. Não há palavras que descrevam o tamanho do meu amor e do que seria capaz por você. Sei que tu estará sempre comigo e eu contigo. Te amo muito minha nega!

A minha metade Giane. Porque entre todas no mundo, eu ainda assim te escolheria! Minha irmã, minha amiga, minha cúmplice.. Te amo muito!

As minhas irmãs Jordana e Bruna. Meu passado é a lembrança de um sorriso marcante, de uma risada descontrolada e de um abraço apertado. Levo vocês para sempre, amo muito!

A melhor abiga do mundo, Michelle. Meu mundo ficou mais cor de rosa com você! Obrigada pela mão estendida, pelos inúmeros conselhos e por estar sempre comigo. Te amo aonde quer que vás!

As minhas amigas Mariana, Cristina, Rafaela, Tamires, Vânia, Mari, Denise, Adriana, Morgana e Ruana. O mundo acadêmico não seria tão colorido sem a presença de vocês. Obrigada pela forte amizade, amo vocês.

As meninas mais amadas do apto 304, Dessa, Bele, Dw e Jú. Vocês são a minha segunda família, obrigada pelo carinho e os ouvidos de sempre!

A minha amiga Irinete e os meninos mais lindos desse mundo, Vinícius e Guilherme. Obrigado por estar sempre comigo, Sombrio e Manaus nunca foram tão próximos. Meninos, a Grécia não seria tão interessante sem o entusiasmo de vocês. Amoooo!

A minha companheira de banhos de lama e subidas de morro, Gabriela. O que para muitos é sacrifício, para nós é diversão. Te carrego no coração sempre, amo você!

A todas as Assistentes Sociais do Hospital Universitário/UFSC, em especial a minha eterna supervisora Michelly, residentes, bolsistas e demais estagiárias. Muito obrigada por todo o aprendizado recebido, sei que aprendi com as melhores.

A toda equipe da DVSS da Eletrosul, em especial minha super Katty, Priscila, Crislaine, Consuelo e Cristiane. Ao Thiago e a Nicole pelas risadas e parceria durante todo o estágio. Obrigada pelos inúmeros ensinamentos, sei que serei uma profissional muito melhor a partir da convivência com vocês.

E por fim, mas não menos importante, meu obrigada a minha orientadora maravilhosa, Keli. Teu jeito descontraído e a tua dedicação com os alunos, fazem o TCC ser uma viagem divertida.

“Quero o delírio que faça as utopias virem sentar-se na minha varanda e escrever no meu computador quando a razão estiver cansada, quando a técnica estiver frívola, ou quando eu estiver descrente”.

(Lya Luft)

RESUMO

SANT'HELENA, Moara Monteiro. **Cirurgia bariátrica: uma análise social sobre a fase pós-operatória a partir do serviço social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo analisar o acompanhamento dos pacientes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, que encontravam-se na fase pós-operatória da cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde, compreendendo a dinâmica do acompanhamento social; identificando a articulação entre os níveis de complexidade do SUS durante esta fase; e analisando alguns aspectos sociais da vida cotidiana que se modificam durante a fase pós-operatória. A revisão bibliográfica realizada nas produções na área de conhecimento da saúde apontou que a obesidade é uma doença crônica, crescente, grave e oriunda de diversas origens. É um problema de saúde que trás consequências físicas, psicológicas, sociais e econômicas, além da redução na expectativa de vida do indivíduo devido à alta mortalidade. A cirurgia bariátrica aparece como alternativa diante dos casos que não respondem aos tratamentos convencionais, por apresentar eficácia e levar a uma perda significativa de peso. A metodologia aplicada foi de caráter qualitativo através de entrevistas semiestruturadas no momento em que os usuários aguardavam para a realização do acompanhamento pós-operatório, e com os profissionais que atuam durante esta fase. Os resultados obtidos demonstraram a predominância de usuários de outras cidades atendidos pelo HU/UFSC nesta fase; a responsabilização da família com o cuidado pós-cirúrgico; a existência da articulação entre as redes para o acompanhamento do usuário; a mudança no orçamento financeiro após o procedimento; o aumento da auto-estima; e a procura pela cirurgia em virtude da preocupação com a saúde.

Palavras-Chave: Cirurgia Bariátrica; SUS; Acesso à Saúde; Serviço Social; HU/UFSC.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEPSH/UFSC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

HU/UFSC - Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corpórea

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSN - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. SEÇÃO 1 – UM OLHAR SOCIAL PARA A FASE PÓS-OPERATÓRIA DA CIRURGIA BARIÁTRICA	12
2.1 A Obesidade.....	13
2.2 Hospital Universitário: explorando a fase pós-operatória.....	19
3. SEÇÃO 2 – AS REPERCUSSÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA VIVENCIADA POR SEUS PROTAGONISTAS	33
3.1 Metodologia da pesquisa.....	34
3.2 A visão dos diferentes protagonistas sobre a fase pós-operatória da cirurgia bariátrica: análise dos dados.....	37
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	75
APÊNDICE A.....	76
APÊNDICE B.....	79
APÊNDICE C.....	81
ANEXOS	82
ANEXO A.....	83

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como pretensão discutir e analisar o acompanhamento pós-operatório ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), colocando em pauta a visão dos usuários de saúde e dos profissionais atuantes nesta fase.

O objetivo geral do trabalho consiste em analisar o acompanhamento pós-operatório dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Os objetivos específicos são: 1) compreender a dinâmica do acompanhamento social dos pacientes nesta fase; 2) identificar a articulação entre os níveis de complexidade do SUS, e 3) analisar alguns aspectos sociais da vida cotidiana dos usuários que se modificaram durante a fase pós-operatória.

Importante destacar que a pesquisa que compõe este TCC foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH/UFSC) e pela direção do HU/UFSC conforme Parecer Consubstanciado n. 108.569 de 24 de setembro de 2012.

O interesse pelo tema surgiu a partir da experiência de Estágio Curricular Não Obrigatório I e Estágio Curricular Obrigatório I, na Unidade de Internação Cirúrgica I e na Clínica Médica III do HU/UFSC. Durante os dois semestres de estágio, pude compreender sobre a cirurgia bariátrica, estando em contato direto com os pacientes internados pré e pós-cirúrgicos. As demandas trazidas pelos usuários ao Serviço Social, como a dificuldade de conseguir um emprego ou então a impossibilidade de trabalhar e assim não prover o sustento da família; o agravo na saúde e conseqüentemente o aumento nos gastos com medicamentos; o obstáculo na vida amorosa, onde a seleção é através da beleza; a discriminação e o preconceito sofrido muitas vezes na própria família e na sociedade em geral; o isolamento social causado por estar fora dos padrões estéticos vigentes e a demora nas marcações de consulta para acompanhamento, já na fase pós-operatória, instigaram-me a compreender e discutir esta temática que modifica tanto a vida dos sujeitos envolvidos.

Após sair do HU/UFSC, realizei Estágio Curricular Obrigatório II e Estágio Curricular Não Obrigatório II, na Eletrosul Centrais Elétricas S.A. netsa

instituição acompanhávamos os empregados e terceirizados da empresa junto ao setor de saúde, participando de campanhas educativas e de vários programas ofertados pela instituição.

O trabalho foi realizado através de estudo exploratório, realizado junto ao Serviço de Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC e de revisão de literatura sobre os temas pertinentes a obesidade, a cirurgia bariátrica e sua organização na estrutura do SUS, o profissional de Serviço Social frente à cirurgia bariátrica e o suporte emocional e material prestado pelos vínculos familiares.

A importância social desta pesquisa está na contribuição à investigação que pretende dar visibilidade ao olhar social, político e cultural pelo Serviço Social, enfocando a complexidade da temática da obesidade, enquanto resposta à uma crescente demanda e um problema de saúde pública, compreendendo como a obesidade afeta as várias dimensões da vida do sujeito. Para Felipe (2001), a obesidade enquanto estigmatizadora produz discriminação, preconceito e exclusão social. E ouvir os usuários é abrir uma escuta ao que está sendo dito e sentido, para possibilitar a ruptura de uma situação dada, que pode ser transformada no momento em que é discutida, socializada e polemizada.

A partir da construção da análise sobre o acompanhamento da fase pós-operatória pretende-se contribuir no acesso à informação aos sujeitos sociais, além de ampliar a discussão sobre a dimensão de articulação com os outros serviços, explorando sua ocorrência, efetividade e resolução às demandas, visto que a fase pós-operatória é composta de várias especialidades e que estas deveriam atuar conjuntamente de modo a assistir o usuário de forma integral. Deste modo, a análise tem o intuito de ampliar a discussão aos profissionais envolvidos, dos significados sociais demandados pelos usuários na fase pós-operatória, de modo a possibilitar que estes profissionais possam compreender as inúmeras dimensões que perpassam a vida do paciente.

Estudos revelam a predominância de análise da fase pós-operatória na cirurgia bariátrica em outras áreas, com destaque para a enfermagem, medicina e odontologia, porém o Serviço Social vem ampliando sua atuação nesta temática, estando atualmente presente na fase pré-operatória do HU/UFSC. E a fase pós-operatória por ser uma fase em que possui mudanças

nas várias dimensões da vida do usuário é um campo a ser analisado e apropriado pelo Serviço Social.

As demandas que surgem da temática por apresentarem caráter social exigem um olhar coletivo e político, pois envolvem valores e ética no sentido da relação entre os homens. Hoje é visível o crescimento de uma epidemia da obesidade, considerando-se assim um problema de saúde pública e com isso exige-se uma relação e ação multi/interdisciplinar. No caso do Serviço Social, que tem o cotidiano como espaço privilegiado de intervenção profissional, é nele que se revelam os espaços para satisfazer as demandas e as exigências emergentes da obesidade (BAPTISTA, 1995). O olhar voltado para as contradições do cotidiano possibilitam “romper com antigas amarras, de investir no impulso inaugural do novo” (MARTINELLI, 1995, p.146).

E ao Estado, que atua como gestor das políticas sociais, cabe não só o alerta social sobre a crescente demanda, mas também a efetiva proteção dos seus cidadãos. Dessa maneira, as repercussões começam a acontecer na escola, na família, na vida social, no trabalho. E o papel do Serviço Social passa pelo encaminhamento de propostas quanto à proteção dos indivíduos.

Os preconceitos existentes pelo estereótipo demonstram que é nas relações cotidianas que se encontram as relações de poder e de saber. Assim, são esses espaços que precisam ser trabalhados ao alcance da consciência coletiva.

As discriminações são formas de exercício de poderes para excluir pessoas do acesso a certos benefícios ou vantagens ou do próprio convívio social da maioria através da rotulação ou etiquetagem de estereótipos socialmente fabricados. Esses rótulos perpassam as relações cotidianas de dominação produzindo a identificação social das pessoas (FALEIROS, 1995, p.124).

Pretende-se com este trabalho, contribuir através de uma análise social refletindo uma temática atualmente tão crescente, especificamente o acompanhamento pós-operatório por ser uma etapa tão quão importante no processo de recuperação saúde/doença, além de que são poucas as contribuições teóricas existentes no Serviço Social sobre esta etapa da cirurgia bariátrica.

Assim, como ponto de partida na primeira seção do trabalho inicia-se abordando a temática da obesidade enquanto uma doença crescente, que trás consigo inúmeras causas e consequências. Explora-se ainda, o lócus da pesquisa que é o HU/UFSC e a fase pós-operatória, elemento da pesquisa, abrangendo a dinâmica do acompanhamento e as inúmeras dimensões sociais da vida do usuário que são modificadas após o procedimento cirúrgico, tais como mudança no padrão alimentar, aquisição dos medicamentos, apoio familiar e condição trabalhista.

Na segunda seção são expostas as informações coletadas a partir das entrevistas realizadas com os usuários de saúde e os profissionais, e a análise das diversas categorias apresentadas nas respostas e suas implicações no acompanhamento pós-operatório. E por fim, nas considerações finais, retomam-se aspectos debatidos e problematizados ao longo do trabalho, embasados com os resultados obtidos através da pesquisa e organizam-se as conclusões acerca do tema proposto, trazendo sugestões para a melhoria do serviço ofertado pelo SUS.

**Seção 1 – UM OLHAR SOCIAL PARA A
FASE PÓS-OPERATÓRIA DA CIRURGIA
BARIÁTRICA**

2.1 A Obesidade

É necessário para a caracterização da complexidade da obesidade e seus desdobramentos, recorrer a termos mais técnicos, fazendo uso de bibliografias não tão conhecidas na área de produção do Serviço Social.

Deste modo, para compreender a realidade vivenciada pelos usuários obesos que se submetem ao procedimento cirúrgico da gastroplastia¹, com o intuito da redução do peso, é necessário entender o que envolve a obesidade grave e sobre a cirurgia que é uma das possibilidades de solução da demanda da obesidade.

A doença da obesidade é um problema de saúde que possui origem metabólica, é crônica e decorre de inúmeros fatores que tem reflexos extremamente graves e de prevalência crescente. Esta doença pode resultar em conseqüências físicas, psicológicas, sociais e econômicas, além de reduzir a expectativa de vida do usuário em virtude da doença possuir alta mortalidade (NIEMAM, 1999; COUTINHO, 2007; DINIZ et al., 2008).

Considerada um problema de proporção mundial segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), a obesidade atinge um número elevado de pessoas e acarreta no organismo a ocorrência de várias doenças, além da morte prematura (NAHAS, 1999; ALMEIDA et al., 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A obesidade é um fenômeno que ocorre na humanidade desde muito tempo, porém sua dimensão nunca havia alcançado proporções tão grandes como é a atual (MOURA; PASCHOAL, 2009). As causas para explicar esse aumento tão importante no número de obesos no mundo estão ligadas à inúmeros fatores, como as mudanças no estilo de vida, a questão genética e nos hábitos alimentares. Percebe-se que é cada vez mais freqüente a utilização de alimentos industrializados, que geralmente contém alto teor calórico às custas de gordura saturada e colesterol. E os avanços tecnológicos proporcionaram ainda maior sedentarismo, como se verifica entre as crianças e

¹ 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 (SBCBM 2012).

os adolescentes que permanecem muitas horas sentadas em frente aos aparelhos de televisão, vídeo-games e computadores (ESCRIVÃO et al, 2000).

É uma doença caracterizada pelo excesso de gordura no corpo. Esse acúmulo ocorre quando a oferta de calorias é constantemente maior que o gasto de energia corporal e resulta normalmente em sérios prejuízos à saúde. Estudos demonstram que o crescimento desta doença tem sido ligado a fatores ambientais, sociais e genéticos (OMS, 2012; LIMA; SAMPAIO, 2007; SBCBM, 2007). Segundo um levantamento realizado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2007) obteve-se como resultado que 5% da população brasileira possuem baixo peso, enquanto 32% apresentam peso normal, 51% sobrepeso, 8,5% obesidade leve, 0,6% obesidade moderada e 3% obesidade grave. Esta pesquisa estima que 3.737.000 indivíduos no Brasil sejam obesos mórbidos, sendo que tem maior incidência à faixa etária dos 46 aos 55 anos.

Conforme os dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2011), realizada pelo Ministério da Saúde (MS), a proporção de pessoas acima do peso avançou de 42,7% em 2006, para 48,5% em 2011. Assim como o percentual de obesos cresceu de 11,4% para 15,8%.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), é possível observar a crescente demanda da obesidade no sul do país, entre os anos de 1989 e 2002-2003.

Tabela 1 - Taxa de prevalência (%) de excesso de peso em adultos de 20 a 59 anos de idade, na região sul, segundo faixa etária e sexo, nos anos de 1989 e 2002-2003.

Faixa etária	Sexo	Taxa de Prevalência (%)	
		1989	2002-2003
20 a 29 anos	Masculino	2,5	6,0
	Feminino	6,2	6,7
	Total	4,4	6,6
30 a 39 anos	Masculino	8,1	10,0
	Feminino	12,5	12,9
	Total	10,4	11,7
40 a 49 anos	Masculino	12,9	13,1
	Feminino	23,0	15,8
	Total	18,1	14,5
50 a 59 anos	Masculino	9,1	12,1
	Feminino	26,3	24,1
	Total	18,0	18,4
Total	Masculino	7,6	10,0

	Feminino	15,9	15,0
	Total	11,9	12,6

Fonte: PNSN, 1989; IBGE, 2002-2003.

A obesidade é considerada hoje como problema de saúde pública, sendo reconhecida como progressiva e fatal (GARRIDO, 2008), afeta 600 milhões de pessoas no mundo, sendo 30 milhões somente no Brasil. Entretanto se contabilizar-se a população com sobrepeso, o número aumenta para 1,9 bilhão de pessoas no mundo e 95 milhões de brasileiros (SBCBM, 2007). Esta problemática abrange a população como um todo, não se restringindo a grupos determinados por faixa etária ou grupos socioeconômicos (MOREIRA, 2008).

Estima-se segundo estudos da OMS (2012), que em 2015, 2,3 bilhões de pessoas estarão com excesso de peso e existirão 700 milhões indivíduos obesos no mundo. De acordo com o relatório “Estatísticas Mundiais de Saúde 2012” da OMS (2012), a obesidade é apontada como a causadora de morte de 2,8 milhões de pessoas por ano. O departamento de estatísticas da OMS afirma, baseado em informações de 194 países, que a obesidade cresceu entre 1980 e 2008 em todo mundo.

Quando o sobrepeso ou a obesidade evoluem para a obesidade grave aumenta a incidência das complicações de saúde, física e emocional (FANDIÑO et al., 2004). Normalmente são percebidos os problemas emocionais como consequências da obesidade, apesar de que alguns conflitos e problemas psicológicos de auto-aceitação aparecem após o desenvolvimento da doença, mas há também determinados transtornos que podem ocasionar a obesidade. Os sintomas mais comuns aos indivíduos obesos são a depressão e a ansiedade, apesar de a depressão ser característica mais frequente nos obesos graves (VASQUES et al, 2004). Assim, o obeso apresenta aspectos emocionais e psicológicos que são identificados como causadores ou consequências da sua condição de obeso, juntamente com a condição clínica alterada.

Segundo Cordas (2002), a obesidade do indivíduo está entrelaçada a limitação das atividades de sua vida diária, em virtude do esforço exigido para as atividades e para sua própria locomoção. Enquanto que Barros e Werutsky (2003) apontam a obesidade como condição de desfavorecimento profissional,

estereotipando o obeso como um indivíduo menos capaz. Descrevendo assim, a imensa dificuldade vivenciada pelos indivíduos na realização de suas tarefas.

A obesidade está relacionada diretamente à incidência de novas doenças. São características da composição corporal que são associados à presença de doenças crônico-degenerativas: a quantidade total de gordura presente no corpo, o excesso de gordura no tronco ou na região abdominal e o excesso de gordura visceral (MELLO; LUFT; MEYER, 2004). Estudos apontam que a grande quantidade de tecido adiposo no corpo, principalmente na região abdominal, aumenta o risco da incidência de algumas doenças, entre elas: a doença arterial coronária, a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e as dislipidemias (ROMERO; ZANESCO, 2006).

Nieman (1999) menciona alguns recursos utilizados para controlar ou prevenir esta doença, como medicamentos, dietas, atividades físicas, terapias e até métodos cirúrgicos. Contudo, grande parte da população obesa já tentou as várias alternativas, sem conseguir resultados que revertesse seu quadro de obesidade.

Nos dias atuais, a obesidade representa inúmeras dificuldades. Além dos problemas de saúde enfrentados, o excesso de gordura corporal traz problemas sociais de toda ordem, tais como a dificuldade de comprar roupas, de frequentar lugares públicos, viajar em ônibus ou avião, até preconceito e discriminação quanto à disputa no mercado de trabalho.

Estima-se que 73% dos executivos brasileiros analisam o porte físico do candidato no momento da contratação, exigindo com isso que os candidatos acima do peso se sobressaiam aos demais demonstrando suas qualidades na hora da seleção, evidenciando uma boa auto-estima e seguindo etiqueta básica, além de apresentar-se bem vestido seguindo o estilo da empresa (LINDOTE, 2012). De acordo com cálculos financeiros, foi possível verificar que executivos ocupantes com cargos de alta gerência com 20% de excesso de peso recebem 4 mil dólares a menos por ano comparado a profissionais que são vistos dentro do padrão estético atual, porém com as mulheres obesas a diferença é maior ainda, os salários podem chegar a 24% de diferença para ocupantes de cargos equivalentes (VEJA, 2012).

Segundo um estudo realizado com mulheres de baixa renda moradoras de uma favela da cidade do Rio de Janeiro, foi possível constatar que a ideia

pré-concebida de que a obesidade está presente nas classes mais ricas é contraditória, obteve-se como resultado que a pobreza e a obesidade são diretamente proporcionais (PINTO, 2009).

As desigualdades que existem no padrão alimentar das classes mais vulneráveis direcionam estes indivíduos a procurar diferentes formas de sobrevivência que podem ocasionar o processo da obesidade. O consumo alimentar das classes populares caracteriza-se por alimentos mais baratos e que possuem uma carga calórica considerável, já que a intenção no consumo das mesmas é combater a fome preservando sua sobrevivência (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

Entendendo a obesidade enquanto uma enfermidade não apenas física, mas social, oriunda das relações vivenciadas pelos sujeitos em seu cotidiano, constata-se que o fenômeno da obesidade na pobreza nada tem de contraditório. Na realidade, a obesidade está articulada à dinâmica social e adquire contornos próprios em cada segmento, desta forma a obesidade e a pobreza se entrelaçam em uma dinâmica própria. A obesidade pode aparecer também como sendo mais uma face da desigualdade social que existe no país, de modo que as abordagens que relacionam a doença da obesidade com as classes ricas, às situações onde a riqueza é presente, perdem seu alcance explicativo no caso da população pobre do Brasil (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

Este perfil evidencia o deslocamento da obesidade para o contexto de exclusão social do país revelando um panorama alimentar desigual, reconhecendo que tais grupos não dispõem dos principais recursos para a prevenção e o controle da obesidade. Ferreira e Magalhães (2011) analisam alguns aspectos sociais que estão intimamente ligados com o processo da obesidade presentes nas classes mais baixas, o nível de escolaridade aparece como fator que caracteriza a obesidade no grupo feminino de baixa renda, as autoras sinalizam que a preocupação que os sujeitos depositam sobre o corpo cresce conforme a hierarquia social. A pauperização das condições de vida das mulheres brasileiras e as desigualdades de acesso a um padrão alimentar digno também são mencionados.

Aponta-se que os aspectos de natureza cultural e simbólica também são elementos que interagem no padrão alimentar, em virtude de a alimentação se

encontrar vinculada a um conjunto de valores, crenças e hábitos construídos historicamente. O aspecto financeiro associado à falta de locais públicos para a prática de exercícios com segurança são fatores que impossibilitam aos grupos mais desfavorecidos a prática regular dos mesmos. Também podem estar relacionados à prevalência de obesidade entre mulheres pobres os fatores emocionais, o alimento aparece neste contexto como elemento de conforto, mais do que saciar a fome, ameniza os dilemas da vida em meio à pobreza, a responsabilidade do sustento financeiro da casa, os cuidados com os filhos e a fragilidade das redes de apoio social (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011).

O artigo das autoras também aponta o aspecto biológico, trazendo a tona a discussão apontada por diversos trabalhos onde se pressupõe que indivíduos pobres que sofreram má nutrição durante o desenvolvimento fetal ou mesmo na infância acabam desenvolvendo mecanismos de adaptação metabólica, com isso geraria formas de adaptação para sua própria sobrevivência. Essa estratégia biológica preservaria a energia através de um baixo metabolismo, que favoreceria o armazenamento da gordura e conseqüentemente o desenvolvimento da obesidade numa idade mais avançada (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011).

A visão do Serviço Social sobre a obesidade relaciona-se ao conceito de sua totalidade, não compreendendo somente a mudança biológica, mas também as dimensões da vida do sujeito que são afetadas, como a familiar, a econômica, a social e a psicológica. A obesidade é analisada para além da relação de saúde-doença, enquanto expressão e resultado das configurações da sociedade atual, debatendo este crescente fenômeno como uma refração da questão social, visando o usuário como um sujeito de direitos e que em virtude da condição de saúde tem estes afastados, excluindo-os do modelo estético atual, da disputa profissional competitiva e das relações sociais como um todo (FELIPPE, 2004). Segundo Felipe (2001), o Serviço Social contribui através de uma leitura da realidade, levando em conta sua historicidade e a totalidade que envolve o fenômeno da obesidade.

Felippe (2004, p.246) inclui a obesidade em sua perspectiva conceituando esses sujeitos como participantes de um “conjunto social que se encontra, se sente e se representa como discriminado e oprimido na sociedade, nas relações sociais estruturantes de classe, de gênero, orientação

sexual, raça, cultura”, devido ao fato do alto índice numérico de indivíduos acima do peso, sendo configurada esta situação hoje como problema de saúde pública. A obesidade ultrapassa a dimensão do peso corporal físico e individual, vai além disto, trás consigo significados e representações, sejam do âmbito político ou econômico, assim sendo o peso da obesidade é social. E para que se possa compreender a dimensão social da obesidade é necessário o entendimento dos diversos fatores a ela relacionados (FELIPPE, 2001).

2.2 Hospital Universitário: explorando a fase pós-operatória

A cirurgia bariátrica emerge como prática para reverter o quadro da obesidade, e como técnica vem sendo realizada desde 1954 nos Estados Unidos, pelos Drs. Kremer e Linner. O tratamento cirúrgico da obesidade não é um procedimento novo, sendo descrito há mais de 50 anos. No entanto, surgem novas técnicas mais aperfeiçoadas, visando melhores resultados com menores complicações cirúrgicas (TAVARES et al.,2011).

O procedimento cirúrgico da gastroplastia tem como finalidade a redução do peso, tendo como técnicas mais utilizadas: o restritivo, o disabsortivo e o misto. No processo disabsortivo visa-se reduzir a absorção dos nutrientes dos alimentos ingeridos. Já, no processo restritivo, se tem como objetivo reduzir a capacidade do volume estomacal do paciente. Enquanto que o procedimento misto contempla as duas técnicas anteriores (HOMEM, 2005).

A cirurgia bariátrica é um procedimento hospitalar de alta complexidade, indicada para pacientes com obesidade grave, seguindo o protocolo do MS, que apresentarem histórico de doença por mais de dois anos, resistência aos tratamentos conservadores, como também o índice de massa corpórea (IMC) superior a 40kg/m² em pessoa com mais de 16 anos, sendo associado a comorbidades sérias e descontroladas relacionadas à obesidade, tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença arterial coronariana, apnéia do sono, osteoartrite ou câncer (SEGAL; FANDINO, 2002; DINIZ et al., 2008).

Como procedimento de alta complexidade compreende-se aqueles que demandam tecnologias mais sofisticadas e profissionais especializadas. Para diferenciá-lo dos demais procedimentos, é composto por três atributos: (i) -

possui uma alta densidade tecnológica, uma equipe multiprofissional além de habilidades especiais que são pouco encontradas; (ii) – uma frequência inferior de ocorrência comparada às demais; (iii) – alto custo unitário e/ou para o tratamento (VIANNA et al., 2005).

Este procedimento é financiado pelo MS e tem seu acesso garantido através da ação conjunta com as Secretarias de Saúde dos estados. Assim, o Secretário Estadual de Saúde torna-se o responsável pela gestão da política de alta complexidade em nível de estado, mantendo vinculação com a política nacional (VIANNA et al., 2005).

O SUS financia quatro técnicas cirúrgicas para este procedimento, sendo estas: a banda gástrica ajustável, que consiste na colocação de uma prótese de silicone inflável, depositada na parte superior do estômago formando um anel que restringe o acesso dos alimentos, podendo ser ajustado externamente. A prótese é ligada a um pequeno reservatório formado por metal e plástico que fica sob a pele, sendo ligado através de uma fina agulha que injeta-se líquido, assim regula-se a passagem do alimento. O procedimento cirúrgico é feito por via laparoscópica e com anestesia geral (GARRIDO, 2006). Já a gastroplastia vertical sem banda é um procedimento, cujo estômago superior próximo ao esôfago, é grampeado verticalmente criando um compartimento gástrico de tamanho reduzido, restringindo a quantidade de alimento a ser ingerido e dando a sensação de estar satisfeito com pequenas porções de alimento. É realizado através de laparotomia e tem duração de uma à duas horas (CARLINI, 2001).

Outra técnica é o desvio gástrico com Y de Roux que refaz um novo estômago, esse menor com cerca de 30 ml, e costura uma alça intestinal ao novo reservatório com o intuito de permitir a saída e a absorção dos alimentos. Assim, o restante do estômago e o intestino desviado não são retirados do organismo, ficando apenas excluídos do contato com os alimentos. Desta maneira, a quantidade de alimentos ingeridos, assim como a absorvida, é menor. O procedimento tem duração de duas horas e é realizado através de videolaparoscopia ou laparotomia (GARRIDO, 2006). E a gastrectomia com ou sem desvio duodenal, consiste na retirada de parte ou de todo o estômago, refazendo o trânsito gastrointestinal através da junção com o duodeno ou com o jejuno (PAPINI-BERTO; BURINI, 2001).

A técnica cirúrgica utilizada no indivíduo varia conforme determinadas características, tais como domínio da técnica utilizada, faixa etária do paciente, entre outros (BRASIL, 2007). O procedimento é renomado em virtude de apresentar eficácia por levar a uma perda significativa de peso, reduzindo em média de 60% à 75% do excesso de peso, diminuindo os riscos advindos da obesidade, alterando a qualidade de vida das pessoas (SBCBM, 2007).

Durante os anos de 2003 a 2010, a quantidade de operações de redução de estômago pelo SUS aumentou significativamente, passando de 1.778 para 4.437. Para que a cirurgia bariátrica seja realizada, é necessário que o estado seja habilitado conforme as normas do SUS, atualmente 18 estados brasileiros possuem tal habilitação, são estes: Pará, Tocantins, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, além do Distrito Federal (HALPERN, 2012).

Em virtude de a cirurgia bariátrica ser utilizada nos casos em que não há a resposta aos tratamentos convencionais, muitos obesos acreditam que o procedimento é sua salvação, confiando no cirurgião e na cirurgia todas as expectativas para uma vida melhor. No entanto, esta crença excessiva no “milagre cirúrgico” pode colocar em risco o êxito do tratamento, já que a cirurgia bariátrica requer que o paciente siga os requisitos pós-cirúrgicos para garantir a eficácia do tratamento (RABNER; GREENSTEIN, 1991). Deste modo, as novas circunstâncias acompanhadas do aumento da demanda levaram a necessidade de incrementar a oferta de tratamento cirúrgico na área de gastroplastia.

Devido as mudanças nos padrões alimentares da população na atualidade e ciente de que a obesidade é um fenômeno de proporção elevada, o Ministério da Saúde amplia a oferta de serviços na área de gastroplastia através da Portaria GM/MS nº 628, de 26 de abril de 2001, que possibilita o acesso dos portadores de obesidade grave à realização do procedimento cirúrgico para tratamento (BRASIL, 2001).

Essa Portaria estabelece o protocolo de indicação ao procedimento cirúrgico da gastroplastia no âmbito do SUS e aprova as normas que definem os Centros de Referência na Cirurgia Bariátrica, que contam com os ambulatórios para avaliação pré-cirúrgica e acompanhamento pós-cirúrgico.

As portarias foram reformuladas em 2007, apresentando-se hoje em três fundamentais: Portaria MS/SAS nº 492, de 31 de agosto de 2007, que define as diretrizes que visa prestar atenção ao paciente com obesidade grave e institui os critérios, normas e o regulamento para os Hospitais Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave. Esta norma estabelece que o fluxo ao paciente com indicação a cirurgia bariátrica é hierarquizado conforme o SUS, tendo como primeira etapa a avaliação inicial realizada pelo médico da Equipe de Saúde da Família, pelo médico especialista ou através do ambulatório do hospital credenciado. A Portaria MS/GM nº 1570 de 28 de junho de 2007, institui que a assistência ao portador de obesidade grave é de responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde, estando esta isolada ou em conjunto com as demais. E por fim, a Portaria nº MS/GM 1569 de 28 de junho de 2007, que determina as diretrizes com foco à atenção a saúde, prestando assistência ao portador de obesidade e agindo na prevenção da obesidade (BRASIL, 2007).

Segundo os protocolos de conduta, que servem para operacionalizar as diretrizes da última portaria mencionada, para cada nível de complexidade há diferentes ações, deste modo para a alta complexidade teremos:

III – Alta Complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade das cirurgias bariátricas, visando alcançar impacto positivo na sobrevivência, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na realização do tratamento cirúrgico da obesidade, cuja assistência nessa modalidade se dará por meio dos hospitais credenciados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave (BRASIL, 2007, p.1).

De acordo com a Portaria estipulada pelo MS divide-se o preparo pré-operatório em três momentos, no momento inicial ocorre a avaliação com o cirurgião, onde são coletadas informações do usuário referente a prática de atividades físicas, hábitos alimentares, dependências químicas e a presença de outras doenças. É realizado também um exame físico, além de uma explanação sobre os procedimentos da cirurgia bariátrica e as possíveis complicações tanto no ato cirúrgico como na fase posterior a ela, sendo que a presença e a participação da família e amigos é de grande importância durante

o processo. Neste período, o usuário ainda é avaliado por clínico ou endocrinologista e passa por um preparo psicológico (BRASIL, 2007).

No segundo momento, em que já há aprovação para o tratamento cirúrgico, o usuário realiza diversos exames por ser uma cirurgia de grande porte, citando: avaliação cardiológica, respiratória, endoscópica, ultrassonográfica de abdômen, odontológica, laboratorial e avaliação de risco cirúrgico, além de passar por uma reeducação alimentar e fazer o teste de gravidez caso seja mulher fértil. Já no último momento, após a realização das avaliações, o paciente é liberado para o procedimento cirúrgico. Seguindo o procedimento, o usuário assina o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e compromete-se a seguir adequadamente o acompanhamento pós-operatório (BRASIL, 2007).

É proposto que o acesso aos serviços como mencionado anteriormente siga a sucessão hierárquica do SUS, deste modo a trajetória ocorre via atenção básica, seguida, se houver necessidade, de um parecer de outro profissional, seja este de média ou alta complexidade. Ou ainda assim, da atenção básica para o atendimento da alta complexidade ocorrendo no centro de referência (ALVES, 2010).

Conforme a pesquisa de Alves (2010) é possível perceber que o caminho até a consulta especializada pode iniciar-se em consulta dos usuários com os próprios médicos especialistas, ou através de outras estratégias para que ocorra o real acesso ao serviço, como recorrer ao plano de saúde, o atendimento particular do mesmo médico da equipe do SUS, além do contato com pessoas que ocupam cargos políticos ou que pretendem alcançá-lo. Deste modo, percebem-se as distintas e complexas questões que permeiam a relação entre os usuários e os serviços públicos de saúde frente aos atendimentos de necessidades para acessar o serviço.

Atualmente em Santa Catarina há quatro unidades credenciadas para realizar a cirurgia bariátrica, são: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, localizado em Florianópolis que atende as regiões da Grande Florianópolis e do Sul; Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, em Joinville que atende os pacientes das regiões do Vale do Itajaí, Norte e Nordeste; Hospital e Maternidade Tereza Ramos, em Lages, que presta atendimento aos pacientes das regiões do Planalto Serrano, Meio Oeste e Extremo Oeste; e o Hospital

Regional Homero de Miranda Gomes, localizado no Município de São José, que atende os pacientes restantes das Regiões da Grande Florianópolis e do Sul (REMOR, 2012).

A pesquisa seguinte foi desenvolvida na única instituição situada em Florianópolis. O HU/UFSC é uma instituição de natureza pública federal, considerado o maior hospital-escola de Santa Catarina, que atua nos três níveis de atenção à saúde: primário (promoção e prevenção), secundário (atendimento especializado) e terciário (alta complexidade) que baseado nos preceitos constitucionais norteia-se pelos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade (MACHADO, 2010).

O HU/UFSC atende à população de todas as faixas etárias, para ambos os sexos. É considerado estrutura de saúde de referência para a região metropolitana da Grande Florianópolis, além de ser referência para o restante do Estado de Santa Catarina em relação à urgência e emergência. É também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades (UFSC, 2012).

Na instituição a cirurgia bariátrica vem sendo realizada desde 2004, sendo atualmente realizadas 3 cirurgias por semana, assim 12 mensais. A instituição executa dois tipos de técnicas para o procedimento cirúrgico, a gastroplastia vertical e o desvio gástrico com Y de Roux. A cada semana é utilizado um leito na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), destinada ao paciente da semana que apresente maiores riscos médicos no pós-operatório, e dois leitos na unidade médica que não apresenta UTI (COELHO, 2012)².

A cirurgia não está indicada quando o paciente apresenta dúvidas em relação ao procedimento cirúrgico, em virtude de a cirurgia ser arriscada e poder ter complicações. Além do que, apesar dos inúmeros benefícios oferecidos com o tratamento, ocorrem mudanças no estilo de vida dos pacientes após a cirurgia que são cruciais no sucesso da operação, para que não haja o retorno do peso, sendo assim estes tem de estar preparados para tal transformação. Assim, é necessário que o usuário esteja ciente do contexto

² Informações coletadas em pesquisa exploratória com o residente médico cirurgião Leonardo Augusto Coelho, integrante da equipe de acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica no HU/UFSC, em 10 de maio de 2012.

da cirurgia e disposto a cumprir o protocolo do acompanhamento clínico, agindo de modo a fazer sua parte para que o resultado da cirurgia possa ser positivo. Desta forma, o paciente que deseja passar por este procedimento cirúrgico é avaliado por uma equipe multiprofissional que é essencial no apoio ao tratamento do usuário obeso, no esclarecimento de dúvidas e na avaliação das condições necessárias para que o paciente possa realizar o procedimento cirúrgico (OMS, 2012; SBCBM, 2007).

O HU/UFSC por não possuir uma portaria própria em relação ao procedimento da cirurgia bariátrica, segue suas ações conforme a portaria nacional. Desta forma, considerando a Portaria MS/SAS nº 492³, de 31 de agosto de 2007, o hospital habilitado como Unidade de Assistência ao Portador de Obesidade Grave³, 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 relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias; e a reabilitação, suporte e acompanhamento visando a melhoria das condições físicas e psicológicas do indivíduo, na fase pré-operatória e no seguimento pós-cirúrgico (BRASIL, 2007).

A unidade hospitalar dispõe de acessibilidade aos usuários obesos, como rampas de acesso e portas adequadas; elevadores e vasos sanitários reforçados que suportem alto peso; além de suportes e pegadores de parede instalados junto às banheiras e aos chuveiros (BRASIL, 2007).

Para atuar na cirurgia bariátrica a Portaria exige que o hospital possua uma equipe multidisciplinar, compondo este quadro estão: um responsável técnico que é um médico membro titular da SBCB; um Cardiologista; um Anestesiologista; um Chefe de Enfermagem, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem

³A Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave refere-se ao hospital que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave (BRASIL, 2007).

e Auxiliares de Enfermagem; um Clínico Geral, um Pneumologista, um Endocrinologista; um Angiologista/Cirurgião Vascular; um Cirurgião Plástico; uma Nutricionista; uma Psiquiatra/Psicóloga; uma Assistente Social; e uma Fisioterapeuta (BRASIL, 2007).

O profissional do Serviço Social frente à cirurgia bariátrica é visto conforme a Portaria MS/SAS nº 492, como integrante da equipe complementar que presta auxílio junto aos demais profissionais, formando o apoio multidisciplinar (BRASIL, 2007).

Conforme a Portaria as rotinas de acompanhamento aos pacientes que realizam o procedimento cirúrgico são baseadas nas visitas diárias dos profissionais aos leitos e das avaliações por eles realizadas. De modo que cada paciente possui um prontuário, onde inclui-se todos os tipos de atendimento a ele referentes seja ambulatorial, de internação ou de pronto-atendimento, contendo as informações do quadro clínico e de sua evolução, todas escritas de forma precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo respectivo atendimento. Há protocolos nutricionais, protocolos de acompanhamento fisioterápico, protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico, formulários de avaliações e acompanhamentos. Ocorrem na unidade cirúrgica ainda rotinas de manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos específicos (BRASIL, 2007).

Para que a cirurgia bariátrica tenha sucesso e alcance o resultado almejado, o procedimento cirúrgico não é a etapa final, é necessária a realização do acompanhamento pós-operatório de forma correta. E esse tem que ser realizado de maneira adequada para que não haja o retorno do peso. Durante a fase pós-operatória, várias dimensões da vida do paciente são modificadas e é necessária a análise dessas, para que se possa compreender a parte social presente nessa demanda e a necessidade da participação do Serviço Social para discutir essa complexa temática.

De acordo com o roteiro do MS para acompanhamento pós-cirurgia bariátrica, no 1º mês o paciente tem seu primeiro retorno médico, onde realiza acompanhamento com a nutricionista, médico clínico e cirurgião. No 2º mês, tem consulta com médico clínico, psicólogo e nutricionista, além de realizar hemograma e as dosagens de nutrientes, minerais, proteínas e vitaminas presentes no corpo. Ao 3º mês a entrevista novamente é com nutricionista,

médico cirurgião e clínico, e ocorre a aplicação do questionário BAROS adaptado⁴ (Anexo A). Quando chega-se ao 4º mês, a entrevista é somente com a nutricionista, já no 5º, 6º, 12º e 18º mês, a consulta é com médico cirurgião, clínico, psicólogo e nutricionista, aplica-se o questionário BAROS adaptado e é feito o hemograma e as dosagens. E a partir do 24º mês, as consultas são com nutricionista, psicólogo, médico clínico e cirurgião, passasse-se por uma avaliação psiquiátrica, tem-se aplicado o questionário BAROS adaptado e realiza-se o hemograma e as dosagens (BRASIL, 2007).

No HU/UFSC o acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica ocorre até o 5º ano após o procedimento cirúrgico, através de consultas com quatro especialidades: nutricionista, médico cirurgião, endocrinologista e psicólogo. O Assistente Social não compõe a equipe multidisciplinar que acompanha o usuário nesta fase. No primeiro ano as consultas ocorrem no 1º, 3º, 5º e 12º mês após a cirurgia, e nos anos seguintes as consultas ocorrem anualmente. Tanto a fase pré-operatória como a pós-operatória devem ocorrer na instituição, mas há a possibilidade de ocorrer através de consultas particulares com o médico da equipe do SUS (COELHO, 2012).

Percebendo assim, a lógica que permeia esta fase, tendo o acompanhamento pós-operatório como um espaço de mercado, onde vende-se a consulta em troca de um valor financeiro, como ocorre no sistema particular. O que confronta os princípios do SUS, onde se prevê um atendimento integral, gratuito e universal.

O deslocamento dos pacientes em acompanhamento é um dos fatores a ser analisado, já que estes normalmente dependem da disponibilidade da vaga no automóvel da Secretaria de Saúde do município. Além de que este deslocamento implica na falta ao trabalho; na presença de outra pessoa como acompanhante para auxiliar; e na condição econômica para realizar as refeições.

Após o procedimento cirúrgico a nutrição tem um papel importante, em virtude de haver uma mudança na alimentação até então consumida, que reflete na quantidade e no tipo de alimentos consumidos. Até o 4º mês após a

⁴ O questionário BAROS adaptado foi desenvolvido para avaliar totalmente e tentar uniformizar o relato dos resultados advindos da cirurgia bariátrica. É o principal instrumento para avaliar o tratamento cirúrgico da obesidade (NICARETA, 2010).

cirurgia, o paciente passará por quatro dietas, desde a alimentação líquida até atingir a alimentação sólida (COELHO, 2012). E é esta mudança de alimentação, que pode comprometer em alguns casos a condição econômica do sujeito, que até então fazia uso de alimentos com determinado valor e que após o procedimento terá de se habituar e ter condições de manter o novo consumo alimentar.

Para garantir que a alimentação seja seguida conforme orientação médica e que assim seja garantido parte da recuperação do sujeito, conta-se com a efetiva participação da família. Família esta que sofre transformações para dar suporte e apoio ao sujeito neste momento de recuperação, a mudança dos papéis familiares e o ajustamento aos novos papéis é um importante processo. Segundo Bonini (1998), ocorre nas famílias que passam pelo processo saúde/doença, que devido a condição de fragilidade de um dos cônjuges, o outro passa a enfrentar grandes alterações na rotina, torna-se o responsável pela educação e cuidados dos filhos, pela manutenção e organização da casa, além da assistência para com o parceiro.

Kaloustian (1994) percebe a família como um:

Espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância e divisão de responsabilidades, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência e lugar inicial para o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos (p.11).

O autor retrata ainda a família como sendo um processo de vida e das trajetórias que cada integrante vivencia, propiciando o suporte emocional e material quando necessário para o desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Enquanto que Miotto (1996 *apud* Miotto, 1998) entende a família como:

[...] um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido.

Miotto (1994) ainda trabalha o conceito de família explorando-o como sendo um sistema aberto em constante transformação, capaz de adaptar-se às diferentes exigências dos momentos que enfrenta, sem perder sua integridade.

Já Minuchin (1999) aborda a ideia de que a família se reestrutura quando passa por momentos de transição, algumas são decorrentes do ciclo normal da vida e outras são oriundas de eventos inesperados que podem ocorrer em qualquer ciclo familiar. Deste modo, a família se reorganiza para dar suporte aos membros que encontram-se doentes e fragilizados, através da flexibilidade e adaptabilidade dos integrantes.

Apesar das mudanças e alterações nos arranjos familiares, a família é um forte agente de proteção social para os seus membros. É considerada sujeito coletivo que atua na saúde de seus membros, mas apesar do potencial protetivo necessita de apoio. Assim, a família enquanto condição da esfera de vida íntima, de construção de história de vida e valores dos sujeitos, é dimensão que merece atenção das políticas públicas. No entanto, observa-se que o cuidado do poder público à família não é efetivo, passando a mesma a ser responsável pela proteção social de seus membros e em alguns casos culpabilizada pelo problema em que se encontram (CARVALHO, 2010).

Desde a antiguidade a proteção social era exercida pela igreja e pela comunidade por meio de atos voluntários, porém a família sempre teve a função de proteção e bem-estar dos seus membros, independente de suas condições de exercê-la. A intervenção de outros setores da sociedade ocorria somente quando não houvesse mais recursos familiares e o problema se tornasse de ordem pública (LIMA, 2006).

De acordo com Lima (2006), o governo repassa à família a responsabilidade de proteção com os seus membros, independente dos recursos familiares, ao mesmo tempo em que criou legislações em função da família, que atuam como normas de organização, demonstrando deste modo sua intervenção na esfera familiar. Embora não prestasse o suporte para o bem-estar familiar, responsabilizava a família através destas leis que regem a sociedade.

A responsabilidade familiar reflete-se em legislações como o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) – Lei 8069 de 13 de julho de 1990, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) – Lei 8742 de 07 de dezembro de 1993 e o Estatuto do Idoso – Lei 10741 de 01 de outubro de 2003, entre tantas outras que destina a família como sendo provedora do atendimento aos seus membros. Assim, nota-se que cabe a família o dever de prover a proteção

social e ao Estado a provisão daquele que não é capaz de prover sua manutenção ou de tê-la provida pela sua família. E apesar da responsabilidade ser dividida com o Estado, percebe-se que no âmbito familiar ela é reforçada (LIMA, 2006). Nesse sentido, a proteção social, mesmo sendo caracterizada como direito social e dever do Estado, é colocada para a família como uma função.

Assim, estamos vivenciando:

[...] uma época em que a provisão da proteção social não é assegurada nem pelo Estado, nem pelas redes de solidariedade articuladas no interior das sociedades, a família é retomada como âncora principal para a garantia do bem-estar. Há a redescoberta da importância dos laços de parentesco como fonte de cuidado e proteção do grupo familiar e conseqüentemente o reconhecimento e valorização da família como uma importante instância geradora de cuidados, no desenvolvimento da reprodução social (LIMA, 2006. p.61).

Desta maneira, a família permanece desprovida do suporte público para garantir o bem-estar de seus membros, mas é considerada como referência na proteção social dos indivíduos, sendo responsabilizada e cobrada legalmente por esta função.

A responsabilidade assumida pela família quanto ao cuidar de um membro que esteja fragilizado pela condição de saúde, pode surgir em virtude de alguns motivos: medo da crítica e do que irão falar caso não seja assumido o cuidado; sentimentos de amor e gratidão com o adoentado; normas sociais, em que a família tem a responsabilidade para com seu membro; ou até obrigação, que contempla a responsabilidade familiar e social na assistência com o doente (SILVA, 2012).

Assim quando um membro familiar realiza a cirurgia bariátrica e necessita da família no momento posterior ao procedimento para sua recuperação, a mesma atua estimulando o acompanhamento pós-operatório, auxiliando na mudança alimentar, mantendo os cuidados pós-cirúrgicos com o sujeito, compreendendo as mudanças psicológicas que podem ocorrer ao paciente e até presta apoio financeiro para a obtenção da medicação pós-cirúrgica. Este cuidado e apoio vindo da família é essencial a sua recuperação, o paciente sente-se acolhido e amparado, o que fortalece não somente o lado

físico que está fragilizado mas também o lado emocional que está se recuperando.

Ao realizar a cirurgia bariátrica, todos os pacientes têm de fazer uso da medicação conhecida como polivitamínico para o resto da vida, formada pelos medicamentos: materna e centrum, que são suplementos vitamínicos-minerais; e pelo cistoneurim, que é uma solução injetável à cada três meses e atua como vitamínico (COELHO, 2012). O fornecimento através do SUS destes medicamentos varia conforme o município e ainda assim por um determinado período. Em contato telefônico com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a medicação no município não é fornecida por ser um medicamento não padronizado. O usuário com vulnerabilidade social que tem de fazer uso desta medicação e não tem condições econômicas para adquiri-la, pode conseguir através de processo judicial ou contar com a ajuda de familiares e amigos para conseguir dar continuidade ao acompanhamento pós-operatório, ficando exposto à caridade da sociedade e desprotegido dentro de um sistema de saúde onde o acesso à saúde é garantido como direito de todos e dever do Estado, conforme a Constituição Federal de 1988.

A realização de um procedimento cirúrgico implica também no afastamento do trabalho, após a cirurgia bariátrica o paciente permanece 90 dias em casa no processo de recuperação. O afastamento do trabalho aos sujeitos que possuem vínculo empregatício conforme a legislação trabalhista, compromete a renda familiar e assim o sustento dos seus membros. Então além de estar vulnerável pela condição de saúde fragilizada, encontra-se debilitado enquanto provedor da família. E se este sujeito for o único provedor do lar? A família mais uma vez terá de contar com a ajuda de outras pessoas, ficando novamente a mercê da caridade.

Após o procedimento cirúrgico, metade das pessoas obesas voltam a engordar parcialmente e 5% retornam ao peso anterior a cirurgia. Deste modo, a mudança não está apenas em submeter-se à cirurgia bariátrica, é preciso a mudança de hábitos e a reeducação alimentar para o resto da vida (HALPERN, 2012).

Em cada indivíduo entrelaça-se de modo particular uma série de relações sociais, o caráter social dos sujeitos implica numa relação entre o indivíduo e a comunidade, ou seja, os meios que os rodeiam. Para entender a

comunidade do qual o sujeito social é participante, é necessário compreender a dimensão social que a permeia. De acordo com Yamamoto (2003), a questão social é entendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista. Essas desigualdades presentes na sociedade atual desencadeiam uma série de outras conseqüências que resultam em formas da exclusão. A exclusão é um campo de grande contrariedade e complexidade, que perpassa as dimensões do sofrimento, da ética e da própria desigualdade social (SAWAIA, 1999).

A atuação do profissional de Serviço Social frente à esta problemática, consiste na compreensão e análise de sua totalidade. Não compreendendo somente a alteração biológica, mas as mudanças que ocorrem a partir da atual conjuntura, que afeta a vida social, profissional, familiar, econômica e social dos sujeitos. Analisando essas mudanças como expressões da questão social, tendo a visão do sujeito com um cidadão que possui direitos e que tem os mesmos afastados em virtude da condição de saúde fragilizada.

**Seção 2 – AS REPERCUSSÕES DA
CIRURGIA BARIÁTRICA VIVENCIADA
POR SEUS PROTAGONISTAS**

3.1 Metodologia da pesquisa

De acordo com Rauen (2002, p.47), pesquisa é o “esforço dirigido para aquisição de um determinado conhecimento que propicia a solução de problemas teóricos, práticos e/ou operativos mesmo quando situados no contexto do dia-a-dia do homem”. Segundo Gil (1999, p.42) define-se a pesquisa social “como o processo que, utilizando metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”. Assim, será realizada uma **pesquisa de campo de caráter qualitativo**.

Chizzoti (1991, p. 63) ressalta que:

A abordagem qualitativa tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeito e o objeto e uma postura interpretativa, portanto não neutra, do sujeito-observador que atribui um significado aos fenômenos que interpreta.

Conforme Maanem (1979, p.520), “a abordagem qualitativa tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social”. Identifica-se com Minayo (2001, p.101), quando coloca que “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”. Dessa forma, pretende-se preservar atitudes fundamentais para o sucesso da pesquisa, como a flexibilidade, a capacidade de observação e a interação com os entrevistados.

Para a **obtenção dos dados e informações** da pesquisa elaborou-se dois roteiros de questões abertas e fechadas para a realização de entrevistas semiestruturadas. Um dos roteiros se dirigiu aos usuários que realizavam o acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica (APÊNDICE A) e outro aos profissionais de saúde do HU/UFSC que atuam junto aos pacientes na fase pós-operatória à referida cirurgia (APÊNDICE B).

Segundo Neto (1994), a **entrevista semiestruturada** é um procedimento metodológico, que consiste numa entrevista com maior profundidade, possibilitando um intenso diálogo entre entrevistador e informante. Para Triviños (1992), a entrevista abordada na pesquisa é oriunda

de perguntas básicas, que são fundamentadas em hipóteses e teorias, que interessam à pesquisa. A partir disto, surge-se um campo de novas perguntas que vão emergindo conforme as respostas dos informantes. O tipo de entrevista semiestruturada “[...] ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação [...]” (TRIVINÕS, 1992, p. 146). Assim, surgem informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2012, durante três semanas. A população participante deste trabalho é formada por alguns usuários que realizaram a cirurgia bariátrica pelo SUS e que encontram-se em acompanhamento ambulatorial no ano de 2012 no HU/UFSC e os profissionais responsáveis pela fase pós-operatória que trabalham na instituição. Os usuários entrevistados caracterizaram uma amostragem não-probabilística acidental que segundo Silva e Menezes (2001, p.32) “é composta por acaso, com pessoas que vão aparecendo”. O procedimento adotado foi o de realizar entrevistas até o fechamento por saturação teórica onde “interrompe-se a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada não são mais depreendidos a partir do campo de observação” (FONTANELLA et al., 2011, p.389).

E no caso dos profissionais de saúde a pesquisa seguiu o critério de seleção para amostra intencional que, segundo Marconi e Lakatos (2002), se caracteriza pelo interesse do pesquisador na opinião de determinado grupo da população. Ou seja, o pesquisador se dirige a àqueles sujeitos que, segundo seu entender, pela profissão, função ou cargo ocupado, podem contribuir a atingir os objetivos propostos pelo estudo.

Esta pesquisa foi desenvolvida com embasamento teórico realizado por meio de revisão de literatura sobre os temas da obesidade, da cirurgia bariátrica oferecida pelo SUS, do Serviço Social frente à cirurgia bariátrica, das modificações da vida do usuário após o procedimento, do suporte emocional e material prestado pelos vínculos familiares, bem como através de estudo exploratório, realizado junto ao Serviço de Cirurgia Bariátrica do HU/UFSC, desde o semestre 2012.1. O estudo exploratório consistiu em coleta de

informações com profissionais da instituição sobre a dinâmica da fase pós-operatória da cirurgia bariátrica.

As primeiras informações coletadas com funcionários sobre esta fase foram vagas, eles desconheciam a rotina do acompanhamento. Deste modo, para conhecer a dinâmica da fase pós-operatória foram necessárias várias visitas a unidade, até que realizou-se em maio de 2012, uma pesquisa exploratória com um dos integrantes da equipe de acompanhamento pós-operatório, que informou como ocorre esta fase após a cirurgia, quais são as especialidades presentes, os períodos em que acontecem as consultas, as mudanças no organismo após o procedimento, entre outros detalhes.

Compreendendo melhor como acontece o acompanhamento pós-operatório juntamente com a leitura de bibliografias da área, foi possível realizar a construção do projeto de pesquisa, para que este acompanhado de outros documentos fosse enviado ao CEPESH/UFSC, para que fosse possível realizar as entrevistas pretendidas com pacientes e profissionais. A proposta de pesquisa foi aprovada pelo CEPESH/UFSC na data de 24 de setembro de 2012, sob Parecer Consubstanciado n. 108.569.

Após a autorização da direção do HU/UFSC e aprovação no CEPESH/UFSC, realizou-se novas idas a campo na instituição com o objetivo de buscar informações a respeito dos dias em que ocorrem as consultas com pacientes da fase pós-operatória, com a finalidade de realizar as entrevistas, já que houve mudança nos horários desde a pesquisa exploratória com o Serviço de Cirurgia Bariátrica.

Os dados repassados na recepção do ambulatório inicialmente quanto ao período do acompanhamento foram errôneos, o que implicaram em mais uma visita à instituição sem a presença dos pacientes, contudo foram fornecidos os nomes dos profissionais integrantes da equipe de acompanhamento pós-operatório. Assim dirige-se até a unidade cirúrgica e estabelece-se o primeiro contato com a profissional da nutrição, onde agenda-se um horário para a realização da entrevista. A psicóloga que também atua na equipe não se encontrava na unidade, mas foi fornecido seu contato.

Encontraram-se inúmeras dificuldades no decorrer da coleta de dados, quanto às informações repassadas pelos funcionários que muitas vezes foram desconhecidas, a limitação de tempo para a realização das entrevistas, já que

o acompanhamento ocorre uma única vez na semana somente em um turno e a agenda ocupada dos profissionais que dificulta o tempo disponibilizado para responder a entrevista, assim quando ocorre é de maneira rápida e objetiva.

Foram realizados na primeira semana de entrevistas três pré-testes com o objetivo de verificar a necessidade de inclusão de mais perguntas ao questionário ou a retirada das mesmas, sendo esta realizada com um profissional e dois usuários. É este profissional que fornece os dados corretos sobre o período em que ocorre o acompanhamento, possibilitando o encontro com os usuários e a coleta de suas informações.

A abordagem aos usuários ocorreu no momento em que estavam aguardando as consultas no ambulatório da instituição, onde ocorrem todos os atendimentos e com os profissionais na sala de seu atendimento, ocorrendo inicialmente com a apresentação pessoal, seguida da explanação sobre a temática do TCC e seus objetivos de análise. É solicitada a todos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além do pedido para gravação das entrevistas. Todos os entrevistados se mostram receptivos e prestativos para responder aos questionários.

As dúvidas mais frequentes surgiram por parte dos profissionais, relacionadas aos objetivos da pesquisa, assim explicou-se novamente até que todas as dúvidas fossem sanadas para que as entrevistas pudessem ser realizadas. Durante a segunda semana realiza-se a entrevista com seis pacientes e uma profissional, esta da Psicologia. Na terceira semana, ocorre a entrevista somente com o profissional médico cirurgião, já que o profissional da Endocrinologia estava muito ocupado com suas atividades e não pôde responder a entrevista. É somente na quarta semana, com duas visitas a instituição, uma em que o profissional não pôde atender pelos compromissos marcados, mas que resulta no agendamento de outro dia e horário para a realização da entrevista que finaliza a coleta de informações.

3.2 A visão dos diferentes protagonistas sobre a fase pós-operatória da cirurgia bariátrica: análise dos dados

Neste subitem são expostos e analisados os dados e informações coletados por meio das entrevistas semiestruturadas. Inicialmente são

apresentados os dados coletados junto aos usuários em acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica em seguida apresentam-se os dados coletados com os profissionais de saúde que atuam na fase pós-operatória. Iniciamos apresentando a Tabela 2 que se refere aos dados de identificação dos usuários do serviço.

Tabela 2- Identificação dos usuários entrevistados na pesquisa - 2012

Código de identificação	Sexo	Idade	Município de Residência	Escolaridade	Ocupação	Renda Familiar (salários mínimos)
U1	F	29	Imbituba	Ensino Fundamental	Manicure	2,5
U2	F	31	Florianópolis	Ensino Médio	Desempregada	2
U3	F	47	Laguna	Ensino Fundamental	Pescadora	1,5
U4	F	33	São José	Ensino Médio	Desempregada	3
U5	F	39	Florianópolis	Ensino Fundamental	Copeira	3
U6	F	35	Biguaçu	Ensino Fundamental	Segurança	3
U7	F	24	São Pedro de Alcântara	Ensino Superior	Fisioterapeuta	6
U8	M	64	Canoinhas	Ensino Médio	Aposentado	4

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2012).

Conforme a Tabela 2 é possível identificar a predominância de usuários da saúde de outros municípios, sendo somente dois entrevistados de Florianópolis, cidade sede da unidade hospitalar. Nota-se de maneira expressiva a presença feminina nos entrevistados e a renda familiar que variou entre de 1,5 e 6 salários mínimos.

Com relação ao acesso de benefícios sociais, somente quatro usuários de saúde relatam acessarem benefícios como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o auxílio-doença e a pensão por morte. A composição familiar entre os entrevistados varia de 2 a 4 membros, assim a família de U1 é formada pelo esposo que trabalha com serviços gerais no porto e dois filhos de 12 e 3 anos; a U2 reside com os pais e filho de 5 anos, sendo que a mãe é aposentada e o pai trabalha como pedreiro; a U3 mora somente com o esposo que é pescador; enquanto que a U4 tem o quadro familiar composto pelo marido que é funcionário do Instituto Mapa de Pesquisa e o filho de 6 anos; a

U5 reside com o filho de 20 anos que está servindo a aeronáutica e a prima que atua como técnica de enfermagem; já a U6 possui dois filhos de 15 e 10 anos que moram com a mesma juntamente com o esposo que trabalha como segurança; a U7 reside com os pais, a mãe é funcionária pública e o pai no momento está afastado do trabalho, recebendo auxílio-doença; e a U7 que tem como sua família a esposa que é dona de casa.

Em relação a intervenção cirúrgica, quatro pacientes afirmam que souberam da cirurgia bariátrica através do médico clínico geral da Unidade Básica de Saúde (UBS), enquanto que dois entrevistados referiram que foi através de conhecidos, uma usuária soube pelos meios de comunicação e uma usuária foi informada pelo médico clínico geral do HU/UFSC. A motivação para a realização da cirurgia foi unânime, a preocupação com a saúde, destacando que uma única entrevistada indicou a questão estética.

É possível perceber que a trajetória dos usuários para acessar o serviço da cirurgia bariátrica compreende diversas formas de acesso, do mesmo modo que há várias combinações para a utilização dos serviços, cujo interesse é o atendimento da necessidade (ALVES, 2010). Os pacientes percorrem um determinado caminho até chegar a marcação da cirurgia, e isto varia conforme alguns determinantes, identificados na pesquisa: o fluxo da rede de atenção do município, a realização dos exames necessários na fase pré-operatória e o tempo de permanência na fila de espera.

Quatro dos entrevistados relataram que seu trajeto percorrido foi da UBS diretamente para o HU/UFSC, dois usuários deram início ao tratamento da obesidade desde a fase pré-operatória já na unidade hospitalar, no caso de uma usuária seu caminho iniciou na UBS passando para a policlínica, para a realização de vários exames até chegar ao hospital e outra entrevistada que percorreu o maior trajeto relatado, começou no Hospital de Dermatologia Sanitária Santa Tereza onde foi encaminhada para a UBS, tendo como mediador entre a UBS e o HU/UFSC a prefeitura do seu município. A Tabela 3 traz os dados relativos a cirurgia.

Tabela 3 – Dados implicadores da cirurgia bariátrica - 2012

Código de identificação	Rede que encaminhou	Fila de espera	Peso anterior	Período realizado	Permanência internado	Complicações médicas
U1	Pública	6 meses	112 kg	04/ 2012	7 dias	Não
U2	Pública	2 anos	140 kg	10/ 2011	7 dias	Não
U3	Pública	6 meses	105 kg	02/ 2009	7 dias	Não
U4	Pública/ Particular	4 anos	180 kg	10/ 2012	1 mês e 7 dias	Não
U5	Pública	3 meses	120 kg	07/2012	13 dias	Sim
U6	Pública	2 anos	107 kg	05/ 2008	10 dias	Não
U7	Pública	7 meses	126 kg	09/ 2010	6 dias	Não
U8	Pública	5 anos	150 kg	04/ 2012	7 dias	Não

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2012).

A usuária U4 refere que o período prolongado de internação ocorreu em virtude de que um mês antes de realizar o procedimento cirúrgico, foi necessária a permanência da mesma da unidade para que ocorresse a implementação de uma dieta restrita para a perda de peso e o controle de algumas doenças crônicas, como hipertensão arterial e a diabetes, para que fosse possível a realização da cirurgia. E a complicação médica citada pela U5 refere-se a ocorrência de uma fístula⁵, havendo a necessidade de uma nova cirurgia 5 dias após a primeira.

A família é considerada como a primeira instância na promoção da proteção dos seus membros. A realização de um procedimento cirúrgico é um momento que demanda a efetiva participação da família em todas as etapas, seja no momento de decisão até nos cuidados que demandam a fase pós-operatória, requerendo que a família se organize para participar das estratégias que envolvem o atendimento das necessidades do membro fragilizado (ALVES, 2010).

Os entrevistados foram questionados sobre o acompanhamento familiar e todos afirmam ter algum membro da família durante a internação na unidade: U1 e U8 referem que seus acompanhantes foram os companheiros; a U3 cita a presença da filha; a permanência das irmãs está presente no depoimento das

⁵ Fístulas digestivas são comunicações anormais entre duas superfícies epiteliais, em geral, entre o tubo digestivo e a pele (NASCIMENTO et al., 2011).

usuárias U5 e U6, com destaque para a U5 que teve a presença do acompanhante somente após a realização da cirurgia; enquanto que para as U2, U4 e U7 os acompanhantes foram as mães e as tias. É possível observar a predominância das cuidadoras mulheres, comparada a presença masculina de somente dois companheiros.

A família sempre foi um elemento central no desenvolvimento do bem-estar dos seus integrantes, porém na atualidade vem sendo ainda mais requerida para assumir a função de parceira do sistema de saúde. A partir dos anos 1990, a política de saúde passou a referenciar a família, incorporando diretrizes oficiais que fazem menção à família, abordam o processo do cuidado e com isto, foram incorporadas pelos serviços de saúde, alterando consequentemente a organização e a provisão do cuidado em saúde (BARCELOS, 2011).

A compreensão do cuidado pode ser vista como uma ação que é reproduzida através da cultura e da educação de uma sociedade, considerando o ato como uma necessidade humana. O cuidado é frequentemente transmitido para as mulheres, de geração para geração, é delas o dever de se inteirar dos assuntos relacionados à casa, à família e aos filhos (SILVA, 2012). A atuação da família como cuidadora geralmente é exercida pelos companheiros e filhos, mas normalmente pelas mulheres. No caso dos entrevistados percebeu-se que as famílias não tinham condições financeiras para remunerar outra pessoa que atuaria como cuidadora, assim tendo de assumir esta função. Destacando que a grande maioria dos cuidadores eram mais velhos do que os usuários cuidados.

Segundo Ayres (2004), a relação do cuidado com a área da saúde, assume como centralidade a humanização das práticas de saúde, expandindo a referência da normalidade morfofuncional, que é característico das tecnociências biomédicas à ideia mais ampla de felicidade. A noção de felicidade remete à relação entre a experiência vivida e o valor, e entre os valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde. Entre outras palavras, é o horizonte de vida das pessoas sobre aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde.

Deste modo, compreende-se cuidado como:

Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004, p.22).

A política de saúde elenca a família como elemento primordial para zelar pelo cuidado e as suas diretrizes indicam o cuidado desenvolvido de forma naturalizada pelas famílias, sem levar em conta as implicações que esta ação causa (BARCELOS, 2011). Percebe-se isto pelo que expressa o Guia Prático do Cuidador, que define o cuidador como alguém que:

Cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008, p.8).

Em todos os relatos o acompanhamento de um familiar é visto de forma positiva, sendo importante para a pessoa fragilizada. É destacado o sentimento de segurança transmitido pelos entes familiares e o fato da presença de alguém para conversar. Porém esta permanência demanda de uma organização familiar, onde muitas vezes sobrecarrega a família que tem de mudar a rotina para fazer-se presente junto ao internado. Quatro usuários alegaram que não houve sobrecarga a família, que esta é composta por muitos membros que se fizeram e se fariam presentes se necessário. Para os demais a realidade alterou-se e houve a predominância da presença de alguém, os usuários U1 e U8 pontuam que é um sacrifício a mais ao outro, em virtude da mudança que há na rotina familiar e/ou profissional. Já as usuárias U4 e U5 argumentam a dificuldade pela presença de crianças no âmbito familiar, e isto demandou a presença de outra pessoa para cuidar da criança, enquanto que o familiar cuida do paciente.

Algumas vezes esta ação é transferida a família como mais uma responsabilidade para o seu cotidiano, dentre todas as que realizam. O ato de cuidar permeia diversos sentimentos, em alguns casos é dada a indivíduos que não estão preparados para determinada ação gerando para a família e aos

cuidadores consequências negativas. Sendo vista como uma ação estressante e exaustiva, que demanda tempo, investimentos financeiros e suporte emocional (BRASIL, 2012).

Quando tornam-se cuidadoras, as mulheres aumentam a carga de funções, além das atividades realizadas cotidianamente no âmbito doméstico, como cuidar da casa, dos filhos e do esposo, passam a cuidar de uma outra pessoa que encontra-se fragilizada pelo processo de saúde/doença. Esta nova função trás consigo consequências, como: atritos nas relações familiares, problemas emocionais que acarretam a saúde, consequências sobre a vida profissional e redução de atividades de lazer (SILVA, 2012).

No entanto para outros familiares o ato de cuidar está relacionado ao sentimento de prazer, a satisfação da missão cumprida, a valorização da pessoa cuidada, como retribuição ao cuidado já prestado pela pessoa que está sendo cuidada, sendo visto como uma ação gratificante (BRASIL, 2012).

Cada vez mais o trabalho da família é solicitado, seja para auxiliar no período noturno, para trocar fraldas ou para alimentação, e isto perpetua e aumenta a exigência de cuidados cada vez mais. Deste modo é necessária a presença articulada e inteligente das famílias nos serviços, mesmo em momentos diferenciados é a família quem se organiza, através dos cuidados e da proteção, para atender às necessidades de bem-estar do seu familiar fragilizado (BARCELOS, 2011).

É a família que desempenha o papel de suporte e apoio emocional, predominantemente assumido pelas mulheres, observando juntamente com o usuário internado, situações que mereçam atenção, cuidado e zelo. O que se tem com isto, é a tradição naturalizada do cuidado realizado pela família, acreditando que esta tem de arcar com as necessidades de seus membros (BARCELOS, 2011).

A permanência delas [prima e irmãs] foi importante, tanto que quando me deu esse problema de fístula, foram elas que observaram que tinha algo errado. Elas viram que o dreno estava com uma cor diferente (U5, 2012).

Será analisado a partir da Tabela 4 dados coletados referentes a fase pós-operatória, que são importantes na evolução do tratamento.

Tabela 4 - Informações da fase pós-operatória – 2012

Código de identificação	Realizando acompanhamento ambulatorial	Há quanto tempo	Seguindo a dieta prescrita	Perda de peso	Recebeu apoio familiar	Mesmos profissionais da fase pré
U1	Sim	6 meses	Sim	37 kg	Sim	Não
U2	Sim	1 ano	Não	37 kg	Sim	Sim
U3	Sim	3 anos	Não	30 kg	Sim	Sim
U4	Sim	21 dias	Sim	6 kg	Sim	Sim
U5	Sim	3 meses	Sim	22 kg	Sim	Sim
U6	Não	1 ano	Sim	50 kg	Sim	Não
U7	Sim	2 anos	Sim	52 kg	Sim	Não
U8	Sim	6 meses	Sim	45 kg	Sim	Sim

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2012).

Com exceção da usuária U3, todos os entrevistados referem ter dado continuidade ao tratamento logo após terem saído do hospital na própria instituição. A usuária U6 justifica porque não realiza mais o acompanhamento “fiz o acompanhamento com as especialidades até um ano aqui no HU. Depois eu resolvi parar porque estava bem”. No entanto a U3 salienta que prosseguiu na UBS do bairro, pelo vínculo que já estabelecia anteriormente à cirurgia, além do que afirma que as consultas no hospital são demoradas e precisa-se de um acompanhamento mais de perto. Somente o usuário U8 destaca que houve o encaminhamento por parte dos profissionais para o acompanhamento nos demais níveis de complexidade do SUS, neste caso foi para UBS, enquanto que para o restante dos entrevistados não houve esta ação.

Em relação a procura de outros serviços de saúde para prosseguirem com o tratamento, cinco usuários afirmam a procura, destes quatro usuários acessaram a UBS com argumentos relacionados à realização de exames para o acompanhamento no HU/UFSC, pelo próprio controle em virtude da demora das consultas ambulatoriais e pelo aparecimento da depressão. No caso da usuária U1, a mesma teve de procurar a rede hospitalar de seu município em decorrência de uma dor intensa no estômago, sendo medicada e orientada a procurar o seu médico cirurgião. Na Tabela 5 será observado o acompanhamento pós-operatório realizado pelos usuários com as especialidades presentes na fase.

Tabela 5 - Acompanhamento ambulatorial – 2012

Código de identificação	Endocrinologista	Cirurgião	Psicóloga	Nutricionista
U1	X	X		X
U2		X		X
U3		X	X	X
U4		X		X
U5	X	X	X	X
U6				
U7		X	Particular	X
U8	X	X		X

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2012).

Os usuários U1, U2 e U4 referem que ainda não iniciaram o acompanhamento com as especialidades faltantes na Tabela 5 e a usuária U3 apesar de realizar o acompanhamento ambulatorial no HU/UFSC destaca o acompanhamento na UBS. Já a usuária U6 não está realizando mais o acompanhamento, encontrando-se somente na unidade hospitalar para tirar uma dúvida com o médico cirurgião. E os usuários U7 e U8 alegam que as especialidades faltantes são em virtude da dificuldade de vir do município de residência, sendo que estas especialidades atendem em horário diferenciado das demais.

O fator social influência no adoecer dos usuários, resultante do fato de que os grupos sociais apresentam demandas diferenciadas aos serviços de saúde, quanto ao volume e ao tipo de problema. Desta maneira, estas diferenças precisam ser levadas em conta na programação da oferta de serviços quando se tenta construir um sistema de saúde mais igualitário (TRAVASSOS, 1997).

Travassos (1997) acredita que a questão da igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde deva ser analisada com foco em duas dimensões, a geográfica e a social. A dimensão social refere-se a compreender as desigualdades presentes na utilização dos serviços de saúde, refletindo o aspecto seletivo da estrutura do sistema de saúde, assim conforme for a organização dos serviços, esta resulta diretamente no perfil das desigualdades entre os grupos sociais. E quanto a dimensão geográfica, diz respeito à comparação na utilização de serviços de saúde entre áreas geográficas, podendo ser analisada através da utilização dos serviços entre regiões,

estados e municípios (TRAVASSOS, 1997). Podemos com isto refletir sobre o relato dos dois últimos entrevistados que residem em outros municípios e não podem comparecer a consulta com todas as especialidades, em virtude de que estas ocorrem em dias diferentes e é difícil a locomoção até a instituição mais de uma vez na semana, percebendo com isto como a organização do serviço de saúde, por vezes, dificulta o acesso dos usuários.

Entende-se que o acesso é uma dimensão dos sistemas de saúde associada à oferta e que o uso dos serviços pode ser uma medida de acesso, porém não se limita somente a isto. Apesar de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de múltiplos fatores. Podendo citar: fatores individuais, que englobam as necessidades de saúde, os meios disponíveis para obterem-se os cuidados de saúde e fatores que existiam antes do surgimento do problema, mas que afetam os usuários na utilização dos serviços; e os fatores contextuais, que são aqueles relacionados às políticas de saúde e à oferta de serviços. Ambos os fatores influenciam o uso e a efetividade do cuidado, sendo que a continuidade também depende de situações distintas daquelas que determinaram sua entrada no sistema, o que indica a importância de que cada situação seja analisada em suas particularidades (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O fundamento ético do princípio de igualdade é que as distribuições de serviços de saúde efetivos devem estar disponíveis segundo as necessidades de cada usuário (TRAVASSOS, 1997).

Como já citado na seção anterior, os usuários de saúde após a cirurgia necessitam de reposição vitamínica para o restante da vida, tendo de fazer uso de duas vitaminas. Todos os entrevistados utilizam as medicações, o que os diferencia é o modo que se organizam para a aquisição. Seis usuários relatam a compra em drogarias, diferentemente da U3 que agora compra a medicação, mas que anteriormente recebia do SUS: “eu peguei até agora, agora que cortaram, foi um ano e meio pegando. E agora o que eu posso falar né [...] tem que comprar, o meu marido compra. Eu peço e ele compra” (U3, 2012). As demais usuárias também compram, porém para isto recebem a ajuda financeira de familiares. Mas e se estes usuários de saúde não tivessem esse suporte familiar? Mesmo estes medicamentos sendo necessários para o

restabelecimento de saúde? Até aonde é preciso ir para que seja garantido o direito à saúde?

Os direitos sociais foram consolidados a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, definindo em seu artigo XXV, que todo homem deve ter um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar social. Na sequência a Constituição Federal de 1988, reflete as lutas e o cenário de redemocratização da época, efetivando a regulamentação da saúde como direito fundamental. O art. 6º da Constituição Federal de 1988 se estabelece que a saúde é um direito social, enquanto que no art. 196º estabelece-se o acesso universal e igualitário à saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que objetivem a redução ao risco de doenças e agravos (BRASIL, 1988).

Os princípios do SUS refletem às entidades públicas não só a responsabilidade de execução de políticas de saúde, mas também a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda efetivamente de forma universal e integral, qualquer demanda da população relativa à assistência à saúde. A universalidade do atendimento refere-se à ideia de que todos têm direito à saúde, sendo esse um direito do cidadão e dever do Estado. Já a equidade garante que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido segundo suas necessidades. E a integralidade da assistência que prevê o atendimento das necessidades de saúde do indivíduo, em todos os níveis de complexidade do sistema (GONTIJO, 2010).

Contudo, em virtude das políticas públicas nem sempre atenderem às necessidades básicas da população, passa-se a exigir do Estado procedimentos e medicamentos que não fazem parte do Sistema, incumbindo ao Poder Público a obrigação de fornecer gratuitamente o acesso universal e integral à saúde. Percebe-se com isto que o SUS se retira da fase pós-operatória, deixando a responsabilidade da garantia de saúde ao próprio usuário. Exemplo disso é a medicação necessária na fase pós-operatória que não é fornecida pelo Sistema. Observou-se na pesquisa que nenhum usuário solicitou o medicamento via judicial.

De acordo com Ventura et al., (2010), a lei constitucional permite que qualquer cidadão que se lesado, em razão da não-inclusão de um medicamento mais adequado para seu tratamento, pode entrar com uma ação

judicial, individual ou coletiva, requerendo o exame judicial do conflito. Tendo o Estado que responder tal demanda, por atender como principal responsável pelos deveres legais de proteção da saúde e de prover os meios para o cuidado de todos os cidadãos.

A demanda judicial relacionada a procedimentos e medicamentos de saúde contra a rede pública teve um alto crescimento nos últimos anos. Houve avanços nas políticas e nas ações públicas de assistência farmacêutica, porém ainda há dificuldades de acesso da população aos medicamentos necessários para à assistência integral à saúde (VENTURA et al., 2010).

Segundo Vieira e Zucchi (2007), estimou-se no Brasil que em 2000, 70 milhões de pessoas não tinham acesso a medicamentos, o que correspondia a aproximadamente 41% da população brasileira. Além disso, a despesa com medicamentos representa o maior peso no gasto total das famílias com saúde, que influencia diretamente no orçamento. Compreende-se com isto, que a alta intensidade de demandas judiciais no âmbito da saúde reflete a busca pela efetividade de um aspecto desse direito, que é o acesso aos medicamentos.

É visto que, por um lado, a crescente demanda judicial acerca do acesso a medicamentos e produtos para a saúde, representando um avanço em relação ao exercício da cidadania por parte dos usuários, e por outro, significa um ponto de tensão entre os elaboradores e executores da política de saúde, em virtude de que esta assistência pode gerar grave desequilíbrio orçamentário, comprometendo o funcionamento do próprio Estado e não apenas da estrutura do SUS, uma vez que o cumprimento das decisões judiciais resulta em prestações materiais, mas que nem sempre são submetidas à verba orçamentária dos fundos públicos (MARQUES, 2008; GONTIJO, 2010).

Conforme Vieira (2008), para os tribunais a integralidade está mais associada à noção de consumo. Assim com esta concepção, o direito à saúde se resume à oferta de medicamentos, reduzindo-se a ações curativas, que desconsideram o caráter fundamental que é de promoção e prevenção de doenças e agravos. Com isto, gera-se uma confusão entre a existência do mercado farmacêutico que tem em sua oferta mais de 16 mil especialidades e a existência do SUS, com o seu conceito de integralidade que compreende o

fornecimento do tratamento à população em todos os níveis de complexidade de atenção à saúde.

É preciso que o Poder Judiciário avance em relação à dimensão política que compõe o direito à saúde, é essencial também que os gestores públicos avancem em relação à elaboração e implementação das políticas de saúde, bem como em relação à organização administrativa da prestação dos serviços de saúde, que muitas vezes deixam os usuários sem a correta assistência farmacêutica. Também é importante um espaço adequado e direto para a participação popular, que seja capaz de ouvir e processar as diferentes demandas da sociedade. Enquanto isto não é efetivado não há outra alternativa ao cidadão, senão entrar com um processo judicial para ver garantido o seu direito (MARQUES, 2008).

Questionados sobre alguma mudança no orçamento financeiro após a cirurgia, três usuários acreditam que houve a diminuição dos gastos em virtude da menor quantidade de consumo de alimentos e bebidas. Para a usuária U5 o orçamento permaneceu o mesmo sem oscilações financeiras e para os outros quatro usuários a mudança no orçamento foi significativa, destacam o acréscimo pela compra das medicações e pela aquisição de determinados alimentos.

Os usuários relatam inúmeras mudanças na vida cotidiana após a fase pós-operatória, destacando hoje a facilidade de realizar a higiene pessoal que antes era uma imensa dificuldade, a possibilidade de subir cadeiras, o ato de dar banho no filho pequeno, a disposição para caminhar, a melhora na respiração, o aprendizado de comer novamente de forma saudável, a melhora na vida social, no casamento e no campo profissional, o controle das doenças, a roupa larga, a diminuição do tamanho da barriga, a visibilidade do pescoço e a realização dos serviços domésticos.

Muda radicalmente a gente aprende a comer de novo, a comer com fome digamos assim, com vontade mesmo e acaba abrindo o nosso paladar. A gente sente mais o cheiro da comida, aprecia mesmo, porque a gente passa um bom tempo sem poder comer até o estômago se recuperar, porque tem pontinhos, está aberto. Mas a minha dieta foi bem tranquila, eu no líquido fiquei somente uns 8-10 dias, assim que eu vim pra cá aos 8 dias tirar o dreno, a nutricionista já deu uma mudadinha na minha dieta e ai eu passei pra bem mais

pastoso, foi bem tranquilo. A vida social melhora bastante, no meu caso eu tive que aprender a lidar com elogios, porque antes era irônico sabe, ai hoje quando elogiam demais eu ainda fico sem jeito né e cada vez que tu ouve “nossa tu não parou de emagrecer ainda”, “tais muito bonita”, eu fico sem jeito pra responder, é diferente (U7, 2012).

Como caso único a situação da usuária U2 que destaca os incômodos devido à depressão. Seus sintomas depressivos apareceram após o procedimento cirúrgico, mas não sabe afirmar se há alguma ligação. Com isto, observa-se que tanto a cirurgia bariátrica como a fase pós-operatória demandam novos profissionais, para além daqueles que compõe a equipe mínima, para discutir e prestar assistência as modificações que ocorrem após o procedimento cirúrgico.

No começo era bom, mas agora eu estou me sentindo meio mal, muito angustiada. Agora eu não estou fazendo nada, antes eu até tentava caminhar, me doía as pernas e tudo, mas eu ia e agora que eu posso eu não vou, eu não tenho vontade. Eu estou com depressão, estou até tomando remédio (U2, 2012).

A realização desse procedimento implica em um processo de recuperação que demanda o afastamento temporário do trabalho. A coleta de dados indicou-nos que quatro dos entrevistados trabalhavam por conta própria sem vínculo empregatício e a U6 não trabalhava na época. Já o usuário U8 no momento da cirurgia possuía a condição de aposentado, enquanto que a U6 era estagiária na Clínica Escola de Fisioterapia da UNISUL, mas assim que foi chamada para realizar a cirurgia reincidiu o contrato e saiu do estágio, e por fim a única usuária que possuía um vínculo empregatício com carteira assinada, no momento encontra-se afastada do trabalho e está recebendo o benefício auxílio-doença.

Antes eu não trabalhava, mas depois de sete meses da cirurgia eu arranjei um emprego. Eu já tinha esse curso, mas antes eu era gordinha né, ai não podia. Aí eu fiz a redução, deixei meu curriculum e no primeiro lugar já me chamaram (U6, 2012).

Em relação ao aumento da autoestima após o procedimento, os entrevistados destacaram aspectos positivos, como a mudança no

relacionamento com as pessoas, uma maior segurança em si, a mobilidade e a tranquilidade com relação ao controle das doenças, e como aspectos negativos a não preparação do usuário para a mudança alimentar e as mudanças no corpo, onde se não há uma reabsorção do próprio organismo na pele e nos músculos ocorre a queda da barriga, a flacidez e o excesso de pele, entre outros.

É mais ou menos bom, porque muitas coisas mudaram. A nossa família é muito unida, a gente faz almoço no domingo, aí agora na hora de comer, eu não posso comer nada e tem aquele monte de comida. Eles sentam na mesa e olham pra mim, e eu não como. Eu acho que muita coisa mudou (U3, 2012).

Eu me vejo e me sinto outra pessoa. Antes eu me achava inferior às outras pessoas, no trabalho, no casamento, me sentia mal às vezes. E hoje em dia eu tenho a minha auto-estima né, e antes eu não tinha (U6, 2012).

Antes não era eu pessoa que chamava atenção né, era o meu tamanho. Eu nunca era olhada como pessoa, era a gorda ou coisa assim, eu até tinha receio de chegar nos lugares por causa do olhar das pessoas. E hoje já não, eu sou recebida por eu pessoa e não eu tamanho (U7, 2012).

Todos os usuários afirmam que até se recuperarem ficaram sobre os cuidados de alguém, e este alguém em todos os casos é a rede familiar, podendo ser mãe, pai, esposo, esposa, irmãs, prima e filha. Mas como relatado anteriormente na permanência de alguém na internação há alguns usuários que percebem a presença e os cuidados como uma tarefa dificultosa para a rede familiar que já possui outras tarefas, enquanto outros usuários compreendem o cuidado como ato de carinho e amor e que sendo assim não sobrecarrega.

Em relação a como se deslocam da residência ao hospital para fazer o acompanhamento pós-operatório, três usuários apontaram que se deslocam com o transporte oferecido pelo município, outros três entrevistados mencionam o ônibus intermunicipal e o interestadual como transporte utilizado para o trajeto e os últimos dois usuários referem o carro próprio.

Venho de ônibus. Eu acredito que assim, eu não tenho um padrão de vida elevado, eu tenho pra me sustentar, embora eu

conviva com a minha mãe cada uma tem as suas despesas, então assim se eu tenho a possibilidade de me deslocar, eu vou fazer. Porque dentro do meu orçamento não vai fazer falta, a mesma coisa o medicamento, às vezes pode ter uma pessoa que precisa mais do que eu né, então não vai fazer uma diferença enorme no meu bolso, como vai fazer pra muitas mães e pais de família que precisam comprar ou vir até aqui, pode ser até 15 reais, mais 15 reais serve pra comprar um pão, um leite pra uma pessoa que está precisando, então eu sempre opto por esse recurso. A mesma coisa com os exames, a gente precisa fazer o eletrocardiograma, e se eu for fazer pelo SUS eu posso estar na frente de um pai de família que não tem condições e que está precisando. Então se eu posso pagar, eu faço assim (U7, 2012).

Percebeu-se com este relato o uso combinado de serviços, da mesma forma que pode ocorrer da maneira contrária, onde o usuário utiliza os serviços do SUS para a realização dos exames onde o acompanhamento ocorre no sistema particular. Destacando que quando o usuário realiza os exames por conta própria, é um custo a mais para a família dentre tantos outros que surgirão.

Os benefícios trazidos à vida dos pacientes oriundos da cirurgia bariátrica são perceptíveis em quase todas as entrevistas, com uma única exceção, são pontuados elementos que fizeram a diferença em suas vidas, citando: a melhora na saúde, a disposição para trabalhar, o aumento da autoestima, o aumento da expectativa de vida, o fim dos julgamentos sociais e a mobilidade.

Benefícios né [...] porque a gente muda, agora tu conversa e as pessoas realmente olham pra ti e não ficam te julgando assim, não tem mais aquele julgamento de quando tu chega e que todo mundo olha. É fácil falar “tu come demais”, mas eles não sabem o que tem por de trás disso, não sabem o que realmente é a obesidade, como fica o psicológico do indivíduo, embora tu queira mudar, não dá. E depois da cirurgia fica tudo normal, como tu agora está dentro do padrão, então não tem mais nada que chame a atenção (U7, 2012).

A exceção mencionada é pela usuária U3 que está com uma complicação médica devido à cirurgia, assim seu relato indica mais malefícios do que benefícios. O problema de saúde a preocupa e à sua família também, segundo enfatiza.

Eu tenho muita dor no meu estômago, complicou um pouquinho, arreventou um ponto lá dentro e tá infeccionado. Ai já faz um tempo [...] um ano, mas agora a dor tá mais forte. Eu vou mostrar os exames agora pra ele [médico], eu vim pra isso. Porque ele não queria que eu fizesse a endoscopia, mas eu fiz e aí deu que estava um ponto solto, aí eu mostrei pra ele e ele disse: isso aí não é nada. Aí agora eu não como mais, eu fico sentindo essa dor forte, porque isso tá inchando. Aí eu disse pra mim: não né eu vou fazer outra endoscopia, aí ele disse: não precisa fazer, tu só vai fazer a endoscopia se eu mandar, aí eu não fiz mais. Aí eu fui lá pra médica da UBS: aí doutora eu não guento mais de dor. Aí ela disse pra mim: então vamos ver isso, e agora tá com uma bola de pus no ponto. E agora eu vou ver o quê que ele vai fazer (U3, 2012).

Com relação a avaliação do acompanhamento oferecido pelo SUS nesta fase, quase todos os usuários mostram-se satisfeitos com a atenção e atuação dos profissionais, com detalhe para a usuária U3 que discorda deste posicionamento “no começo é melhor, porque a gente precisa de orientação, precisamos de incentivo.. e agora depois que faz a cirurgia, eles se mostram despreocupados”.

A grande maioria são atenciosos, já teve casos de eu vir aqui e mal me olhar, só me pesar, sendo uma triagem muito básica. E assim no geral, se tu não tem uma abertura com ele, tu não sente uma liberdade de fazer perguntas, algum comentário que está te incomodando, fica com aquela “eu sou burro mesmo, tenho que ficar com a dúvida” e essas respostas o médico depois não vai te tirar porque cada um é uma especialidade. Quando eu venho aqui, eu procuro perguntar mesmo, não tenho medo, mas já teve casos de eu ficar insegura e não perguntar, porque ele vai ser grosso e me destratar (U7, 2012).

Com isto, observa-se a superioridade que há nas equipes médicas com base no atendimento aos usuários, que passa aos mesmos a insegurança e o medo de questionar, além da submissão por parte dos usuários que existe quando há o poder instituído, em virtude das inúmeras informações e dúvidas que não são sanadas, pela desigualdade de poder existente entre a categoria de profissional e a de usuário do sistema.

A partir da Tabela 6 será exposta a coleta de dados com os profissionais da saúde entrevistados.

Tabela 6 - Identificação dos profissionais entrevistados na pesquisa – 2012

	Há quanto tempo trabalha no HU	Há quanto tempo atua na fase pós	Trabalha somente no HU
PS1	2 anos e 9 meses	1 ano	Não
PS2	2 anos e 8 meses	1 ano e 7 meses	Não
PS3	6 meses	6 meses	Sim
PS4	8 meses	8 meses	Sim

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2012).

Observa-se através da tabela a variação de tempo de trabalho dos profissionais no HU/UFSC, no entanto como atuantes no acompanhamento da fase pós-operatória a diferença de permanência não é tão acentuada. É possível constatar que metade dos entrevistados dedica-se exclusivamente ao trabalho na instituição, enquanto que os demais exercem atividades paralelas.

Em relação à quanto tempo deve-se iniciar o acompanhamento pós-operatório com as especialidades, dois profissionais alegam que dever ocorrer após 30 dias de cirurgia, um profissional orienta que seja desde o 1º dia e o outro profissional refere após os 60 dias. Na Tabela 7 será observada a sistematização do acompanhamento ambulatorial.

Tabela 7 – Dinâmica do acompanhamento pós-operatório - 2012

	Frequência das consultas	Via utilizada para o agendamento das consultas	Acompanhamento pelo mesmo profissional da fase pré-operatória	Tempo de encerramento das consultas
PS1	2 meses, 6 meses, 1 ano e 2 anos	Próprio profissional	Sim	2 anos
PS2	1º dia, 7º dia, 1 mês, 3 meses, 6 meses, 1 ano, 2 anos, 3 anos, 4 anos e 5 anos	HU	Sim	5 anos
PS3	1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano.	HU	Sim	1 ano
PS4	1 mês, 3 meses, 6 meses, 9 meses, 1 ano, 2 anos, 3 anos, 4 anos e 5 anos.	HU	Sim	5 anos

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados coletados em entrevista semiestruturada (2012).

Conforme o número de consultas estipuladas pela especialidade, o profissional PS3 informa que devido à falta do usuário na consulta, este passa

para a próxima consulta agendada, já que o encaixe para recuperar a consulta faltante é muito difícil. Enquanto que PS4, afirma que os encaixes devido à falta de presença na consulta são possíveis, além de que se for um paciente com alguma comorbidade, torna-se um paciente especial, que requer maior atenção tendo assim consultas quinzenais.

Primeiro tenho que te contar o contexto do acompanhamento. Eu tenho uma carga horária aqui no HU de 4hs diária, pra atender toda a portaria da bariátrica sem o auxílio de outro profissional, ou seja, eu tenho que fazer o atendimento pré-operatório, dar conta do atendimento das internações que atualmente hoje quem realiza são as minhas estagiárias orientadas por mim e por uma professora, e a fase pós-operatória. Hoje eu ofereço o mínimo de consultas que são as exigidas pela portaria, que são 4 consultas ao longo de 2 anos. Eu acho que é insuficiente, mas é o que é possível. É uma consulta após 60 dias, a segunda consulta após 6 meses, a terceira consulta após 1 ano e a quarta consulta após 2 anos, além disso tem outra dificuldade que é impossível com a minha carga horária fazer um atendimento individual, então eu faço estas consultas em grupo[...] Eu chamo todo mundo do mesmo período, então todo mundo que vai fazer 60 dias, assim se conheceram na internação, se encontraram nas consultas e acabam estabelecendo uma rede de apoio entre eles também, e um certo nível de intimidade que permite que a gente converse sobre muitas coisas. Então eu achei que seria um problema, mas tem se mostrado bacana por esta troca, mas mesmo assim ainda é muito pouco, até porque pode ter aquele paciente ali que não vai conseguir falar da sua dificuldade, eu trato disso abertamente com eles, eu digo que eu acho pouco, mas é o que é possível, então a gente vai aproveitar este tempo e utilizar esse espaço pra estabelecer um vínculo e pra vocês entenderem que a minha porta está aberta, precisando de ajuda que não consegui expor no grupo, me liga, manda e-mail, vem... eu talvez não possa atender na hora, mas sempre posso oferecer um encaminhamento e uma escuta (PS1, 2012).

É possível constatar no relato do profissional, a fragilidade nas condições de trabalho, como a baixa carga horária e a falta de mais profissionais da mesma área para auxiliar nos processos de trabalho, condições estas que acabam prejudicando o acesso e o atendimento de saúde do usuário. O PS1 informa ainda que o agendamento das consultas de sua especialidade, é feita por ele mesmo: “Eu tenho o contato numa tabela de controle, com nome, data da cirurgia e telefone, e eu ligo para marcar a

consulta, então a gente tem o contato muito grande com o paciente, eu ligo pessoalmente”.

Questionados sobre a influência no acompanhamento de alguns pacientes residirem longe da instituição, três profissionais citam que não há faltas e por assim ser, residir longe não influencia. No entanto, para o outro profissional este fato é significativo e interfere no acompanhamento.

Eu acredito que influencia no acompanhamento de longo prazo que seria a partir de 1 ano, no de curto prazo eles tem respondido bem, eles tem vindo com facilidade. Quem perde o seguimento, tem dificuldade de retornar. Porque eles sempre saem com consulta marcada, o dia marcado, mesmo que seja pra daqui 1 ano. Mas aí ele perde o papel da consulta e aí pra agendar essa nova consulta é com a secretaria de saúde do município, e aí é quando às vezes eles têm dificuldade (PS4, 2012).

Com relação ao tempo de encerramento das consultas, todos os profissionais mencionam que se houver necessidade o paciente prolonga o acompanhamento. O PS2 enfatiza: “São 5 anos, sendo que 2 anos é essencial que ele venha. De 2 à 5 anos, caso ele queira se acompanhar na cidade dele a gente faz esse encaminhamento, mas ele tem direito a ficar aqui 5 anos”.

As portarias que definem a organização dos serviços não contemplam aspectos da qualidade da assistência, definindo o mínimo de atendimentos a serem realizados pelas especialidades. O SUS opera os serviços pela lógica de procedimentos básicos e reforça o funcionamento dos serviços por uma lógica tradicional, que é o atendimento fragmentado por meio de consultas sem intervalo entre as áreas de conhecimento da equipe, que é mínima. Assim não se vislumbra o atendimento integral e sim a lógica do custo, que não se adéqua as necessidades da população.

Como é possível perceber no relato anterior há uma articulação com o sistema para que o acompanhamento seja realizado. Todos os profissionais entrevistados afirmam realizar algum encaminhamento para o acompanhamento nos demais níveis de complexidade do SUS, destacando a forte relação com a UBS.

Se já faz um bom tempo que a pessoa fez cirurgia e está tudo bem com ela, e a pessoa não tem mais condições de ficar se

deslocando para vir aos acompanhamentos, encaminhamos para a UBS, ou até os pré-operatórios que não tem indicação para cirurgia se encaminha para a UBS (PS2, 2012)

Sempre que eu verifico a necessidade eu faço o encaminhamento, mas não sei te dizer se consegue acessar o atendimento que a gente está solicitando. Sempre que é possível a gente faz o contato. Pra ti entender a rede nesse sentido, na fase pré-operatória com pacientes que tem problemas clínicos, a gente articula a rede e não libera desde que a unidade de lá se responsabilize com o acompanhamento, por conta de que as vezes o paciente não tem nem rede de familiares. É feito todo um trabalho com a equipe de saúde da família que se responsabiliza com os cuidados. Sempre que é necessário a gente faz esse encaminhamento, seja no pré ou no pós (PS1, 2012).

Cada profissional relata como percebe as necessidades do paciente para realizar o acompanhamento pós-operatório, no entanto identificamos a distinta visão dos profissionais de saúde em comparação com os usuários, principalmente com base em elementos que se modificam nesta fase. Um exemplo é a alimentação que para determinado profissional não implicará em uma mudança orçamentária no âmbito familiar, enquanto que metade dos usuários entrevistados apontou a mudança alimentar como fator de sobrecarga no orçamento financeiro da família. É observado ainda, que os profissionais enfatizam que as informações sobre as mudanças após a cirurgia na vida do usuário são esclarecidas na fase pré-operatória, tendo o termo de compromisso como prova.

Mas o que faz-se pensar é, o usuário enquanto obeso tendo a condição de saúde fragilizada, muitas vezes com comorbidades, consegue compreender e refletir todas as mudanças que ocorrerão em sua vida após a cirurgia, no espaço destinado as consultas pré-operatórias? Sabendo que, se não concordar ou não aceitar tais mudanças o procedimento cirúrgico não ocorrerá. Assim, desta maneira o usuário aceita as condições necessárias para que possa fazer a cirurgia, deixando para que após o procedimento pense em como vai se organizar e se preparar realmente para tais mudanças.

Eu acho que a cirurgia promove uma mudança drástica, radical na vida da pessoa, logo começa que após a cirurgia ela vai tomar um copinho de cafezinho, de líquido de meia em meia hora. Normalmente eles não fazem ideia das mudanças, eu não posso falar de cada profissional, mas eu vejo alguns

relatos de pacientes aqui, que tem médico que vende o paraíso: vou salvar a tua vida com a cirurgia e se tu não fizer tu vai morrer, e as vezes não é nem só o médico, mas a mídia e os conhecidos. Então isso é muito complicado, as pessoas vêm com uma visão muito distorcida de tudo isso, de que vou fazer uma cirurgia que vai me emagrecer, e a responsabilidade é toda dele lá [cirurgião]. Acho que é preciso se investir muito mais no pré, porque um paciente bem preparado, ele vai saber identificar lá na frente o que tá legal e o que não está, vai saber o que é importante ele pedir ajuda ou não. Hoje em dia os meus pacientes assinam a sua avaliação comigo, que eles estão cientes de tudo que foi conversado aqui comigo e uma das coisas é que eles são responsáveis em assumir todas as mudanças necessárias (PS1, 2012).

É uma mudança bem significativa para a pessoa, por isso que no pré-operatório a gente tenta colocar a realidade certinha para a família, porque a família vai ter que estar bem ajustada para estas mudanças. Na questão financeira, a gente coloca apar que o suplemento a gente não consegue pelo SUS, que a dieta apesar de todos dizerem que é mais cara não vai ser, até porque a quantidade diminui bastante. Em relação a dieta eu não vejo muita mudança de preço, porque a pessoa vai consumir bem menos guloseimas, mas em relação a suplementação tem-se o gasto, mas é deixado bem claro. Mas mesmo assim, as pessoas quando querem fazer a cirurgia elas aceitam tudo e depois no pós-operatório elas vêm com as demandas reais, mas a gente tenta deixar bem claro no pré para pelo menos ter um respaldo de que foi comunicado e tudo mais, além do que existe o termo de compromisso (PS2, 2012).

Eu percebo que uma grande quantidade de pacientes consegue se adaptar bem, eles conseguem se programar, se afastam do serviço, às vezes se encostam pelo INSS e ficam recendo o benefício, sem problema nenhum e depois retornam as suas atividades normais. A grande maioria dos pacientes não trabalham, a maioria pela condição física, a obesidade às vezes já está tão grande que ele não consegue trabalhar ou porque é a esposa que é dona de casa que fica em casa cuidando dos filhos e o marido que é o provedor financeiro. A maioria deles consegue mudar os hábitos de vida, mesmo tendo uma dieta mais saudável, claro que tem casos que o paciente não segue e mais na frente apresenta complicações, como acabar engordando novamente e tal. A maioria das famílias tem oferecido bastante apoio aos pacientes, porque se tenta fazer uma integração com eles em consulta psicológicas, pra que eles se preparem e a família também entenda que é necessário uma mudança, porque a cirurgia não é milagrosa, é preciso ter cuidados, e eu percebo que eles conseguem, mas tem algumas exceções, como pacientes que ficam mal, que fazem a cirurgia e entram em depressão e que afeta bastante a qualidade de vida deles e a questão do trabalho também, mas tirando as exceções todos voltam muito bem [...] Eu diria que eu percebo assim que a cada 10 pacientes 2 acabam tendo alguma reação (PS4, 2012).

Como já abordado na primeira seção do estudo, o aspecto do trabalho sofre influência quanto à condição de saúde do usuário. Para Orsi et al. (2008), a obesidade está associada à diminuição do bem-estar psíquico, dificultando geralmente a integração social, resultando na baixa auto-estima e na estigmatização do corpo, fatores estes que influenciarão diretamente o usuário no mercado de trabalho. Além disso, pode ter como efeito adicional a redução da capacidade funcional, o que pode refletir na piora da produtividade profissional. Ou então, como citado pelo profissional anterior, que o usuário não está ativo no campo profissional em virtude de que a obesidade não mais o permite, sendo através das comorbidades, da dificuldade de se locomover ou de realizar tarefas. É visto que ainda está presente em algumas famílias o modelo da família tradicional, que consagra uma divisão clara de papéis, em que geralmente o homem se envolve com o trabalho remunerado, tornando-se o provedor financeiro da família, enquanto a mulher dedica-se aos afazeres da vida familiar, que inclui os cuidados com a casa e com os filhos (FLECK, WAGNER, 2003). Deste modo, esta posição de papéis tem relação com a exclusão da mulher no mercado de trabalho, demonstrando que algumas mulheres não atuam no campo profissional, não por conta da condição de saúde, mas por exercerem outros papéis considerando que somente aqueles lhe são cabíveis.

Quanto às principais demandas trazidas às especialidades, dois profissionais alegam o transtorno de humor, verifica-se também a presença de sintomas depressivos e complicações médicas referidos por outro profissional, e a avaliação de complementação vitamínica citada pelo outro profissional.

O que eu tenho detectado muito é essa questão da depressão, tem um pouco de cunho biológico, que é a adaptação do organismo dele, mas o psicológico às vezes influencia bastante, às vezes por mais que tu trabalhe a preparação ele cria uma expectativa e às vezes não alcança com aquela intensidade que ele imaginou, não que chegue ao ponto de intervir com medicação, mas que um acompanhamento psicológico ajudaria bastante [...] Temos tido bem poucas complicações, a maior complicação que a gente tem é a hérnia, mas isso já é esperado, em torno de 30 à 40% dos pacientes vão ter com certeza, a cada 10 pacientes 4 terão. Mas isso é uma condição imposta pela condição cirúrgica, o paciente que é obeso que tem grande tensão abdominal acaba forçando

muito os pontos por mais que ele cuide, então isso já é esperado, não é uma coisa nova, ele já sabe que vai acontecer, é orientado (PS4, 2012).

Segundo PS2, é fornecido ao paciente enquanto medicação somente eparina, que atua como anticoagulante, durante 15 dias pois não é fornecido na UBS. Além disto, é fornecido também material informativo quanto à sua especialidade nesta fase. Já as outras três especialidades limitaram-se a fornecer as orientações por escrito. Através dos dados coletados conclui-se que não há ligação entre a fila de espera da cirurgia bariátrica e a da cirurgia plástica, sendo também que somente duas especialidades fornecem seu encaminhamento, enquanto que as duas restantes não tem ligação alguma.

A gente que encaminha, o recomendado é após 2 anos da cirurgia bariátrica, devido a estabilização do peso, aí após esse período eu referencio pra cirurgia plástica e aí ele começa a fazer o acompanhamento em outro segmento totalmente independente, a gente não tem interferência nenhuma (PS4, 2012).

Em relação a avaliação dos profissionais sobre o acompanhamento oferecido pelo SUS na fase pós-operatória, todos os entrevistados apontam fatores positivos, demonstrando que nesta etapa os serviços de saúde funcionam de maneira eficiente. Percebe-se isto no relato do PS3: “É ideal, o paciente tem toda a assistência necessária, as condições para se recuperar bem”, e para a PS1: “É pouco o número de consultas, mas a gente tem tentado suprir de outras formas”.

Muito bom, bem melhor que o serviço particular. Porque a gente se responsabiliza pelo acompanhamento, coisa que não há no serviço privado. Porque a pessoa faz a cirurgia e depois ela que decide se vai fazer o acompanhamento com estes profissionais, geralmente elas não fazem pela questão financeira. Tem muita gente que faz a cirurgia e depois não tem como fazer o acompanhamento, enquanto que aqui o pós-operatório já ta garantido, e o pós aqui é bem melhor pelo que eu acompanho no privado (PS2, 2012).

Eu acho que o nosso atendimento aqui, é um atendimento muito bom até quase um nível de excelente. Porque o paciente tem todo um acompanhamento, ele é monitorado, se ele precisar ele retorna, se ele está com dúvida ele entra em contato conosco, qualquer alteração diferente mesmo que ele não tenha consulta ele vem e a gente dá um jeito de encaixar e

atende. Assim pra nós o paciente bariátrico é tratado como um paciente especial, qualquer momento que ele precisar ele está orientado a vir pro hospital e procurar o ambulatório ou a emergência, é quase um atendimento particular. Ele precisou do profissional que operou ele, ele tem acesso, pode até não ter aquela consulta no dia, mas é agendado pra uma nova data, se precisa internar novamente a gente dá um jeito para ver o que ele tem. Pra mim aqui o atendimento é muito bom e a gente percebe isso pelos pacientes, eles referem isso: ah fui muito bem atendido, isso relatam de maneira geral, incluindo o pessoal da internação, o pessoal por quem eles passam, são sempre muito bem acolhidos (PS4, 2012).

Nota-se com as informações coletadas a rede de articulação entre o HU/UFSC e as UBS. Quando indagados sobre as articulações exigidas pela cirurgia bariátrica nesta fase entre os níveis de complexidade do SUS, são mencionados a UBS e o CAPS, porém todos apontam a UBS como primeiro elo de conexão do sistema. Relatam como forma de interlocução entre as redes o contato telefônico, a troca de e-mails e os encaminhamentos por escrito.

Outro dia eu estava com um paciente com problemas psiquiátricos e que não estava conseguindo agendar na UBS, então eu fui no serviço de psiquiatria aqui do hospital, expliquei a situação e a Dra. [psiquiatra] disse que não tinha problema que podia agendar com ela, que ela atenderia numa boa. Se tiver a necessidade, a gente tenta entrar em contato com o profissional pra referenciar, se não há a necessidade encaminhamos por escrito mesmo (PS4, 2012).

Depende do caso, um exemplo, nos pacientes pré quando eu preciso que ele seja avaliado ou acompanhado aí sim, até porque disso vai depender uma liberação para a cirurgia, às vezes não é nem telefônico, eu peço uma cartinha lá do profissional pra me informar se o paciente está indo nas consultas, quantas consultas o paciente vem fazendo, eu sempre peço o comprovante e anexo aqui no meu registro (PS1, 2012).

Outro dia chegou um paciente ao acompanhamento dizendo que queria se matar, aí ele permaneceu conosco até o outro serviço, o CAPS, sinalizar que assumiria o caso. Qualquer outra demanda vista como depressão ou problema articular se encaminha para a UBS (PS3, 2012).

Deste modo, percebe-se a presença e a importância da atuação intersetorial, visto que a intersetorialidade é um conceito que permite o atendimento integral ao usuário, sendo possível através da articulação dos

serviços e das políticas sociais públicas. Inosoja e Junqueira (1997) acreditam que a lógica que compreende a atuação e a organização intersetorial devem ser baseadas na população, levando em conta suas características de organização. Tendo com isto, não prioridades setoriais mais prioridades baseadas em problemas oriundos da população atendida, envolvendo ações integradas de vários setores.

O desafio da intersetorialidade está em exigir a concepção de uma forma diferente de planejar, realizar e controlar a prestação de serviços, o que implica em modificar diversas formas de articulação dos inúmeros segmentos da organização governamental, pois hoje é prática das organizações públicas um processo de trabalho fragmentado (INOJOSA; JUNQUEIRA, 1997).

Pensando assim, os gestores de políticas públicas têm de organizar suas ações visando um planejamento coletivo, onde se possa criar estratégias e orientações que sejam repassados aos profissionais de saúde, para que estes reflitam sua atuação profissional almejando o mesmo objetivo, a integralidade do atendimento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do estudo apresentado, concluímos que a obesidade é uma doença crônica, que apresenta consequências físicas, psicológicas, sociais e econômicas, decorrente de inúmeros fatores que tem reflexos extremamente graves e cada vez mais crescentes. E apesar de diminuir a expectativa de vida do usuário, hoje atinge uma proporção tão elevada que é considerada um problema de saúde pública.

Emerge a partir deste contexto a necessidade de se analisar este fenômeno através de sua totalidade, analisando e problematizando suas inter-relações, buscando compreender seus determinantes. Consequências como o isolamento social, o desânimo e as desesperanças podem levar à fragilização de vínculos e à ausência de investimentos na qualidade de vida e de saúde (FELIPPE; SANTOS, 2004).

Cabe ressaltar, que o Serviço Social não possui muitas produções teóricas sobre a temática, assim houve a necessidade de se recorrer a outras áreas da saúde, como a enfermagem, a medicina e a odontologia, entretanto sabemos que alguns autores do Serviço Social também se configuram como autores da área da saúde.

A cirurgia bariátrica aparece no contexto da obesidade como prática para revertê-la, porém hoje é vista como a solução para o problema, é considerada a “tábua de salvação”. Notamos a partir do estudo, que muitos usuários depositam na intervenção cirúrgica a esperança para a perda de peso e para a permanência do novo corpo, sem a compreensão de todo o contexto que implica a cirurgia.

Com isso, muitas vezes chegam a fase pós-operatória sem entender todas as modificações que ocorrerão em suas vidas. A perda de peso, a mudança do corpo, a nova aparência, são efeitos não somente da cirurgia em si, mas de todo um acompanhamento antes e após o procedimento. Percebemos com os relatos, que há dificuldade por parte de alguns usuários com relação a seguir o acompanhamento pós-operatório conforme o protocolo, com as quatro especialidades, decorrendo de que após realizarem a cirurgia e perderam a quantidade de peso estipulada, acreditam que estão saudáveis e que não haverá o retorno do peso, assim deixam de comparecer as consultas

agendadas e declaram-se com a alta ambulatorial. Porém ainda existem as barreiras geográficas e institucionais que impedem o acompanhamento pós-operatório para outros usuários, estas ainda mais complexas, em virtude de ocorrerem independentemente da vontade do usuário e sim por fatores externos, deixando-o frágil por sua condição de usuário da saúde.

Identificamos a presença marcante da família desde o período de internação para a realização da cirurgia, como após a mesma e durante todo o processo de recuperação. A família é percebida como elo de proteção que atua prestando o suporte emocional, dando atenção, carinho, passando segurança, estando presente, e o suporte financeiro com as questões de alimentação, moradia e medicamentos. Conforme o surgimento de situações que afetam um de seus integrantes, esta se transforma com o intuito de auxiliar da melhor forma possível.

Dessa forma, a família se constitui como uma entidade evolutiva. Isto exige, em diferentes momentos, uma reestruturação das regras e das pautas de relacionamento que dependerá do grau de flexibilidade característico de cada unidade familiar. A impossibilidade de evolução para uma nova estrutura pode implicar no surgimento de padrões disfuncionais que podem estabilizar-se e ser um elemento gerador de conflitos (MIOTO, 1998, p.23).

Ao mesmo tempo em que é dever do Estado a proteção social com os cidadãos, é delegado à família esta responsabilidade, expressa em diversas legislações. E apesar de não possuir condições de manter esta proteção, a família ainda assim é a responsável, sendo muitas vezes culpabilizada pela situação em que encontram-se seus integrantes. E assim, vivenciamos um tempo onde se valoriza o reconhecimento da instância familiar como fonte de cuidado que seus membros podem contar, tendo cada vez menos o suporte público que deveria garantir o bem-estar dos usuários.

Para os usuários que não possuem condições financeiras para manter a adequação da fase pré-operatória, a família é o “elemento chave”. Como já foi abordado no estudo, a fase pré-operatória da cirurgia bariátrica implica em diversas mudanças, tais como hábito alimentar e o uso de medicamentos, e a família torna-se o suporte que prevê tais mudanças.

Apesar de estar instituído na Constituição Federal de 1988 que a saúde é um direito social, tendo garantido o acesso universal e igualitário como direito de todos e dever do Estado, observamos que nem sempre isto é real. Decorrente de que nem sempre as políticas públicas atendem às necessidades básicas da população, os usuários têm de desenvolver estratégias próprias para acessar os serviços, exemplificando com a medicação que é necessária nesta fase e para o resto da vida e que não é fornecida pelo SUS, tendo assim o usuário que recorrer a ajuda financeira da família, da secretaria de saúde do município, sendo esta determinada por um tempo, ou exigindo do Estado via judicial estes medicamentos que não fazem parte do Sistema, determinando ao Poder Público a obrigação de fornecer gratuitamente o acesso universal e integral à saúde.

Outro elemento pontuado no estudo foi a articulação entre os serviços da rede, com enfoque para a UBS que foi apontada como primeiro elo de conexão do sistema. No entanto observamos que após os encaminhamentos não há mais o contato com a rede para saber do usuário, como se o encaminhamento transferisse a responsabilidade daquele para outro setor e estes profissionais não tivessem mais nenhum dever de atuação, fragmentando deste modo o atendimento. Assim, observamos a necessidade da permanente articulação dos serviços prestados, como o protocolo de referência e contra referência, e possibilitando com isto a melhora e a ampliação da relação HU-UBS, contemplando ainda o usuário com a integralidade dos serviços.

Diante desta perspectiva constatamos a necessidade de repensar os serviços de prevenção e promoção de saúde ofertados pela UBS, que deveriam visar que o usuário tivesse o acompanhamento e o controle desta doença, diminuindo assim a possibilidade da intervenção cirúrgica, em virtude de nenhum outro tratamento reverter a situação. Ocorre atualmente de os usuários chegarem até a cirurgia sem terem passando por um acompanhamento detalhado na UBS, e sim com uma consulta apenas para conseguir o encaminhamento para a instituição hospitalar. Deste modo, percebemos a necessidade do fortalecimento da atenção primária, por ser a porta de entrada do SUS e a instância que permite a prevenção da doença.

Destacamos a visão dos profissionais da equipe quanto ao acompanhamento pós-operatório oferecido pelo SUS, que foram extremamente

positivas, repassando a imagem de um serviço perfeito. Entretanto, o HU não atua sozinho para que este acompanhamento seja possível, além da presença da UBS que muitas vezes também age neste acompanhamento organizando o acesso aos serviços, as secretarias de saúde dos municípios também fornecem o automóvel que possibilita ao usuário chegar a instituição, assim não só o HU deve ser visto com um serviço de excelência, mas toda a rede que trabalha em conjunto.

Outro aspecto que se mostrou relevante foi a distinta visão entre os profissionais de saúde e os usuários, principalmente com base em elementos que se modificam nesta fase. Para alguns profissionais a cirurgia bariátrica só trás benefícios e apesar de alterar a estrutura cotidiana, não trás consequências econômicas, enquanto que na visão de alguns usuários isto é um equívoco, já que há a mudança alimentar e esta contempla alimentos que anteriormente eram considerados supérfluos, ingerindo agora com maior frequência, alterando o orçamento financeiro familiar. Desta forma, percebemos a importância e a falta de um profissional que analise junto à equipe todas as mudanças que ocorrerão na vida dos usuários.

Há pouco tempo a obesidade era tratada por poucas profissões, como pela nutrição, endocrinologia e psicologia, mas percebe-se que a complexidade e amplitude do problema estão exigindo um olhar multi e interdisciplinar, já não podendo reduzir seu entendimento a apenas uma disciplina (FELIPPE; SANTOS, 2004).

Hoje a equipe de profissionais da saúde que atuam na fase pós-operatória está mais focada em aspectos clínicos, como a mudança alimentar e o procedimento cirúrgico. No entanto é importante considerar outros aspectos desta fase, destaca-se a importância da área psicológica que atua dando o suporte nesse momento em que o usuário encontra-se fragilizado, mas ainda assim a equipe poderia ser ampliada com outras profissões dando a este atendimento um caráter integral. Apesar de pequena, a equipe mínima do acompanhamento enquanto realizadora de um trabalho interdisciplinar, deveria ser composta de profissionais que compreendessem as mudanças que ocorrem na vida dos usuários.

O Serviço Social contribuiria com esta equipe, discutindo as políticas sociais que são adequadas a problemática e analisando as dimensões sociais

da vida do paciente que estão em transformação, como o contexto familiar e a questão do medicamento. Atualmente a profissão atua somente na fase pré-operatória, mas sua contribuição na fase seguinte seria de grande valia, sabendo que a intervenção interdisciplinar sobre a doença configura-se como elemento decisivo para a questão da obesidade.

A partir deste debate, deixamos claro que o assunto não se esgota por aqui, essa temática é atual e o Serviço Social tem muito a contribuir, refletindo e discutindo meios de garantir que os direitos sociais sejam efetivados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.; LOUREIRO.S.; SANTOS.J. Obesidade mórbida em mulheres: estilos alimentares e qualidade de vida. *Arquivos latino americanos de nutrição*. v.51, n.4, 2001. p. 359-365.

ALVES, F. *Trajetórias de acesso da população aos serviços do SUS : um estudo sobre a cirurgia bariátrica*. 186 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2010.

AYRES, J. R. C. M. *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. *Revista Saúde e Sociedade*. USP, São Paulo, v.13, n.3, set./dez. 2004, p.16-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 de dez. de 2012.

BAPTISTA, M. *O Planejamento Estratégico na Prática Profissional Cotidiana*. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, n.47, ano XVI, Abr. 1995.

BARCELOS, M. S. *A incorporação da família nos serviços de saúde: um debate a partir das concepções dos profissionais num hospital de alta complexidade*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BARROS, C.; WERUTSKY,C. *Transtorno da Imagem Corporal de Obesos em grupoterapia*. Disponível em: <http://www.carlosbarros.com.br/publicacoes.html>. Acesso em 26 de Jun. de 2012.

BONINI, D. *O papel da família na reabilitação do paciente afásico*. Monografia de conclusão do curso de especialização em linguagem. Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – Linguagem, São Paulo, 1998.

BRASIL. *Portaria nº 492, de 31 de Agosto de 2007*. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, DF. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-492.htm>. Acesso em: 17 de Jun. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.569, de 28 de junho de 2007a*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1569.htm>. Acesso em: 03 de Set. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.570, de 28 de junho de 2007b*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1570.htm>. Acesso em: 03 de Set. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 628, de 26 de abril de 2001*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-628.htm>. Acesso em: 08 de Set. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia Prático do Cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acesso em 05 de dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar*. v. 1. 2012.

CARLINI, M. *Avaliação nutricional e de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis: UFSC, 2001.

CARVALHO, M. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A.; VITALE, M. *Família: redes, laços e políticas públicas*. 5. ed. São Paulo: Cortez, IEE/PUCSP, 2010. p.267-274.

CHIZZOTTI, A. *A pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

COELHO, A. Informações obtidas através de pesquisa exploratória com o residente médico cirurgião, integrante da equipe de acompanhamento pós-operatória, em 10 de Maio de 2012.

CORDÁS, T. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: participação do psiquiatra. In: GARRIDO JÚNIOR, A. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 71-74.

COUTINHO, W.F.; Etiologia da obesidade. *Revista ABESO*, São Paulo, n. 30, 2007. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/revista.htm>. Acesso em: 05 de Jul. de 2012.

DINIZ, M. et al. Perfil de pacientes obesos Classe III do Sistema Público de Saúde Submetidos à Gastroplastia em “Y de Roux” no Hospital das Clínicas da UFMG: altas prevalências de superobesidade, comorbidades e mortalidade hospitalar. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v.18, n. 3, 2008. p. 183-190.

ESCRIVÃO, M. et al. Obesidade exógena na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 3, 2000. p. 305-310.

FALEIROS, V. P. A questão da metodologia em serviço social: re-produzir-se e re-presentar-se. *Caderno ABESS*, n. 3. A metodologia do serviço social. São Paulo: Cortez, 1995. p. 117-150.

FANDIÑO, J. et al. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v.26, n.1, 2004. p. 47-51.

FELIPPE, F. *O peso social da obesidade*, 2001. Tese (Doutorado em Serviço Social) Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica. Porto Alegre: PUCRS, 2001.

_____. Obesidade como um problema social: novas demandas profissionais ao Serviço Social. *Revista Katálysis*, v.7, n. 2, 2004. p. 239-248.

FELIPPE, F.; SANTOS, A. Novas demandas profissionais: obesidade em foco. *Revista da ADPPUCRS*. n. 5, dez., 2004. p. 63-70.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. Introdução. In: KALOUSTIAN, S. *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1994. p.11-15.

FERREIRA, V.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da favela da Rocinha; Rio de Janeiro; Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2005. p.1792-1800.

_____. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011. p. 2279-2287.

FLECK, A.; WAGNER, A. A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. *Psicologia em estudo*, v. 8, n. espec. 2008. p. 31-38.

FONTANELLA, B.J.B.; LUCHESI, B.M.; SAIDEL, M.G.B.; TICAS, J.; TURATO, E.R.; MELO, D.G. *Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, fev., 2011. p. 389-394.

GARRIDO, A. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2006.

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

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de pesquisa social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONTIJO, G. A judicialização do direito à saúde. *Rev. Med. Minas Gerais*. v. 20. n. 4. 2010. p. 606-611.

HALPERN, A. Especialista explica os tipos de cirurgia bariátrica oferecidos pelo SUS. *Bem estar*. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2011/03/especialista-explica-os-tipos-de-cirurgia-bariatrica-oferecidos-pelo-sus.html>. Acesso em 04 de Jul. de 2012.

HALPERN, A. Metade dos obesos que reduzem o estômago volta a engordar. *Bem Estar*. Disponível em: [HTTP://g1.globo.com/bemestar/noticia/2012/02/metade-dos-obesos-que-rezudem-o-estomago-volta-engordar.html](http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2012/02/metade-dos-obesos-que-rezudem-o-estomago-volta-engordar.html). Acesso em 13 de Fev. de 2013.

HOMEM, M. *Um estudo sobre a trajetória dos pacientes portadores de obesidade mórbida até a cirurgia bariátrica no HGCR*. Florianópolis, SC, 2005. TCC de Graduação – Curso de Serviço Social – UFSC.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU. *Histórico*. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/novo_site/institucional/historico/. Acesso em: 25 de jul. de 2012.

IAMAMOTO, M. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 2003.

INOJOSA, R.; JUNQUEIRA, L. O setor de saúde e o desafio da intersectorialidade. *Cad FUNDAP*. v. 21, 1997. p. 156-164.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Taxa de prevalência (%) de excesso de peso em adultos de 20 a 59 anos de idade, por região, segundo componente, faixa etária e sexo. 2002-2003*. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/g07_02.htm. Acesso em: 02 de out. de 2012.

LIMA, L.; SAMPAIO. H. Caracterização Socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, 2007. p.1011-1020.

LIMA, E. *A proteção social no âmbito da família: um estudo sobre as famílias do bairro Monte Cristo em Florianópolis*. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2006.

LINDOTE, I. *Obesidade e Trabalho*. Disponível em: <http://bemleve.bolsademulher.com/dieta/obesidade-e-trabalho/99>. Acesso em: 22 de maio de 2012.

MACHADO, M. S. *Plano de Estágio*. Documento produzido na Disciplina: Supervisão Pedagógica de Estágio Curricular Obrigatório I. Florianópolis, dig., 2010.

MAANEM, J. *Resgatando métodos qualitativos para pesquisa organizacional*. vol. 24, n. 4, 1979. p. 550-526.

MARQUES, S. Judicialização do direito à saúde. *Rev. de Direito Sanitário*, v.9, n.2. 2008. p. 65-72.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINELLI, M. L., RODRIGUES ON, M. L., MUCHAIL, S. (Org.) *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. São Paulo: Cortez, 1995. p.139-151.

MELLO, E.; LUFT, V.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*. n.3. v.80. 2004. p. 173-182.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica*. Obesidade. Brasília, n. 12, 2006.

MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MIOTO, R; CASSORLA, R. *Famílias de jovens que tentam suicídio*. 283f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas. 1994.

MIOTO, R; TAKASHIMA, G. Crises Familiares e Separação Conjugal. Rio de Janeiro: *anais do V ENPESS*, 1996.

MIOTO, R. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. *Revista Katálysis*, v. 2. 1998. p. 20-26.

MOREIRA, C. *Definição da obesidade*, 2008. Disponível em: <http://www.obesidade.info/obesidade.htm>. Acesso em: 04 de Jul. de 2012.

MOURA, M.; PASCHOAL, M. *Análise da Variabilidade da frequência cardíaca em meninos e meninas não obesos, obesos e obesos mórbidos*. Disponível em: http://www.puccampinas.edu.br/websist/portal/pesquisa/ic/pic2009/resumos/2009820_154343_207224828_resBAE.pdf. Acesso em: 28 de Ago. de 2012.

NASCIMENTO et al. Terapia Nutricional das Fístulas Digestivas. *Projeto Diretrizes*: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2011. p. 1-9.

NAHAS, M. *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida alternativo*. 2 ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NETO, O.C. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 24 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

NIEMAN, D. *Exercício e Saúde*. São Paulo: Manole, 1999.

NICARETA, J. Novo Baros: *Análise crítica da metodologia e sugestões para aprimoramento do Baros* (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System).

Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

OMS. *Organização Mundial da Saúde*. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/>>. Acesso em: 04 de Jul. de 2012.

ORSI et al. Impacto da Obesidade na Capacidade Funcional das Mulheres. *Rev. Assoc. Med.*, v. 54, n.2. 2008. p. 106-109.

PAPINI-BERTO,S.; BURINI,R. Causas da Desnutrição Pós-Gastrectomia. *Arq. Gastroenterol.* n.4. vol. 38. São Paulo. Oct./Dec. 2001. p. 272-275.

PINTO, M. *Avaliação da memória recente e da qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica*. Brasília, DF. Dissertação de Mestrado – UnB. Mestrado em Ciências da Saúde, 2009.

PNSN - Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição. *Taxa de prevalência (%) de excesso de peso em adultos de 20 a 59 anos de idade, por região, segundo componente, faixa etária e sexo*. 1989. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/g07_89.htm. Acesso em 02 de out. de 2012.

RABNER,J.;GREENSTEIN,R. Obesidade sugere: Expectativas e realidades. *Jornal Internacional da Obesidade*, v. 15, 1991,p.841-845.

RAUEN, F. J. *Roteiros de investigação científica*. Tubarão: Ed. Unisul, 2002.

REMOR, L. *Ata da 167ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite*. Secretário do Estado de Saúde do Estado de Santa Catarina. 2012.

ROMERO, C.; ZANESCO, A . O papel dos hormônios leptina e grealina na gênese da obesidade. *Revista de Nutrição*. Campinas: n.19. jan/fev. 2006. vol.1. p. 85-91.

SAWAIA, B. (Org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 1999.

SBCBM. *Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica*. Mapeamento da obesidade, 2007. Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/pesquisa2007.php>>. Acesso em 06 de Jul. de 2012.

_____. *Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica*. SUS realiza novos tipos de cirurgia da obesidade. Disponível em: <http://www.sbcbm.org.br/noticiasbcm.asp?not_id=6&str=002>. Acesso em: 06 de Jul. de 2012.

_____. *Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica*. Legislação. Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/legislacao.asp?menu=3>>. Acesso em: 04 de Jul. de 2012.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v.24, 2002. p.68-72.

SILVA, R. *O cuidado naturalizado à figura feminina e as responsabilidades sobre as mulheres através das políticas da seguridade social: apontamentos para o debate*. TCC de graduação – Curso de Serviço Social: UFSC, 2012.

SILVA, E. da; MENEZES, E. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 3. Ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

TAVARES, A. et al. Cirurgia Bariátrica: do passado ao século XXI. *Acta Med. Port.* n. 24. 2011. p.111-116.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad. Saúde Pública*, v. 13, n. 2. Apr/June. 1997.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 2. 2004. p- 190-198.

TRIVINÕS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1992.

VASQUES, F.; MARTINS, F.; AZEVEDO, A. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 31, n. 4, 2004. p. 195-198.

VEJA. *Revista Veja*: Ed. 1676 de 22 de Novembro de 2000. Disponível em: http://veja.abril.com.br/221100/p_096.html. Acesso em: 16 de maio de 2012.

VENTURA et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n.1. 2010. p. 77-100.

VIANNA, S. et al. Atenção de Alta Complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento. *Projeto Economia da Saúde*. Brasília: v. 1. 2005.

VIEIRA, F. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Revista Saúde Pública*. 2008.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 2. 2007. p. 214-222.

APÊNDICES



APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PACIENTES

1. Identificação

- 1.1.Nome:
- 1.2.Sexo: () Masculino () Feminino
- 1.3.Idade:
- 1.4.Município de residência:
- 1.5.Escolaridade:
- 1.6.Ocupação:
- 1.7.Composição Familiar:
- 1.8.Renda familiar:
- 1.9.Acessa algum benefício social:

2. Intervenção Cirúrgica

- 2.1. Como ficou sabendo da cirurgia?
- 2.2. O que o motivou a fazer o procedimento cirúrgico?
- 2.3. Como foi encaminhado para a cirurgia?
- 2.4. Como foi o caminho percorrido até chegar a marcação da cirurgia?
- 2.5. Seus encaminhamentos para a cirurgia foram feitos através:
() Rede Pública () Rede Particular
- 2.6. Tempo na fila de espera:
- 2.7. Peso antes da cirurgia bariátrica:
- 2.8. Método cirúrgico:
- 2.9. Período realizado:
- 2.10. Tempo de permanência no hospital:
- 2.11. Houveram complicações médicas?

2.12. Teve acompanhamento de algum membro da família na fase cirúrgica?

2.13. Como avalia esse acompanhamento?

3. Fase pós-operatória

3.1. Realizando acompanhamento ambulatorial: () Sim () Não

3.2. Qual especialidade:

3.3. Com que frequência:

3.4. Há quanto tempo realiza:

3.5. Como foi a continuidade do tratamento pós-operatório em seguida a saída do hospital?

3.6. Houve o encaminhamento por parte dos profissionais para o acompanhamento através dos demais níveis de complexidade do SUS?

() Não () Sim. Qual? _____

3.7. Teve que procurar outros serviços de saúde para prosseguir com o tratamento? (Se sim, quais serviços e se encontrou dificuldades na relação com outros serviços de saúde?)

() Não () UBS () Saúde da Família () Particular () Clientelístico
() Média ou Alta Complexidade

3.8. Está fazendo uso de medicações? _____

() Compra () Obtêm pelo governo () Ganha () Outros: Qual?

3.9. Já obteve perda de peso?

3.10. Identifica mudanças na vida cotidiana após a fase pós-operatória? Quais?

3.11. Está seguindo a dieta conforme prescrito pela nutricionista?

3.12. Após a realização da cirurgia bariátrica houve mudança no orçamento financeiro?

3.13. Caso estivesse empregado no momento anterior a cirurgia, como ficou a condição trabalhista?

3.14. Recebeu apoio familiar na fase pós-cirúrgica?

3.15. Após a cirurgia até se recuperar totalmente ficou sob os cuidados de quem?

3.16. A cirurgia possibilitou o aumento de sua autoestima? Como se via antes e agora após o procedimento?

3.17. Os profissionais que lhe acompanham na fase pós-operatória são os mesmos da fase pré-operatória? () Sim () Não

3.18. Como se desloca até o hospital para o acompanhamento pós-operatório?

3.19. Você acredita que a cirurgia bariátrica trouxe à sua vida mais benefícios ou malefícios? Por quê?

3.20. Como você avalia o acompanhamento oferecido pelo SUS na fase pós-operatória?



APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Identificação

- 1.1. Nome:
- 1.2. Especialidade:
- 1.3. Há quanto tempo trabalha no HU:
- 1.4. Há quanto tempo atua no acompanhamento da fase pós-operatória da cirurgia bariátrica?
- 1.5. Atende somente no HU?

2. Consultas de Acompanhamento

- 2.1. Após a cirurgia bariátrica com quanto tempo deve-se iniciar o acompanhamento com esta especialidade?
- 2.2. Com que frequência deve ocorrer as consultas?
- 2.3. Com que frequência ocorre as consultas?
- 2.4. O fato de pacientes residirem longe do HU, em outras cidades, influência no acompanhamento?
- 2.5. É realizado algum encaminhamento para acompanhamento nos demais níveis de complexidade do SUS? () Não () Sim. Para qual?

- 2.6. O agendamento das consultas para o acompanhamento pós-operatório é realizado sob que via?
() UBS () HU () Secretária Municipal de Saúde () Outros.
Qual? _____
- 2.7. Você é o mesmo profissional que acompanhou o paciente na fase pré-operatória desta especialidade?

2.8. Enquanto profissional como você percebe as necessidades do paciente para realizar o acompanhamento pós-operatório? O fato de se ausentar do trabalho, de se adequar a novos hábitos, de reajustar a econômica familiar para seguir o acompanhamento.

2.9. É fornecido durante o acompanhamento alguma medicação, alimento ou material informativo ao paciente?

2.10. Caso haja a necessidade ao paciente futuramente de uma cirurgia plástica, ocorre o seu encaminhamento?

2.11. Existe alguma ligação entre a fila de espera da cirurgia bariátrica e da cirurgia plástica, para modo de que o paciente pós-operatório da cirurgia bariátrica já possa aguardar na fila da cirurgia plástica?

2.12. Há um tempo estipulado para que se encerrem as consultas de acompanhamento da sua especialidade?

2.13. Como você avalia o acompanhamento oferecido pelo SUS na fase pós-operatória?

2.14. Quais são as articulações exigidas/demandas pela cirurgia bariátrica na fase pós-operatória entre os níveis de complexidade do SUS?

APÊNDICE C –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Cirurgia Bariátrica: uma análise sobre a fase pós-operatória.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, abaixo assinado, forneço meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) da pesquisa de trabalho de conclusão de curso, sob a responsabilidade da acadêmica Moara Monteiro Sant’Helena, aluna do curso de Graduação de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá, orientadora da pesquisa e docente do Curso de Graduação em Serviço Social da UFSC.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

1. O objetivo principal da pesquisa é compreender como ocorre o acompanhamento da fase pós-operatória da cirurgia bariátrica no SUS;
2. Tenho a liberdade de recusar a participar da pesquisa em qualquer fase, sem qualquer prejuízo a minha pessoa;
3. Os dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo e os resultados obtidos com a pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluindo a publicação na literatura científica especializada;
4. Não terei benefícios diretos participando deste trabalho, mas estarei contribuindo para a produção de conhecimento científico que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade.
5. Os registros escritos e gravados permanecerão em poder do pesquisador e não serão divulgados na íntegra;
6. Poderei entrar em contato com os pesquisadores sempre que julgar necessário. Com a pesquisadora Moara Monteiro Sant’Helena, pelo telefone (048) 96314457 e/ou pelo e-mail: moara15@hotmail.com e com a Profa. orientadora Dra. Keli Regina Dal Prá pelo e-mail: keliregina@yahoo.com;
7. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
8. Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, de maneira que uma permanecerá em meu poder e a outra com os pesquisadores responsáveis.

Cidade: _____

Data: _____ de 2012

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ANEXO A:

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA (adaptado do BAROS)

NOME:	
IDADE:	REGISTRO:
PESO PRÉ:	ALTURA:
Assinale os distúrbios presentes antes da cirurgia bariátrica:	
<ul style="list-style-type: none"> · Hipertensão arterial; pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg · Doença cardiovascular (doença coronariana, angina, insuficiência cardíaca) · Dislipidemia (colesterol >200 mg/dl ou perfil lipídico anormal) · Diabetes tipo II · Apnéia do sono · Osteoartrite ou artralguas · Infertilidade 	
<p>Caso você tenha um dos distúrbios acima, assinale abaixo no respectivo quadrado com "C", se houve melhora completa após a Cirurgia, ou assinale com "P", se houve melhora parcial. Caso não tenha melhorado nada, assinale com "N". <u>Anote ao lado o mês em que houve a melhora.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Hipertensão arterial · Doença cardiovascular · Dislipidemia · Diabetes tipo II · Apnéia do sono · Osteoartrite ou artralguas · Infertilidade 	
Registre seu peso dos seguintes meses depois de operado(a):	
1 mês _____	
3 meses _____	

6 meses _____

9 meses _____

12 meses _____

18 meses _____

2 anos _____

3 e mais anos _____

Quanto às queixas digestivas no pré-operatório, assinale:

- Sem queixas
- Pirose (azia, dor gástrica em “queimação”) eventual.
- Pirose uma vez por semana
- Pirose mais de vez por semana
- Pirose mais à noite
- Pirose mais durante o dia
- Dor ao engolir
- Dificuldade ao engolir, engasgos freqüentes.
- “Dor no estômago”.

Quanto às queixas digestivas após um ano de operado, assinale:

- Sem queixas
- Pirose (azia, dor em “queimação”) eventual
- Pirose uma vez por semana
- Pirose mais de uma vez por semana
- Pirose mais à noite
- Pirose mais durante ao dia
- Dor ao engolir
- Dificuldade ao engolir, engasgos freqüentes.

- Vômitos:

Diários

Semanais

Esporádicos

- “Dor no estômago”.

Fez tratamento para infecção por *Helicobacter pylori*?

- Sim
- Não

Houve a necessidade de utilizar medicamentos como ranitidina, omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, para aliviar sintomas gástricos? Se houve a necessidade cite o medicamento e quando o utilizou.