

Um olhar social para a fase pós-operatória da cirurgia bariátrica: contribuição do Serviço Social

Moara Monteiro Sant'Helena¹
Keli Regina Dal Prá²

***Resumo:** O artigo aborda o tema da obesidade a partir do enfoque no acompanhamento da fase pós-operatório da cirurgia bariátrica ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um hospital público federal, colocando em pauta a visão dos usuários do serviço. A pesquisa pretende dar visibilidade ao olhar social, político e cultural, enfocando a complexidade da temática da obesidade, enquanto a cirurgia bariátrica aparece como resposta a uma crescente demanda e um problema de saúde pública, compreendendo como a obesidade afeta as várias dimensões da vida do sujeito.*

***Palavras-Chave:** Cirurgia Bariátrica; SUS; Acesso à Saúde; Serviço Social.*

Introdução

O artigo discute o acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), colocando em pauta a visão dos usuários de saúde atendidos

¹ Assistente Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Residente do Curso de Residência Integrada em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Endereço profissional: Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/n, Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - CEP: 88040-970. E-mail: moara15@hotmail.com.

² Assistente Social; Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da UFSC. Endereço profissional: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - CEP: 88040-970. E-mail: keliregina@yahoo.com.

nesta fase³. O estudo foi motivado a partir das demandas referidas pelos usuários do serviço de cirurgia bariátrica ao setor de Serviço Social, como: a dificuldade de obter 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; a discriminação e o preconceito sofrido na família e na sociedade em geral; o isolamento social causado por estar fora dos padrões estéticos e a demora nas marcações de consulta para acompanhamento.

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 a 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 problematizada.

Assim, os participantes do estudo foram oito usuários que realizaram a cirurgia bariátrica pelo SUS e se encontravam em acompanhamento ambulatorial no ano de 2012 na instituição pesquisada. Os usuários entrevistados caracterizaram-se por uma amostragem não-probabilística acidental que segundo Silva e Menezes (2001, p.32) “é composta por acaso, com pessoas que vão aparecendo”. Os participantes foram abordados no momento em que aguardavam as consultas no ambulatório da instituição - local onde ocorrem todos os atendimentos da fase pós-operatória.

A partir da construção da análise sobre o acompanhamento da fase pós-operatória pretende-se contribuir

³ A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH/UFSC) e pela direção da instituição conforme Parecer Consubstanciado n. 108.569 de 24 de setembro de 2012.

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.

1. A obesidade como problema de saúde pública

A 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 consequências 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). É um fenômeno que ocorre na humanidade desde muito tempo, porém sua dimensão nunca havia alcançado proporções tão elevadas como atualmente (MOURA; PASCHOAL, 2009). As causas para explicar esse aumento tão importante no número de obesos no mundo estão ligadas a inúmeros fatores, como as mudanças no estilo de vida, a questão genética e nos hábitos alimentares. Percebe-se que é cada vez mais frequente 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 os adolescentes que permanecem

muitas horas sentadas em frente aos aparelhos de televisão, videogames e computadores (ESCRIVÃO et al., 2000).

Estudos demonstram que o crescimento desta doença tem sido ligado a fatores ambientais, sociais e genéticos (OMS, 2012; LIMA; SAMPAIO, 2007; SBCBM, 2007) e afeta 600 milhões de pessoas no mundo, sendo 30 milhões no Brasil. Segundo dados da pesquisa Vigitel 2012 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizada pelo Ministério da Saúde, o percentual de obesos no Brasil, subiu de 11%, em 2006, para 17%, em 2012. Esse percentual é maior entre as mulheres (18,2%) do que entre os homens (16,5%). O excesso de peso também aumentou segundo o inquérito, passando de 43% da população, em 2006, para 51% em 2012 (VIGITEL, 2012). Um levantamento realizado anteriormente pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2007) indicou que 5% da população brasileira possui 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.

Nieman (1999) menciona alguns recursos utilizados para controlar ou prevenir a obesidade, como medicamentos, dietas, atividades físicas, terapias e métodos cirúrgicos. Contudo, grande parte da população obesa já tentou 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.

Segundo um estudo realizado com mulheres de baixa renda moradoras de uma favela da cidade do Rio de Janeiro identificou-se 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 existente 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).

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.

2. A cirurgia bariátrica: explorando a fase pós-operatória

A cirurgia bariátrica é um procedimento hospitalar de alta complexidade, indicada para pacientes com obesidade grave, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde, 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).

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).

Em virtude da 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).

A instituição pesquisada, de natureza pública federal, oferece a cirurgia bariátrica desde 2004, sendo realizadas, em média, 3 cirurgias por semana, assim 12 procedimentos mensais. 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 que apresente maiores riscos no pós-operatório e dois leitos na unidade médica (COELHO, 2012).

Para que a cirurgia bariátrica alcance o resultado almejado, o procedimento cirúrgico não é a etapa final, é necessária a realização do acompanhamento pós-operatório 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 dimensão social presente nessa demanda e a necessidade da participação do Serviço Social para discutir essa complexa temática.

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 do 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. Até o 4º mês após a cirurgia, o paciente passará por quatro dietas, desde a alimentação líquida até atingir a alimentação sólida (COELHO, 2012). 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 no momento de recuperação, a mudança dos papéis

familiares e o ajustamento aos novos papéis é um importante processo.

Apesar das mudanças e alterações nos arranjos familiares, a família é um forte agente de proteção social para os seus membros, mas apesar deste 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).

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, compreendendo as mudanças psicológicas que podem ocorrer ao paciente e até prestando apoio financeiro para a obtenção da medicação.

3. As repercussões da cirurgia bariátrica vivenciadas por seus protagonistas

A discussão dos dados coletados na pesquisa inicia com a apresentação das informações básicas sobre os protagonistas deste estudo que foram os usuários que realizaram a cirurgia bariátrica pelo SUS e que se encontravam em acompanhamento ambulatorial na instituição em questão no ano de 2012. Os dados e informações da pesquisa foram obtidos por meio de um roteiro de questões que nortearam a realização das entrevistas semiestruturadas. Estas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2012, durante três semanas. A Tabela 1 apresenta a identificação dos usuários entrevistados.

Tabela 1- 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: Sant'Helena (2013).

As informações da Tabela 1 indicam como característica dos participantes sua predominância de outros municípios, sendo somente dois entrevistados procedentes de Florianópolis, cidade sede da unidade hospitalar. Nota-se de maneira expressiva a presença feminina e renda familiar que variou entre de 1,5 e 6 salários mínimos. Também se identificou que metade dos entrevistados acessa benefícios sociais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o auxílio-doença e pensão por morte. A composição familiar entre os entrevistados varia de 2 a 4 membros.

Em relação a intervenção cirúrgica, quatro pacientes afirmaram que souberam da cirurgia bariátrica através do médico clínico geral da Unidade Básica de Saúde (UBS), enquanto que dois referiram que foi através de conhecidos, uma usuária soube pelos meios de comunicação e uma usuária foi informada pelo médico clínico geral da instituição que realiza o procedimento.

A partir dos depoimentos foi possível perceber que a trajetória dos usuários para acessar o serviço da cirurgia bariátrica compreendeu diversas formas de acesso, do mesmo modo que há várias combinações para a utilização dos serviços,

cujos interesses são o atendimento da necessidade (ALVES, 2010). Os pacientes percorrem um determinado caminho até chegarem a marcação da cirurgia e isto variou 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.

Outro fator fundamental no processo de cirurgia bariátrica foi o acompanhamento familiar. A família é considerada como a primeira instância na proteção dos seus membros e 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 esta se organize para participar das estratégias que envolvem o atendimento das necessidades do paciente que se encontra fragilizado (ALVES, 2010).

Em todos os relatos foi destacado o sentimento de segurança transmitido pelos entes familiares, em geral companheiros, filhas, irmãs, mães e tias. Porém a permanência destes junto aos pacientes demandou uma organização familiar, onde muitas vezes sobrecarrega a família que tem de mudar a rotina para fazer-se presente. Quatro usuários alegaram que não houve sobrecarga para a família, uma vez que esta é composta por muitos membros que se revezaram no cuidado e se fizeram presentes quando necessário. Os demais entrevistados indicaram duas outras situações: 1) a realidade alterou-se e houve a predominância da presença de um desses familiares no cuidado e 2) houve a dificuldade de acompanhamento dos familiares pela presença de crianças no âmbito familiar, o que demandou a presença de outra pessoa para cuidá-las, enquanto alguém cuidava do paciente.

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-a

nas diretrizes oficiais e no processo de cuidado. Essa incorporação da família pelos serviços de saúde altera consequentemente a organização e a provisão do cuidado em saúde. 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).

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 que demandavam cuidados.

Quando se tornam 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 outra pessoa que se encontra 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).

Em relação ao acompanhamento pós-operatório dos usuários pela instituição que realizou o procedimento foi levantado que, sete entrevistados deram continuidade ao tratamento na sequência do procedimento cirúrgico. Somente uma usuária não realiza mais o acompanhamento na instituição, pois prosseguiu com o atendimento na UBS do bairro pelo

vínculo que já estabelecia anteriormente à cirurgia, além do que afirma que as consultas no hospital são demoradas e que precisa de um acompanhamento mais próximo. Outro usuário destacou que houve o encaminhamento por parte dos profissionais para o acompanhamento nos demais níveis de complexidade do SUS, neste caso para a 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, pelo próprio controle em virtude da demora das consultas ambulatoriais e pelo aparecimento de depressão.

No entanto, quando questionados sobre o acompanhamento pós-operatório com a equipe específica da instituição, somente um usuário havia, no momento da pesquisa, consultado com todos os profissionais das especialidades envolvidas: endocrinologista, cirurgião, psicólogo e nutricionista. Essa situação se deve em função da dificuldade de vir do município de residência, sendo que estas especialidades atendem em horário diferenciado das demais.

O fator social influencia 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 de dois dos 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.

Outra dificuldade apresentada no acompanhamento pós-operatório se refere ao acesso à medicamentos, uma vez que após a cirurgia o usuário necessita de reposição vitamínica para o restante da vida. Todos os entrevistados utilizam as medicações, o que os diferencia é o modo que se organizam para sua aquisição, seja pela compra em drogarias ou através da ajuda financeira de familiares.

Essa inacessibilidade aos medicamentos necessários para a continuidade do tratamento por parte dos usuários do SUS denuncia uma lacuna no atendimento ao princípio da integralidade na saúde onde as políticas públicas nem sempre atendem às necessidades básicas da população. Assim, 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 a 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.

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 um usuário o orçamento permaneceu o mesmo sem oscilações financeiras e para os outros quatro usuários a mudança no orçamento foi significativa, pois destacam o acréscimo pela compra das medicações e pela aquisição de determinados alimentos.

No entanto, não é somente a aquisição dos medicamentos e da dieta que implica no fator financeiro das famílias que possuem pessoas que passaram pela cirurgia bariátrica. A realização desse procedimento implica em um processo de recuperação que demanda o afastamento temporário do trabalho. A coleta de dados indicou que quatro dos entrevistados trabalhavam por conta própria sem vínculo empregatício e um usuário que não trabalhava na época. Somente um usuário possuía vínculo empregatício com carteira assinada, e no momento encontrava-se afastado do trabalho recebendo o benefício auxílio-doença.

Apesar das inúmeras questões postas à dimensão social que envolve a cirurgia bariátrica, os usuários relatam algumas das mudanças na vida cotidiana após a fase pós-operatória, destacando: facilidade de realizar a higiene pessoal; aumento da mobilidade - dar banho no filho, ter disposição para caminhar, melhora na respiração e realização dos serviços domésticos; aprendizado em comer de forma saudável; melhora na vida social, no casamento e no campo profissional, aumento da autoestima; aumento na expectativa de vida - controle das doenças; a roupa larga, a diminuição do tamanho da barriga, a visibilidade do pescoço.

Muda radicalmente a gente aprende a comer de novo, a comer com fome digamos assim [...]. 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 [...]. 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).

Os benefícios trazidos à vida dos pacientes oriundos da cirurgia bariátrica são perceptíveis em quase todas as entrevistas onde foram pontuados elementos como: 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. Mas também foram indicados 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.

As respostas às questões postas pela cirurgia bariátrica devem ser pautados na articulação entre os serviços da rede de saúde, com enfoque para atenção básica que se constitui como o primeiro elo de conexão do sistema, a fim de evitar que após os encaminhamentos não haja mais contato da instituição hospitalar 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. Observa-se a necessidade da permanente articulação dos serviços prestados, como o protocolo de referência e contra referência, possibilitando com isto a melhora e a ampliação da relação hospital-atenção básica, contemplando a integralidade dos serviços.

Considerações Finais

A obesidade apresenta-se como uma doença crônica com inúmeras consequências, decorrente de inúmeros fatores que tem reflexos extremamente graves e atualmente é considerada um problema de saúde pública.

A cirurgia bariátrica aparece no contexto da obesidade como prática para revertê-la, porém tida como a principal solução para o problema - a “tábua de salvação”. Identificou-se que muitos usuários depositam na intervenção cirúrgica a possibilidade para a perda de peso e a permanência do novo corpo sem a compreensão de todo o contexto que implica a cirurgia. Com isso, muitos usuários chegam a fase pós-operatória sem compreender todas as modificações que ocorrerão após o tratamento. A perda de peso, a mudança do corpo, a nova aparência, são efeitos não somente da cirurgia em si, mas de todo o acompanhamento antes e após o procedimento.

Verificou-se a partir dos relatos que há dificuldade por parte de alguns usuários com relação ao prosseguimento do acompanhamento pós-operatório com as quatro especialidades, em virtude de que quando perdem o peso estipulado declaram-se com a alta ambulatorial. Porém, existem as barreiras geográficas e institucionais que impedem o acesso ao acompanhamento pós-operatório. Estas barreiras são ainda mais complexas, em virtude de ocorrerem independentemente da vontade do usuário e sim por fatores externos, deixando-o frágil por sua condição.

A família é percebida como elo de proteção que atua prestando o suporte emocional - oferecendo atenção e segurança - e financeiro - com as questões relacionadas a aquisição da alimentação, de medicamentos e de moradia. Há o reconhecimento da instância familiar como fonte de cuidado desde o período de internação para a realização da cirurgia, como após a mesma e durante todo o processo de recuperação.

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 de adoecimento em que se encontram seus integrantes.

Para os usuários que não possuem condições financeiras para manter a adequação da fase pré-operatória, a família é “elemento chave”. A fase pós-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.

Diante das indicações da pesquisa constata-se a necessidade de repensar os serviços de prevenção e promoção de saúde ofertados pela atenção primária, que deveriam primar para que o usuário tivesse o acompanhamento e o controle desta doença desde o primeiro contato com os serviços de saúde, diminuindo a possibilidade da intervenção cirúrgica, em virtude de nenhum outro tratamento reverter a situação.

Referências

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

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, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2011.

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.

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.

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.

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

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

FERREIRA, V.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da favela da

Rocinha; Rio de Janeiro; Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2005. p.1792-1800.

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

HOMEM, M. **Um estudo sobre a trajetória dos pacientes portadores de obesidade mórbida até a cirurgia bariátrica no HGCR**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Serviço Social, Florianópolis, 2005.

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.

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

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.

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

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

PINTO, M. **Avaliação da memória recente e da qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília, 2009.

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

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

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.

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.

SILVA, R. **Atribuições das políticas de seguridade social às mulheres: uma discussão sobre o cuidado e a responsabilização feminina**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Serviço Social, Florianópolis, 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.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 2. 1997. p.325-330.

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.

VIEIRA, F. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista de Saúde Pública**. 2008. p.1-5.

VIGITEL. Vigitel 2012. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/404.html>. Acesso em: 07 de jul. de 2012.

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

Recebido em 12/06/2013 e
aceito em 12/10/2013.

Title: *A social view at the postoperative stage of bariatric surgery: contribution of Social Service*

Abstract: *This paper addresses the obesity issue focused on the monitoring the post-operative bariatric surgery period offered by the National Health System, Sistema Único de Saúde (SUS) in a public hospital federal, putting forth the service users. The research aims to highlight the social, political and cultural opinion, based on the complexity of the obesity issue, in the moment that bariatric surgery is increasing and becoming a public health problem, understanding how obesity affects different aspects of a person's life.*

Keywords: *Bariatric Surgery; SUS; Public Health, Social Work.*
