



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

***HABITUS E RUPTURA BIOGRÁFICA DE PESSOAS
SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA***

BRASÍLIA - DF

2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

***HABITUS E RUPTURA BIOGRÁFICA DE PESSOAS
SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA***

Dissertação apresentada como requisito parcial para
a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

LINCONL AGUDO OLIVEIRA BENITO

ORIENTADOR: DR. MIGUEL ÂNGELO MONTAGNER

BRASÍLIA - DF

2015

DEDICATÓRIA:

A Deus, por permitir mais um dia de vida, esperança, felicidade e realizações.

A meu pai Luiz Agudo Benito, homem forte e trabalhador, que com o seu exemplo de vida, humildade e perseverança, me fizeram acreditar que mesmo nas turbulências da vida e das dificuldades cotidianas, o estudo e o trabalho permitem ao ser humano uma existência nesta realizada mais pacífica e harmoniosa. Eu te amo, eu te honro, e prometo fielmente a continuar o que o senhor iniciou.

Aos meus familiares que em meu cotidiano, me ensinaram e facilitam a minha existência com os momentos compartilhados e cumplicidade e amor.

E a você, que me auxiliou de forma direta ou indireta na conclusão desta pesquisa.

Muito obrigado.

AGRADECIMENTOS:

À Dra. Maria Fátima de Sousa, Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB).

À Dra. Helena Eri Shimizu, Coordenadora Geral do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Brasília (UnB).

Ao professor doutor Everton Nunes e à profa doutora Maria de Fátima Souza pela participação generosa e pelas orientações ofertadas, um muito obrigado.

À Dra Inez Montagner, pela leitura paciente deste trabalho e pelas sugestões que enriqueceram o resultado final.

Ao Dr. Miguel Ângelo Montagner, Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Brasília (UnB). Meu orientador e amigo, que com paciência e perseverança aceitou a incumbência de me orientar neste trabalho, me auxiliando em todos os momentos de desenvolvimento deste estudo. Sem o senhor, esse estudo não seria completado. Meu muito obrigado.

A todos os integrantes da turma do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Brasília (UnB), aprovados no 1º/2013. Muito obrigado pelas possibilidades de crescimento pessoal e profissional, além da possibilidade de reflexões, análises e discussões nos mais variados temas em saúde coletiva. Muito obrigado.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste curso e para que o presente trabalho fosse concluído. Sinceramente, muito obrigado.

RESUMO:

Trata-se de um estudo que se propôs a analisar as mudanças corporais identificadas em pessoas que se submeteram a realização de cirurgia bariátrica (CB). Para captação de dados necessários a edificação do presente estudo, foram implementadas entrevistas a um universo de cinquenta (50) pessoas. Após esse processo, se procedeu a organização dos dados utilizando o software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences®, Chicago, IBM®) em sua versão de número 20.0 para a análise quantitativa e o software ALCEST® (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte®, do CNRS, França), para a análise qualitativa. A questão da análise da mudança corporal em pessoas obesas submetidas a CB foi dissecada por meio do conceito de *habitus* proposto por Pierre Bourdieu e *ruptura biográfica* em Michael Bury. Foi verificado que o perfil sócio-demográfico os sujeitos da pesquisa. Na análise qualitativa, foram construídas quatro classes de categorias encontradas. Por meio do presente estudo foi possível verificar a complexidade das questões relacionadas às debilidades vivenciadas pelo agente obeso, nos vários campos em que eles acessam e transitam em seu cotidiano. Por meio da realização da CB, o agente-obeso desenvolve mudança em seu *habitus*, sendo percebida uma verdadeira ruptura biográfica em sua existência. Após a implementação deste processo, ele desenvolve várias estratégias exigidas pela sua nova condição existencial. Para outros, é percebido o desejo de realização de novo procedimento cirúrgico na modalidade plástica.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade; Cirurgia bariátrica; Mudança corporal, Habitus; Ruptura biográfica.

ABSTRACT:

This was a study that set out to analyze the bodily changes observed in people who have undergone performing bariatric surgery (CB). For data capture required the building of this study, interviews were implemented to a universe of fifty (50) people. After this process, we proceeded to organize the data using SPSS software (Statistical Package for Social Sciences®, Chicago, IBM®) in its version number 20.0 for quantitative analysis and ALCEST® software (Analyse lexicale par Contexte d'un Ensemble Segment of Texte®, CNRS, France), for qualitative analysis. The question of the analysis of bodily change in obese people undergoing CB was dissected through the concept of habitus proposed by Pierre Bourdieu and biographical disruption in Michael Bury. It was found that the socio-demographic research subjects. In qualitative analysis, four classes were built of found categories. Through this study we observed the complexity of issues related to weaknesses experienced by obese agent in the various fields in which they access and transit in their daily lives. Through the realization of the CB, the agent-obese develops change in their habitus, being perceived a real biographical disruption in its existence. After the implementation of this process, he develops various strategies required for its new existential condition. For others, it realized the desire to carry out new surgical procedure in plastic mode.

KEY WORDS: Obesity; Bariatric surgery; Body change; Habitus; Biographical Disruption.

LISTA DE SIGLAS:

ADA: American Diabetes Association (Associação Americana de Diabetes).

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ASMBS: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica).

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde.

CB: Cirurgia bariátrica.

CFM: Conselho Federal de Medicina.

CGMAC: Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade.

CID: Classificação Internacional das Doenças.

COESAS: Comissão de Especialidades Associadas.

DAET: Departamento de Atenção Especializada e Temática.

DBPDS: Derivação Biliopancreática com Duodenal Switch.

D.M.: Diabetes mellitus.

D.M. 2: Diabetes mellitus tipo 2.

DOU: Diário Oficial da União.

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis.

FAO: Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura.

FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

FMUSP: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

H.A.: Hipertensão arterial.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IMC: Índice de Massa Corporal.

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

MDS: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

MEDLINE: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.

MS: Ministério da Saúde.

NHE: Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

OMS: Organização Mundial da Saúde.

ONU: Organização das Nações Unidas.

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde.

PLANSAN: Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

POF: Pesquisa de Orçamentos Familiares (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

SBCB: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica.

SBCBM: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

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

WHO: World Health Organization (Organização Mundial da Saúde).

LISTA DE TABELAS:

TABELA 01 – Frequência de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil pela iniciativa privada, entre os anos de 2003 a 2012.

TABELA 02 – Frequência da realização de cirurgias bariátricas pelo setor público no Brasil, entre os anos de 2003 a 2012.

TABELA 03 – Valores financeiros gastos para a realização de cirurgias bariátricas pelo setor público no Brasil, entre os anos de 2003 a 2012.

TABELA 04 – Frequência de cirurgias bariátricas realizadas pelo setor público no Brasil entre os anos de 2003 a 2012, por diferentes modalidades.

TABELA 05 – Frequência e percentual de cirurgias bariátricas realizadas pelo setor público no Brasil entre os anos de 2003 a 2012, por diferentes modalidades.

TABELA 06 – Gastos com cirurgias bariátricas realizados pelo setor público no Brasil entre os anos de 2003 a 2012, por diferentes modalidades.

TABELA 07 – Perfil sócio-econômico dos sujeitos da pesquisa (n=50).

TABELA 08 – Perfil sócio-econômico dos pais dos sujeitos da pesquisa (n=50).

TABELA 09 – Perfil sócio-econômico das mães dos sujeitos da pesquisa (n=50).

SUMÁRIO:

PLANO GERAL DA PESQUISA.....	14
A IMPLICAÇÃO DO AUTOR COM A PESQUISA.....	16
CAPÍTULO I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA.....	21
O SER OBESO, A SOCIOLOGIA FILOSÓFICA DE PIERRE BOURDIEU E A RUPTURA BIOGRÁFICA DE BURY.....	22
AGENTE OBESO	25
OBJETIVOS	34
OBJETIVO GERAL.....	34
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
METODOLOGIA.....	36
AMOSTRA.....	38
CAPÍTULO II.....	39
A PANDEMIA DA OBESIDADE ENQUANTO QUESTÃO EMERGENTE DE SAÚDE PÚBLICA.....	39
A OBESIDADE.....	39
A OBESIDADE MÓRBIDA	43
A CIRURGIA BARIÁTRICA.....	46
CAPÍTULO III ANÁLISE DAS POLÍTICAS E DO FINANCIAMENTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA NO BRASIL	51

A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA PELO SETOR PRIVADO	56
A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA PELO SETOR PÚBLICO	58
CAPÍTULO IV PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PESQUISADOS.....	64
CAPÍTULO V ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS	77
CLASSE 01 - OBESIDADE: AS VÁRIAS FACES DE UM PROBLEMA COMPLEXO	78
CLASSE 02 - OBESIDADE: LIMITAÇÕES E EXCLUSÃO SOCIAL.....	106
CLASSE 03 – OBESIDADE E MEIOS DE COMUNICAÇÃO, SERVIÇO PÚBLICO E SERVIÇO PRIVADO EM SAÚDE	118
CLASSE 04 - DA CIRURGIA BARIÁTRICA À CIRURGIA PLÁSTICA	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
ANEXOS	168

Pela informação eu adquiro o conhecimento,
e o conhecimento me permite agir, tomar
decisões com liberdade, enquanto os outros
o fazem pelo medo.

ARISTÓTELES

PLANO GERAL DA PESQUISA:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o excesso de peso e a obesidade são o sexto (6º) fator de risco mais importante de morte no mundo. Morrem a cada ano em torno de 3,4 milhões de adultos, como resultado de excesso de peso ou obesos. Além disso, 44% da carga de diabetes (DM), 23% da carga de doença isquêmica do coração e entre 7% e 41% da carga de alguns tipos de cânceres (CA) são atribuídos ao excesso de peso e a obesidade (OMS, 2014).

Nesse sentido, uma das terapias mais utilizadas na atualidade é a cirurgia bariátrica (CB), procedimento operatório realizado em suas várias modalidades e que permite de forma mais eficiente a redução do peso corporal do paciente, bem como, a redução das comorbidades, além do controle do estado geral e dos níveis pressóricos relacionados a hipertensão arterial (HA), aos níveis glicêmicos relacionados ao diabetes mellitus (DM), dentre outros estados e enfermidades associadas.

Fruto dos avanços tecnológicos e das inovações no setor saúde, a CB é realizada em larga escala, sendo um procedimento invasivo, disponibilizado na atualidade a um quantitativo cada vez maior de pessoas de ambos os sexos, nas faixas etárias de dezoito (18) à sessenta e cinco (65) anos de idade e de todas as camadas sociais.

Na introdução, apresentamos as principais questões sobre as quais nos debruçamos, isto é, qual o significado da obesidade e da cirurgia bariátrica no contexto mundial e na sociedade brasileira. Chamamos atenção para o tema como um problema extremamente importante de saúde pública/coletiva. Justificamos também o meu interesse específico pelo assunto e minhas implicações no tema.

No primeiro capítulo, faremos uma análise e discussão dos principais conceitos utilizados e em qual quadro teórico inserirmos nossa pesquisa.

No segundo capítulo, será analisada a questão da obesidade, enquanto indiscutível problema de saúde pública e pandemia global, responsável pelo surgimento de enfermidades crônicas degenerativas não-transmissíveis como é o caso da hipertensão arterial (HA), o diabetes mellitus (DM) dentre muitas outras.

No terceiro capítulo, será analisada a questão da cirurgia bariátrica (CB) enquanto recurso e, uma das últimas alternativas a serem implementadas em pessoas obesas, que possuem índice de massa corporal (IMC) muito elevado e que são possuidoras de comorbidades associadas.

No quarto capítulo, será analisada a questão do impacto financeiro da CB no Brasil no período histórico referido, refletindo sobre a ampliação na frequência de realização deste procedimento operatório e ainda, sobre o montante financeiro destinado ao pagamento de sua implementação em todas as unidades federativas (UF) que compõem a nação brasileira.

Nos resultados, apresentamos o material obtido e analisado.

Por fim, nas considerações finais, procuramos expor algumas ideias, conclusões e propostas sobre o assunto.

A IMPLICAÇÃO DO AUTOR COM A PESQUISA:

A obesidade sempre fez parte de minha vida. Desde minha infância, me percebo enquanto pessoa obesa. E em meio aos vários campos sociais que transito e em todas as épocas de minha existência, já percebia vários sentimentos expressados, escondidos ou até mesmo “camuflados” e mascarados das pessoas por conta de minha constituição corporal e morfológica.

Na minha infância, a apresentação de uma criança acima do peso era algo que causava, nas pessoas de meu convívio e de forma visualmente percebível, o status de uma família sem dificuldades financeiras e que, supria todas (ou quase todas) as necessidades (inclusive alimentares) de seus pertencentes.

Desta forma, não percebia a questão do peso corporal superior ao considerado normal, enquanto problema ou fenômeno pessoal, que poderia gerar em mim desconfortos, enfermidades e limitações em meu cotidiano existencial.

Talvez por isso, eu não conseguia associar o estado de meu corpo com enfermidades, causa com efeito, ausência de atividade física com possíveis debilidades, ou seja, várias categorias binomiais que fizeram e ainda fazem parte visceral e orgânica de meu cotidiano.

Já na adolescência, um novo mundo se descortinou para mim, oferecendo um verdadeiro universo de possibilidades e oportunidades, mas exigindo também uma verdadeira transformação.

A ampliação no trânsito ativo por vários campos sociais, o aumento no convívio e no conhecimento de outras pessoas de certa forma se constituía de forma dolorosa. Nesse novo momento de minha vida, a exigência por parte de todos se constituiu um verdadeiro “divisor de águas” em meu cotidiano.

Objetivando reduzir preconceitos, humilhações e até mesmo a exclusão e o rechaçamento de muitos grupos sociais, tive que utilizar enquanto estratégia de defesa a realização de várias atividades físicas, como por exemplo, o hábito da caminhada, o andar de bicicleta, partidas de futebol, dentre muitas outras que favoreciam “certo” controle de meu peso corporal.

Nesse esforço cronológico e biográfico, um outro fato digno de nota e que muito contribuiu para uma maior interpretação e compreensão desta “chaga” pessoal, foi um maior conhecimento que tive de meus familiares, tanto do ramo paterno quando do materno.

Em algumas viagens realizadas nas épocas das férias escolares, minha família se deslocou para um reencontro de seus antecessores e nesse momento tive a certeza. Estava esclarecida de forma cabal e incontestável que o mistério que me afligia se encontrava no seio de meus entes cossanguíneos.

Em suma: a maior parte de minha família se constituía de pessoas que se encontravam acima do peso, obesas e que já apresentavam algum tipo de complicação em decorrência de sua constituição corporal avantajada, apresentando complicações de cunho patológico, derivadas da obesidade e de suas comorbidades.

Uma outra questão que julgo de fundamental importância ao objetivo que estamos perseverando é o fato de meus bisavós e avós possuírem descendência europeia.

Oriundos das nações espanhola e italiana, aportaram em terras brasileiras com o objetivo de adquirirem melhores condições de vida e se defenderem, fugindo dos conflitos bélicos instalados naquela época, além de outros perigos e deficiências existentes como a fome, a miséria, além das inumeráveis privações.

Nesse sentido, pude perceber não ser o único de minha descendência a viver com esse ruidoso conflito.

Já em minha vida universitária, enquanto graduando em enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF), tive a oportunidade de melhor compreender a questão da obesidade, sendo esta possibilidade proporcionada por meio de várias disciplinas de cunho teórico e práticas cursadas e concluídas no decorrer de minha formação acadêmica.

Nesse momento, tive também o contato e a vivência de forma mais real com pessoas, dentre eles pacientes que eu prestava assistência de enfermagem, nos estágios curriculares e extra-curriculares, que possuíam enquanto diagnóstico obesidade mórbida, além de enfermidades e co-morbidades relacionadas.

O cuidado com pessoas obesas de todas as idades e pertencentes aos vários meios sociais já me apontavam que ninguém estava totalmente imune ou salvo deste devastador problema de saúde, que a cada dia, ampliava os seus quantitativos de vítimas, vulnerabilizando de forma real a criatura humana, ceifando em numerosos casos suas vidas.

Na pós-graduação, na modalidade *lato-sensu*, e em meio as discussões e embates que possuíam enquanto objetivo, o aprofundamento teórico e intelectual de questões ligadas à ciência, tecnologia e aos limites bioéticos dos avanços científicos, um

dos debates mais presentes e acirrados, eram o corpo, suas fragilidades, suas potencialidades e suas modificações implementadas de forma direta e indireta.

A constatação que o corpo humano, na atualidade, tem modificado sensivelmente seu valor e sua necessidade, em nossa sociedade, nos inquietou com tão gritante e pesada constatação. O corpo havia se tornado uma mercadoria, como haviam declarado os filósofos e pensadores da corrente marxista, em suas dimensões, tanto históricas quanto como dialética.

Ou ainda com valor de uso e de troca como conceituava o filósofo grego Aristóteles, quando se debruçava em refletir sobre o “valor das coisas”. Não por acaso, o corpo humano vive, ou sobrevive em nosso cotidiano numa verdadeira dimensão de idolatria, ou afirmam alguns especialistas, uma “corpolatria”.

Por essas e por muitas outras razões, não é concebível que o mesmo se apresente obeso, flácido, ineficiente, lento, ou incapaz de realizar suas funções e atividades próprias.

Nos dias atuais, não é pensável a constituição corporal acima dos parâmetros considerados normais e socialmente aceitos, esteticamente harmoniosos e desejáveis.

Já cursando a pós-graduação no nível *stricto sensu* em gerontologia, tive a possibilidade de estudar e pesquisar sobre várias modificações que ocorrem com o ser humano e com a sociedade, por conta dos fenômenos relacionados ao processo de envelhecimento.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

O SER OBESO, A SOCIOLOGIA FILOSÓFICA DE PIERRE BOURDIEU E A RUPTURA BIOGRÁFICA DE BURY

Antes de iniciar este processo analítico, no que se refere a pessoa obesa e as reflexões analíticas desenvolvidas por Pierre Bourdieu, cabe lembrar que Pierre Bourdieu não se dedicou diretamente a estudar o campo da saúde, como um objeto, conforme indicou Montagner (MONTAGNER 2006, 2008).

Entretanto, por conta da singularidade de suas interpretações, bem como, pela indescritível amplitude, profundidade e alcance em sua minuciosa e complexa análise hermenêutica e dialética do mundo contemporâneo e dos seus principais hiatos e embates internacionais inclusive, creio organicamente que seus esforços laborativos e intelectuais em muito podem contribuir aos objetivos propostos em nossa pesquisa.

O *habitus* fundamentado por Pierre Bourdieu é o conceito que tem um papel central, pois ele marca o lugar do agente social ou sujeito histórico. Além disso, esse conceito inova ao possibilitar a mediação teórica entre indivíduo e sociedade ou estruturas e sujeitos históricos. O *habitus* tende a ser um conceito elástico, quase um axioma a partir do qual é possível construir trabalhos empíricos de monta. Sua caracterização é difícil e requer uma quantidade complexa tanto de indicadores quanto de variáveis. Além disso, é um conceito que atravessa o espaço social em um contínuo que vai do individual ao coletivo, de *hexis* corporal a *illusio* (MONTAGNER, 2006).

Esse *habitus*, em nossa análise, guarda implicações que caracterizam uma segunda natureza, pressupostos básicos sem os quais ele não mantém sua coerência e operacionalidade (MONTAGNER, 2006).

Michael Bury contribuiu de maneira decisiva para essa discussão ao apontar o que ele chamou de “ruptura biográfica”. Bury propôs seu conceito com a intenção de objetivar uma série de mudanças pelas quais passa o adoecido, em especial o crônico. Depois de uma primeira e fundamental safra de estudos nos anos 70, primeiramente nos EUA e depois Inglaterra, uma nova onda, nos anos 80, estende estas pesquisas focadas nas doenças crônicas aquelas de fundo agudo ou deste tipo: diabetes, ataque cardíaco etc. Por isso, escolhemos para estudo uma doença, a obesidade ou obesidade mórbida (MONTAGNER e MONTAGNER, 2011).

Analisando esta questão a luz das reflexões desenvolvidas por Bury, alguns aspectos são evidenciados. O primeiro aspecto é a *ruptura biográfica* causada pela enfermidade e as tentativas iniciais em lidar com a incerteza que ela traz; o segundo é o *impacto do tratamento* na vida cotidiana, quando isto é relevante; e o terceiro é a *adaptação e gerenciamento* de longo prazo da enfermidade e das sequelas, as quais são empreendidas pelas pessoas ao responder à situação e tentar reconstruir sua vida normal (MONTAGNER e MONTAGNER, 2011).

O ser obeso ou obeso mórbido pode ser tomado, de acordo com a filosofia sociológica de Pierre Bourdieu, enquanto uma espécie de agente que transita, se representa e se apresenta em vários campos constituintes da sociedade. Nesses vários espaços sociais, o agente obeso nasce, cresce, se desenvolve, envelhece, adoce e morre.

É também nesses vários espaços sociais que o agente obeso adquire condições e as amplia, objetivando poder transitar nos vários campos constituintes da sociedade. É no seio de sua família, primeiro ambiente de socialização, ou ainda matriz

da sociedade, que este agente recebe e processo as primeiras informações, ensinamentos e noções para exercer sua convivência e existência em sua comunidade nuclear inicial.

Desta forma, podemos citar enquanto possíveis campos que este agente social transita com maior frequência, o campo educacional, o campo religioso, o campo laborativo-profissional e o campo político. O ingresso, a permanência, a transição, a ausência ou ainda, a exclusão de um ou dos vários campos existentes na sociedade será determinado pelo interesse do agente social em questão, e também pela aceitação do mesmo pelos integrantes e agentes já existentes no campo social de interesse.

Desta forma e, conforme sustentado por Bourdieu, os campos sociais não são e nem se constituem enquanto espaços sociais “imóveis”, “inertes” e sem nenhum tipo de “reação”, no que se refere aos vários fenômenos direta ou indiretamente influenciadores e influenciados em sua “morfologia metabólica social”.

Para esse importante pensador e pesquisador da sociedade contemporânea, o conjunto de campos constituintes da sociedade se configuram enquanto “mecanismos sociais dinâmicos” que se “modificam”, se “remodelam” e se “atualizam” de forma “contínua”, “sinérgica” e “constante”.

Assim, Bourdieu também aponta que vários são os mecanismos e fenômenos que produzem e processam modificações estruturantes e estruturais nas composições dos vários campos sociais de força. Nesse sentido, os agentes sociais que incluem obesos e obesos mórbidos necessitam, para serem aceitos nos campos sociais, se adaptar, ou seja, melhor se adequarem às exigências, rotinas, normas, imposições e políticas instituídas e que regulam, normatizam e norteiam as relações desempenhadas e

exercidas pelos agentes neste corpo social de poder, representação, apresentação, manutenção e ascensão social.

No campo educacional, o agente obeso irá experienciar os primeiros convívios duradouros) com pessoas que anteriormente não eram de seu núcleo familiar, comunitário e/ou social, ampliando desta forma quantitativamente e qualitativamente seu espectro de amizades e relacionamentos com uma ou várias pessoas pertencentes aos mais variadas castas e estratos sociais.

O AGENTE OBESO:

Os agentes sociais estão inseridos na estrutura e em posições que dependem do seu capital e desenvolvem estratégias que dependem, elas próprias, em grande parte, dessas posições, os limites de suas disposições (BOURDIEU, 2004).

Há, portanto, estruturas objetivas, e além disso há lutas em torno das estruturas. Os agentes sociais, evidentemente, não são partículas passivamente conduzidas pelas forças do campo (BOURDIEU, 2004).

Pode-se definir agente obeso como uma pessoa que no decurso de sua existência desenvolveu o aumento do seu peso corporal e, perseverando nessa condição, passa a estar em situação ou condição vulnerável ao surgimento de várias enfermidades e co-morbidades.

Nesse sentido, o agente obeso ou agente obeso mórbido, pode apresentar este fenômeno de ordem morfológica, fisiológica e patológica, desde sua infância,

adolescência, idade adulta ou ainda em sua velhice, estando vulnerabilizado pelas suas várias implicações pertencentes ao *modus operandi* da enfermidade obesidade.

Esta ruidosa questão que se constitui enquanto inquestionável questão de saúde pública, encontrando-se na atualidade identificado, conforme consagrado na literatura científica, em nações industrializadas ou em processo de industrialização, em todos os continentes e nações, tanto na zona rural quanto na zona urbana e nos vários estratos constituintes da sociedade.

Desta forma, um verdadeiro arsenal biotecnológico é constantemente proposto e renovado, sendo disponibilizado aos agentes obesos e agentes obesos mórbidos, além também, para todos os integrantes da sociedade, enquanto forma de salvaguarda e manutenção de sua condição física e combate ao sobrepeso corporal.

Assim, pode-se compreender que estes produtos, aparelhos, instrumentos, instrumentais, além de várias técnicas de combate e controle à obesidade e a obesidade mórbida são emanadas dos vários campos de força, constituintes das sociedades, sendo identificada maior predominância e magnitude junto ao campo científico.

A noção de campo está aí para designar esse espaço relativamente autônomo, esse microcosmo dotado de suas leis próprias. Se, como o macrocosmo, ele é submetido a leis próprias. Se, como macrocosmo, ele é submetido a leis sociais, essas não são as mesmas. Se jamais escapa às imposições do macrocosmo, ele dispõe, com relação a este, de uma autonomia parcial mais ou menos acentuada. E uma das grandes questões que surgirão a propósito dos campos (ou subcampos) científicos será precisamente acerca do grau de autonomia que eles usufruem (BOURDIEU, 2004).

Vários são os campos de uma sociedade segundo este pensador contemporâneo, sendo que os mesmos podem se constituir enquanto um universo intermediário que podemos chamar de campo literário, artístico, jurídico ou científico, isto é, o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a arte, a literatura ou a ciência. Esse universo é um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas (BOURDIEU, 2004).

Para este intelectual contemporâneo, quanto mais autônomo for um campo, maior será o seu poder de refração e mais as imposições externas serão transfiguradas, a ponto, frequentemente, de se tornarem perfeitamente irreconhecíveis. O grau de autonomia de um campo tem por indicador principal seu poder refração e de retradução. Inversamente, a heteronomia de um campo manifesta-se, essencialmente, pelo fato de que os problemas exteriores, em especial, os problemas políticos, aí se exprimem diretamente. Isso significa que a “politização” de uma disciplina não é indício de uma grande autonomia, e uma das maiores dificuldades encontradas pelas ciências sociais para chegarem à autonomia é o fato de que pessoas pouco competentes, de um ponto de vista de normas específicas, possam sempre intervirem nome de princípios heterônomos sem serem imediatamente desqualificados (BOURDIEU, 2004).

Os campos são os lugares de relações de forças que implicam tendências imanentes e probabilidades objetivas. Um campo não se orienta totalmente ao acaso. Nem tudo nele é igualmente possível e impossível em cada momento. Entre as vantagens sociais daqueles que nasceram num campo, está precisamente o fato de ter, por uma espécie de ciência infusa, o domínio das leis imanentes do campo leis não escritas que

são inscritas na realidade em estado de tendências e de ter o que se chama em *rugby*, mas também na Bolsa, *o sentido do jogo* (BOURDIEU, 2004).

O campo científico, conceito sustentado por Pierre Bourdieu, se constitui enquanto o ambiente ou espaço na sociedade que irá propor várias formas de cuidados, tratamentos, terapias e procedimentos, a serem disponibilizados a toda a sociedade para manutenção corporal e aos agentes obesos e obesos mórbidos no combate e controle à obesidade e suas comorbidades.

É também no campo científico que são implementados inúmeros estudos e pesquisas de várias ordens e perspectivas, objetivando propor novas e mais efetivas e eficientes formas e mecanismos para o tratamento dos agentes obesos e obesos mórbidos. Nesse sentido, um procedimento proposto pelo campo científico médico cirúrgico, foi a cirurgia bariátrica (CB).

O campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve. De fato, as pressões externas, sejam de que natureza, são mediatizadas pela lógica do campo (BOURDIEU, 2004).

Nessa linha, é importante registrar que o agente obeso em geral realizou, ao longo de sua existência, várias tentativas infrutíferas de perda e manutenção do seu peso corporal. Produtos, serviços e outros tipos de tecnologias e mecanismos propostos pelos vários campos de força, em especial o científico, também foram utilizados pelo agente obeso, apresentados nas formas de dieta, realização de exercícios físicos, ou ainda, enquanto medicamentos de composição homeopática ou alopática, e, geral com tímidos resultados.

A CB se constitui como um aparato de técnicas cirúrgicas, desenvolvidas e propostas pelo campo científico, enquanto meio de combate à obesidade e a obesidade mórbida.

O agente obeso, em vários momentos de sua vida e também, nos vários campos sociais que transita, sofre, conforme consagrado na literatura científica consultada e também junto aos relatos dos sujeitos da presente pesquisa entrevistados, preconceitos, discriminações e violências de várias formas, por conta de sua constituição física e de todos os estigmas existentes por essa condição.

A condição de obesidade ou obesidade mórbida, se representa e se apresenta no imaginário social enquanto forma de fragilidade de caráter, um desinteresse pela própria constituição corpórea, ou ainda, enquanto uma verdadeira inércia, no que se refere à possibilidade ou disposição do desenvolvimento de enfermidades relacionadas à obesidade ou obesidade mórbida.

Este entendimento equivocado, preconceituoso e inclusive rechaçante, se constitui como uma forma de violência direcionada ao agente obeso. Nesse sentido e, de comum acordo com a sociologia filosófica proposta por Bourdieu, coaduna de forma plena e eficiente com o seu conceito de violência simbólica.

A violência simbólica é percebida enquanto o resultado do poder simbólico, reforçando a imposição dos sentidos e a naturalização das relações de poder. É, portanto, resultado também da imposição da ideologia através do discurso (BOURDIEU, 2010).

Desta forma, o poder simbólico pressupõe o “não reconhecimento da violência que é exercida através dele. Com isso, ele caracteriza também a violência

simbólica como uma violência silenciosa, porque suas vítimas não se reconhecem como vítimas, já que falham em identificar a própria violência como tal (BOURDIEU, 2010).

Desta forma, esta violência infligida diretamente ao agente obeso não se constitui enquanto aquela desenvolvida de forma física, mas sim por meio moral, excludente e degradante. Esta violência simbólica, direcionada diretamente aos agentes obesos, que pertencem e transitam nos vários campos sociais de força, de atuação e de trânsito, tende a se produzir e a se reproduzir por conta de vários fatores e circunstâncias.

Um dos primeiros ambientes de socialização do agente obeso é a família, constituída enquanto o primeiro núcleo da sociedade que este agente se integra ou tenta se integrar e interagir.

A ideologia comungada pela sociedade como um todo, é a de que o corpo esteticamente aceitável e morfologicamente sadio só pode ser aquele identificado como magro, esbelto, longilíneo, esculpido por meio da realização de exercícios físicos e mantido através de várias estratégias traçadas pelos agentes sociais, como por exemplo, por dietas e cirurgias.

Em meio a uma verdadeira “ditadura corpolátrica”, ou seja, o culto exacerbado pelo corpo, o agente obeso sente-se descolado, impedido de forma real e eficientemente de exercer a sua cidadania, tendo fragilizada a sua autonomia participativa.

Desta forma, são muito reduzidos ou até mesmo inexistentes os espaços destinados aos agentes obesos nos vários campos sociais. Este fenômeno de não aceitação da presença deste agente obeso indica um processo contínuo e cada vez maior de diferença social, ou de indiferença social.

Na atualidade, estas existências e imposições da sociedade emanadas contra os agentes obesos se materializam em seus comportamentos, disposições e posturas corporais.

Estas manifestações no agente obeso se apresentam na forma de manifestações e posturas aprendidas e de incorporação, segundo Bourdieu de estruturas e poder na sociedade. Para Bourdieu, estas manifestações pessoais incorporadas das estruturas de poder da sociedade, podemos identifica-la enquanto *habitus*.

O conceito de *habitus* edificado por Pierre Bourdieu denota certas propriedades implantadas nas mentes e nos corpos dos seres humanos. Ele definiu tais propriedades como “disposições transferíveis e duráveis por meio das quais as pessoas percebem, pensam, apreciam, agem e avaliam o mundo” (SCOTT, 2010).

Para Bourdieu, a categoria disposições significa a variedade de orientações habilidades e formas duradouras de know-how que as pessoas simplesmente captam devido à socialização dentro de determinadas culturas e subculturas. Elas podem variar desde formas de comportamento corporal, fala, gesto, vestuário, e maneiras sociais até tipos específicos de conhecimento mútuo e memória coletiva, passando por uma ampla gama de habilidades motoras e práticas (SCOTT, 2010).

No agente obeso o seu *habitus* se configura enquanto um mecanismo que facilita o desencadeamento de olhares preconceituosos, apelidos desconcertantes, situações de exclusão ou até mesmo fenômenos violentos e degradantes.

Esta violência simbólica direcionada ao agente obeso por conta do seu *habitus* é identificada tanto historicamente quanto na atualidade, necessitando ser energicamente combatida e reduzida nos vários campos da sociedade.

É importante lembrar que esse *habitus* próprio do agente obeso se apresenta como um fruto derivado de uma construção implementada durante toda a existência deste agente. Assim, o agente obeso possui uma série de dificuldades, em muitos casos insuperáveis de transito nos vários campos constituintes da sociedade, fragmentando suas possibilidades de representação e também de aquisição e acumulação dos vários tipos de capital.

Conforme consagrado junto a literatura científica e ainda, junto aos depoimentos gerado pelos atores sociais, sujeitos de estudo nesta pesquisa, a sociedade que o agente obeso e obeso mórbido não consegue desenvolver suas atividades laborativas e profissionais em decorrência do excesso de peso corporal, e também por conta das enfermidades e co-morbidades desenvolvidas e instaladas no corpo do agente obeso.

Nesse sentido, fica facilmente entendido que o agente obeso é extremamente desfavorecido nos vários campos de força da sociedade, em momentos de disputa e competição com outros agentes.

Em algumas situações conforme identificado junto aos depoimentos adquiridos dos agentes ex-obesos, são identificados nos discursos adquiridos, certa dificuldade ou ainda, um desconforto dos mesmos em socializar-se junto aos vários campos sociais, objetivando desenvolve atividades de estudo, trabalho, lazer e de representação.

Desta maneira, torna-se inviável ao agente obeso adquirir e também ampliar seu capital financeiro, pois o seu capital corporal é desvalorizado ou não aceito nos vários campos de força e de poder, existentes na sociedade.

O ato de se nutrir com qualidade, objetivando estabelecer uma segurança alimentar ao corpo, se constitui enquanto atividade complexa e que requer uma quantidade ampliada de capital financeiro para o seu consumo saudável e que amplie a qualidade de vida (QV).

Desta forma, a disponibilização deste capital financeiro, dependendo das condições financeira dos agentes sociais, pode se constituir enquanto despesa que comprometerá o orçamento.

Para Pierre Bourdieu, a escolha de produtos e serviços a serem consumidos pelos agentes obesos, está intimamente relacionada ao grupo social que o mesmo pertence, ou seja, quanto maior o acúmulo e a reserva pessoal ou familiar de capital financeiro, mais facilmente os agentes terão um melhor acesso para a aquisição de produtos e serviços de consumo, apresentando qualidade requintada e sofisticada.

Já agentes sociais que possuem pouco capital financeiro, que o habilite e o permita escolher ou selecionar os produtos e serviços com qualidade e sofisticação superiores, tendem a consumirem aqueles constituídos de composição inferior, e por extensão, menos saudáveis, facilitando o surgimento da obesidade.

Pierre Bourdieu nomeia enquanto gosto ou teoria do gosto: as escolhas relacionadas a produtos, serviços ou ainda, mercadorias para o consumo, se encontram intimamente ancoradas nas condições financeiras e no status social que este agente foi criado ou pertence na atualidade.

A obesidade se constitui enquanto complexa questão que promove em suas vítimas, complexos sentimentos de ordem de impotência, fragilidade e até mesmo de inércia perante as suas várias derivações de cunho orgânico, somático, social e existencial.

Por conta da cirurgia bariátrica (CB), o agente obeso irá sofrer uma modificação em seu *habitus*, de forma violenta e neste caso específico à ferros, pois ela se constitui em um processo que permitirá uma verdadeira cisão corporal. Esse de mudança de *habitus* pelo agente obeso se constitui uma ruidosa forma de violência.

Esse violento procedimento cirúrgico-operatório, proposto por integrantes do campo científico, provoca e exerce modificação incisiva e duradoura (conforme manutenção e cuidado do agente obeso em sua nova constituição corporal, enquanto agente com peso corporal reduzido), no corpo do indivíduo, modificando o seu antigo *habitus* obeso.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL:

Compreender as mudanças que ocorreram na vida de pessoas submetidas a cirurgia bariátrica há pelo menos um ano, analisando a mudança no seu “*habitus*” e a “*ruptura biográfica*”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

* Analisar o perfil demográfico, clínico e as doenças de maior ocorrência (comorbidades) em pessoas portadoras de obesidade ou obesidade mórbida, submetidos à cirurgia bariátrica (CB) há pelo menos um (01) ano.

* Analisar a mudança corporal em pessoas obesas ou obesas mórbida submetidas à cirurgia bariátrica (CB) há pelo menos um (01) ano.

* Analisar as expectativas dos atores sociais participantes do estudo após a realização da cirurgia bariátrica (CB).

* Analisar a repercussão da realização da cirurgia bariátrica (CB) junto aos atores sociais participantes do presente estudo.

Essa pesquisa teve como objetivo analisar a mudança corporal identificadas em pessoas obesas submetidas a cirurgia bariátrica (CB), junto ao um hospital gerenciado pelo Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e pelo Governo do Distrito Federal (GDF).

A obesidade e o sobrepeso se definem enquanto a acumulação excessiva de gordura, que pode ser prejudicial à saúde. Uma forma simples de medir a obesidade é o índice de massa corporal (IMC), está é o peso de uma pessoa em quilogramas dividido pelo quadrado da sua altura. Uma pessoa com um IMC igual ou superior a 30 é considerado obesa e com um IMC igual ou superior a 25 é considerado com sobrepeso. O sobrepeso e a obesidade são fatores de risco de numerosas enfermidades crônicas, entre elas são incluídos o diabetes, as enfermidades cardiovasculares e o câncer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

A obesidade mórbida (grau III), definida como um índice de massa corporal (IMC) superior a 40 kg/m^2 está associada com aumento da mortalidade e indica um risco muito alto de comorbidades. Indivíduos com obesidade mórbida têm o risco aumentado de enfermidades crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial,

doenças cardiovasculares, renais, pulmonares, osteomusculares e dislipidemias (MARCON, GUS e NEUMANN, 2011; GELONESE e PAREJA, 2006).

A obesidade de grandes proporções, também chamada de "obesidade mórbida" é entendida enquanto uma condição grave e que se inclui entre aquelas que necessitam de tratamento de cunho cirúrgica, pois a mesma, está relacionada diretamente a três agravantes, ou seja, a piora da qualidade de vida (QV), dada a alta incidência de morbidade diretamente associada, a redução da expectativa de vida da pessoa, e ainda, a altíssima possibilidade de insucesso nos tratamentos classificados enquanto conservadores (perda de peso reduzida e recidivas), baseados na utilização de dietas, medicamentos, psicoterapia e exercícios físicos (GARRIDO JUNIOR, 2000).

METODOLOGIA:

Para a aquisição dos subsídios necessários a edificação da presente produção científica, se procedeu a realização de entrevistas a um universo de cinquenta (n=50) pessoas submetidas a cirurgia bariátrica (CB), sendo os mesmos considerados fontes primárias.

As fontes secundárias derivaram de levantamentos bibliográficos eletrônicos implementados junto a base de dados informatizados nacionais e internacionais (Cuiden®, Bireme®, Cochrane®, Lilacs®, Medline®, Minerva-UFRJ®, Pubmed®, RVBI-SENADO®, Saber-USP®, Scielo®, Scopus®), adquirindo desta forma artigos de periódicos científicos, documentos oficiais, legislação correlata, dentre outras produções.

Objetivando facilitar a realização das atividades propostas pelo presente estudo, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para o idioma “português”, sendo os mesmos, “obesidade”, “obesidade mórbida”, “cirurgia bariátrica”.

Já para o idioma “inglês”, foi utilizado o MESH (Medical Subject Headings) da NCBI (National Center for Biotechnology Information/U.S. National Library of Medicine), sendo os mesmos “Obesity”, “Obesity, Morbid” e “Bariatric Surgery”.

Para o processo de análise estatística descritiva e inferencial, se procedeu a utilização do software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences®, Chicago, IBM®), em sua versão de número 20.0 for Windows®.

Objetivando facilitar a realização das entrevistas junto aos sujeitos da pesquisa/atores sociais participantes do estudo, foi utilizado um roteiro que potencializou a implementação desta atividade. As respostas dos sujeitos da pesquisa foram gravadas utilizando para tal função um gravador de voz digital no modelo portátil, para aquisição das respostas dos depoentes no formato MP3 da marca Sony®. Após a realização do referido processo, as mesmas foram digitadas objetivando facilitar a organização e análise dos subsídios adquiridos.

Para a análise textual dos depoimentos colhidos, foi utilizado o software ALCESTE® (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte, do C.N.R.S. Centre National de la Recherche Scientifique).

ASPECTOS ÉTICOS:

Objetivando respeitar integralmente os dispositivos expostos junto a resolução de número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), “relacionada as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa utilizando seres humanos”, um projeto de pesquisa foi submetido para avaliação e tratamento bioético junto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPCS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), tendo o mesmo adquirido aprovação e mérito científico por meio do número da CAAE “35800014.8.0000.5553” e sendo aprovado com o número do parecer “864.599”.

AMOSTRA:

Os critérios de inclusão instituídos para desenvolvimento da presente pesquisa foram, serem pessoas tanto do sexo feminino quanto do sexo masculino, com faixa etária maior ou igual a dezoito (18) anos, que se submeteram a realização de cirurgia bariátrica (CB) junto ao Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) há pelo menos um ano e que aceitaram participar livremente da presente pesquisa.

CAPÍTULO II

**A PANDEMIA DA OBESIDADE ENQUANTO QUESTÃO
EMERGENTE DE SAÚDE PÚBLICA**

A OBESIDADE:

A obesidade é descrita como a patologia metabólica mais antiga nos seres humanos, conforme Oliveira (OLIVEIRA, 2006). Para Repetto et al (2003), a questão seria compreender a prevalência dessa enfermidade, o seu rápido progresso e a não distinção de sexo, idade ou nível social e econômico.

De acordo com (REPETTO, RIZZOLLI e BONATTO, 2003), ao longo de história, o ganho de peso corporal e de depósitos exagerados de gordura, foram vistos como sinais de saúde e *status*. Já em tempos de muito trabalho e pela frequente redução ou até a falta de alimentos, a possibilidade de assegurar uma alimentação adequada foi indispensável para a evolução da espécie humana.

Em sua décima (10ª) edição a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), a obesidade é identificada pelo código E66, estando a mesma exposta junto ao capítulo de número IV (Códigos E00-E90) que elenca as enfermidades nas dimensões endocrinológicas, nutricionais e metabólicas.

A obesidade tem sido descrita como um importante e atual problema de saúde e vem ganhando destaque no cenário epidemiológico mundial. Sua prevalência aumentou nas últimas décadas em todo o mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde anteriormente, predominavam os problemas relacionados à desnutrição (OMS, 2004).

Conforme (ENES e SLATER, 2010), as causas da obesidade são de cunho multifatorial mas parece muito claro que as mudanças ambientais se constituem enquanto um dos principais fatores propulsores para o aumento deste problema, na medida em que

estimulam o consumo excessivo de energia combinado a um gasto energético reduzido pela pouca, reduzida ou ausência da realização da prática de exercícios físicos. Assim, a obesidade se configura enquanto perigoso problema à saúde de animais humanos e não-humanos, conforme encontrado na literatura corrente.

A elevada prevalência de sobrepeso e obesidade é um problema de saúde pública em escala mundial, que deixou de ser exclusivo dos países desenvolvidos, expondo as populações adulta e infantil ao desenvolvimento de morbidades como o D.M., a H.A., a hiperlipidemia e várias doenças cardiovasculares (WHO,1998).

Como apontam (LOW, CHIN e DEURENBERG-YAP, 2009), em estudos internacionais, as prevalências de obesidade (índice de massa corporal - IMC) acima de 30 kg/m²) variam de 15,7% no Zimbábue a 32,2% nos Estados Unidos, em adultos de todas as faixas de idade.

Em alguns estudos, as estimativas de obesidade para detectar riscos à saúde são mais frequentemente reportadas pelo IMC, como apontam (ASHWELL, 2009). Mas a obesidade central, definida como a concentração de gordura na região abdominal, apresenta uma maior sensibilidade preditiva para doenças e agravos à saúde.

Objetivando combater esse ruidoso problema de saúde coletiva, o Brasil por meio do seu órgão máximo de organização, implementação e execução na área da saúde, desenvolveu vários dispositivos objetivando mitigar essa perigosa realidade.

No Brasil, criou-se o sistema denominado Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que deve gerar informações de base populacional.

Nesse contexto, surge também a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, portaria n.º 710/1999), que formula os requisitos básicos para a promoção e a proteção à saúde, atestando o compromisso do Ministério da Saúde (PM) em controlar os males relacionados à alimentação e nutrição já configurados no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

A obesidade é considerada atualmente como um problema de saúde pública tanto na população jovem como na adulta (OMS, 1997). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que aproximadamente 2,3 bilhões de adultos terão excesso de peso e mais de 700 milhões serão obesos no ano de 2015 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

No Brasil, as prevalências do excesso de peso e obesidade identificada em pessoas adultas, aumentaram desde os estudos conduzidos na década de 70 do século passado, sendo que, mesmo em crianças e adolescentes, prevalências mais elevadas, têm sido observadas recentemente (IBGE, 2010).

Conforme (VALEZI et al, 2008), os insucessos dos tratamentos clínicos para a obesidade mórbida são superiores a marca de 90%. Assim, outras alternativas terapêuticas têm sido propostas, dentre as quais o tratamento cirúrgico é apontado como o mais promissor para perda de peso de forma significativa e duradoura.

A OBESIDADE MÓRBIDA:

A obesidade mórbida (grau III), definida como um índice de massa corporal (IMC) superior a 40 kg/m, está associada com aumento da mortalidade e indica um elevado risco para a aquisição de comorbidades associadas (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE E EXCELÊNCIA DO CUIDADO, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com SANTOS et al (2010), com base em três inquéritos de base populacional, 1974-1975, 1989 e 2002-2003, foi estimado existir no Brasil aproximadamente 606 mil pessoas que são portadoras de obesidade mórbida e que mostraram que, assim como em outras nações do mundo, a prevalência dessa condição vem aumentando cada vez mais e mais.

Para Puglia (2004), a obesidade mórbida é considerada uma doença epidêmica em várias nações do mundo, se constituindo enquanto questão multifatorial, de fundo genética e metabólica, sendo a mesma agravada pela exposição a fenômenos ambientais, culturais, sociais e econômicos, associados também a fatores demográficos (sexo, idade, raça) e ao sedentarismo.

A epidemia da obesidade identificada no continente europeu é considerada um dos maiores desafios na atualidade para a saúde pública, tendo em vista a sua origem identificada em fatores como à mudança rápida de determinantes sociais, econômicos e ambientais do estilo de vida das pessoas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

Já no Brasil e, segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), a parcela da população cujo Índice de Massa Corporal (IMC) é igual ou superior a 30, consideradas obesas, passou de 11,4% para 13,9% em apenas três anos, entre 2006 e 2009. E a tendência é aumentar. Estima-se ainda que 4 milhões de brasileiros tenham atingido o estágio de obesidade mórbida, quando o IMC chega a 40 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Para CLEGG et al (2002), a terapia cirúrgica tem se consolidado enquanto terapia mais efetiva no tratamento de pacientes portadores de obesidade mórbida

De um modo geral, a pessoa que se encontra enquanto obeso mórbido, tem um longo histórico de tentativas de redução de peso, algumas das quais sob a orientação de técnicos de saúde, consistindo na sua maior parte numa dieta e/ou no uso de fármacos. Apesar destes regimes terapêuticos proporcionarem uma redução de peso numa fase inicial, estes não são habitualmente satisfatórios, pois, após a sua finalização, a grande maioria dos pacientes obesos recupera em pouco tempo o peso perdido (TRAVADO, 2004).

A grande dificuldade em se manter o peso perdido a longo prazo, e ainda a frustração face a estes regimes de tratamento, são partilhados por quase todas as pessoas obesas que deste modo, continuam a ganhar peso corporal. Este tipo de insucesso no tratamento desta perigosa patologia deve-se em grande parte ao seu carácter unimodal, em que se privilegia uma intervenção biológica, bioquímica e prescritiva, característica do modelo biomédico, em detrimento dos aspectos psicossociais da pessoa em seu processo de enfermidade e de tratamento (REIS, 1998).

O tratamento operatório da obesidade mórbida é indicado em decorrência da ineficácia do tratamento não cirúrgico e também pelo elevado risco de morte de uma obesidade identificada enquanto clinicamente severa não tratada. Além disto, já foram bem demonstradas a eficácia e segurança dos procedimentos cirúrgicos bariátricos em aumentar a longevidade e ainda a qualidade de vida (QV) das pessoas que se encontram em obesidade mórbida (COWAN e BUFFINGTON, 1998; SMITH, EDWARDS e GOODMAN, 1997).

Diante da grande dificuldade em obter resultados bons e duradouros nos tratamentos para a redução de peso corporal, a procura pela cirurgia de combate a obesidade aumentou e vem sendo realizada com grande sucesso. Entretanto, existe sempre a preocupação de que alterações do comportamento alimentar possam vir a trazer outras complicações pós-operatórias e comprometer também o resultado do procedimento cirúrgico implementado (PETRIBU et al, 2006).

A expectativa de vida das pessoas morbidamente obesas é significativamente menor do que a de não obesos. Para tais pessoas, a cirurgia para o emagrecimento é o único tratamento considerado eficaz (FILHO et al, 2002).

Paradoxalmente a necessidade de realização do procedimento operatório para redução do peso corporal elevado e perigoso a manutenção da vida, alguns pesquisadores apontam certo “preconceito” em relação a esta pessoa.

Um bom exemplo disso é o “preconceito” observado na classe médica em relação ao problema da obesidade, quando o assunto são os transtornos alimentares. No tocante ao paciente que apresenta um Transtorno de Comer Compulsivo, ele é visto como responsável diretamente por sua enfermidade. Contudo, quando tratam dos casos de

anorexia os médicos, assim como a sociedade, parece demonstrar normalmente uma disposição bem mais “empática e piedosa” diante da abstinência ou suspensão da alimentação, numa atitude que parece, simultaneamente, culpabilizar os primeiros e vitimizar os segundos. Dessa forma, a anorexia é entendida como uma compulsão, sendo a obesidade deslocada para uma deformação de caráter na qual parece existir espaço para um ato volitivo do sujeito (VILHENA, NOVAES e ROCHA, 2008).

Numa outra pesquisa, pessoas submetidas à CB continuam a sentir incompreendido e maltratado pelo pessoal médico e não médicos envolvidos no tratamento de sua obesidade. Como outras formas de preconceito, isso provavelmente se deve a uma reduzida compreensão da enfermidade obesidade mórbida. Apesar de leis destinadas a evitar a discriminação com base na aparência, atitudes e práticas desfavoráveis ainda persistem. Nesse sentido, grupos de apoio aos doentes continuar a desempenhar um papel importante na batalha em curso para corrigir os efeitos negativos dessas atitudes no paciente com obesidade mórbida (KAMINSKY e GADALETA, 2002).

A CIRURGIA BARIÁTRICA:

Como apontam PINTO e BOSI (2010), para além do excesso de gordura, o fenômeno da obesidade também se apresenta enquanto experiência de ordem patológica que engloba aspectos nas dimensões inclusive subjetivas, podendo serem vistas enquanto um atributo físico, percebido, interpretado e também influenciado pelo sistema social e pela ainda pela cultura.

A partir do ano de 1991, como apontam Pajecki et al (2010), o desenvolvimento de técnica cirúrgica de colocação da banda por videolaparoscopia,

permitiu um grande impulso ao método em questão e que, se tornou o mais popular na Europa e também na Austrália, chegando ao Brasil somente no final da década de 90.

A história da CB no Brasil começa na década de 70 do século passado, com os trabalhos do cirurgião Dr. Salomão Chaib, da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), utilizando técnicas de derivações jejuno-ileais do tipo Payne (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2014).

Apesar de, no início os resultados terem sido não muito animadores, com problemas relacionados à segurança para com os pacientes e resultados classificados enquanto limitados, médicos e cirurgiões da FMUSP mantiveram pesquisas e acompanharam as principais tendências internacionais da especialidade, trilhando um caminho aberto na década de 1980 por Edward Mason, cirurgião americano considerado um dos pais da CB e um dos fundadores da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2014).

No Brasil, em 1999, o Ministério da Saúde (MS), após acertos realizados com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB), reconheceu a necessidade de tratamento cirúrgico as pessoas que se encontravam no estado de obesidade mórbida, procedendo à inclusão da cirurgia bariátrica (CB), entre os procedimentos que recebiam cobertura pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme portaria ministerial de número 628/GM, de 26 de abril de 2001 (KOYAMA, 2007).

Conforme Santos et al (2012), a CB é indicada para pessoas que se encontram com índice de massa corporal (IMC) a partir de 40 kg/m² (obesidade grave)

ou acima de 35 kg/m², na presença de morbidades associadas a enfermidade, como por exemplo, a H.A., o D.M. e também à apneia obstrutiva do sono.

A complexidade desse procedimento é tamanha que a ele transcende a vários âmbitos de estudos e pesquisas, como por exemplo, a sua realização desenvolvida em crianças e adolescentes, no tratamento ao DM, e o seu problema relacionado ao reganho de peso, após a sua realização ou ainda, o surgimento de complicações de várias ordens junto ao paciente após a sua realização.

Nesse sentido, permanecem não respondidas uma série de questões que começam a ser melhor esclarecidas, como o aumento do peso corporal, que ocorre mais frequentemente entre 03 e 06 anos após à realização da cirurgia em questão.

Conforme apontam Almeida, Zanatta e Rezende (2012), a CB foi eficiente na redução não apenas do peso das pessoas ao longo do estudo, mas também, na insatisfação dos mesmos com a imagem de seu corpo. Entretanto, eles não conseguiram alcançar os IMCs que consideravam ser possível atingir após a realização do procedimento cirúrgico, fato este que pôde justificar a presença do sentimento de insatisfação das pessoas cirurgiadas, em relação ao seu corpo, mesmo após o período de um ano após sua realização.

Questões de cunho nutricional também se configuram enquanto fenômenos resultantes da realização da CB. Passa-se a se obrigatório o uso de suplementação de nutrientes por meio de medicação, além do acompanhamento nutricional (MANIGLIA et al, 2012; KOCH e FINELLI, 2010).

Omalu aponta também como efeito da CB o suicídio, verificado em pessoas previamente depressivas após a realização da CB, identificados em uma amostra

de 16.683 pessoas operadas no estado da Pensilvânia nos EUA (OMALU, 2005). Também Leal e Baldin constataram que após a cirurgia ocorre o desenvolvimento de depressão, de ansiedade, de etilismo e gastos financeiros excessivos.

Santos et al (2010) constatam que 79,8% das cirurgias desse tipo realizadas no Brasil ocorrem na região sul e sudeste, por conta do maior desenvolvimento científico e tecnológico (SANTOS et al, 2010).

Nesse sentido, a CB é atualmente considerada o mais efetivo tratamento existente para a redução do peso corporal muito elevado que, além da manutenção dessa perda em pacientes com obesidade grave, se configura enquanto o procedimento mais realizado em todo mundo (SANTOS, BURGOS e SILVA, 2006).

Em um recente estudo desenvolvido na modalidade metodológica retrospectiva e, implementado no estado da Virgínia (EUA), foram avaliados um universo de 177 pacientes possuidores de DM e obesidade, submetidos à técnica do by-pass gástrico – DGYR, com tempo de pós-operatório superior a 05 anos (máximo de 16 anos). A DM2 desapareceu em 89% dos casos nos primeiros 05 anos. Entretanto, houve aumento e novo descontrole dos índices glicêmicos em 43% das pessoas operadas (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2010; MAGRO et al, 2008).

Existem atualmente diversas modalidades de cirurgias bariátricas, que não foram exemplificadas nem aprofundadas neste texto. São aperfeiçoamentos ou especializações da ideia original, e apresentam resultados diferentes e especializados. Podem ser utilizadas a depender do caso apresentado. No entanto, para efeito de nossa pesquisa, consideramos suficiente entender a cirurgia mais comum ou mais conhecida e tomá-la como modelo.

CAPÍTULO III

ANÁLISE DAS POLÍTICAS E DO FINANCIAMENTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA NO BRASIL

A LEGISLAÇÃO E AS POLÍTICAS RELACIONADAS À CIRURGIA BARIÁTRICA:

A complexidade do tratamento cirúrgico relacionado a obesidade mórbida se constitui enquanto uma grande preocupação nos âmbitos social, político, econômico, dentre muitos outros. Nesse sentido, vários são as políticas públicas, programa e estratégias de saúde implementados, não somente pelos órgãos públicos responsáveis pelo campo da saúde, mas também, por outras instituições profissionais de representação nacionais e internacionais.

No caso do Brasil, existem vários produtos legislativos instituídos como forma de combate a esta questão. Nesse sentido e, pela Portaria Ministerial (PM) de número 628/GM, 26 de abril de 2001, em seu artigo primeiro, ficava aprovada na forma do anexo I, o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida, Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A importância da referida temática é tamanha que, outros órgãos e entidades de classe profissionais, também se manifestaram com esta complexa questão, se posicionando de forma a normatizar as práticas laborativas implementados por seus pertencentes.

Pela resolução de número 1.766/2005 do Conselho Federal de Medicina (CFM), em seu artigo primeiro, fica normatizada, nos termos dos itens do anexo desta resolução, o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005).

Pela resolução normativa (RN) de número 167, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), são apresentadas as diretrizes de utilização para cobertura de procedimentos na saúde suplementar, nos procedimentos de colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida e dermolipectomia (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

Já pela resolução de número 1.942/2010, ficava alterada a resolução do CFM de número 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, onde a mesma estabelecia as normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e, definindo indicações, procedimentos e equipe (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Nesse sentido e conforme exposto junto ao artigo primeiro da referida resolução, foi alterado o artigo 2º da resolução CFM nº 1.766/05, que passou a ter a seguinte redação, os “novos procedimentos, quando necessários, serão analisados pela Câmara Técnica sobre Cirurgia Bariátrica para Tratamento de Obesidade Mórbida” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

O âmbito de interação do procedimento operatório de CB é tamanho que outros documentos, resolução e portarias emanaram de órgãos competentes, visando o seu desenvolvimento de uma melhor forma e livre de riscos e complicações.

Pela Portaria Ministerial (PM) de número 2.715, de 17 de novembro de 2011 e, conforme o seu artigo primeiro, ficava aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), cuja íntegra se encontra disponível no sítio eletrônico <http://nutricao.saude.gov.br> (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A PNAN integra os esforços do Estado brasileiro, que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Um outro órgão público federal interessado nas questões relacionadas a alimentação, a qualidade de vida (QV), ao combate as doenças crônico degenerativas não-transmissíveis e ao combate a obesidade é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Desta forma e, conforme as estratégias desenvolvidas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) contidas no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o processo de priorização ou de construção das metas primárias, também buscou adequar o Plano de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) às estratégias governamentais lançadas recentemente pelo governo como, a instituição da “Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica” e da “Estratégia de Prevenção e Controle da Obesidade” (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2014).

Nesse sentido e, por meio da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional e, conforme exposto junto a resolução de número 1, de 30 de abril de 2012, em seu artigo primeiro onde, é instituído o 1º Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PLANSAN 2012/2015, com a finalidade de promover a segurança alimentar e nutricional, por meio da integração de ações voltadas para a produção, o fortalecimento da agricultura familiar, o abastecimento alimentar e a promoção da alimentação saudável e adequada (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2012).

A complexidade deste procedimento cirúrgico é tamanha que inclusive algumas normas legislativas foram desenvolvidas, no sentido inclusive de reorganização das relações comerciais de cunho alimentícios de pessoas submetidas a este procedimento para a redução do peso corporal.

Um caso que chama a atenção é a lei de número 14.524 do município de Campinas, estado de São Paulo (SP), de autoria do Sr. Vereador Francisco Sellin da Câmara Municipal de Campinas (CMC). Ela versa sobre a “obrigatoriedade dos restaurantes e instituições similares em conceder descontos e/ou meia porção para as pessoas que realizaram CB ou qualquer outra gastroplastia na forma que especifica, disponibilizando inclusive outras providências em sua relação.

Atentos a esta norma legislativa municipal e, conforme exposto em seu artigo primeiro, a referida lei declara que “ficam os restaurantes e similares que servem refeições a *“la carte”* e/ou *“porções”* obrigados a oferecerem desconto de 50% (cinquenta por cento) no preço das mesmas e/ou servirem meia porção para as pessoas que tenham o estômago reduzido através de CB ou qualquer outra gastroplastia (CAMPINAS, 2012).

Um outro importante documento relacionado a questão do tratamento às pessoas obesas, é a Portaria Ministerial (PM) e número nº 424, de 19 de março de 2013 que, conforme exposto em seu artigo primeiro, “esta portaria redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nessa PM, um outro ponto que recebeu fortes críticas foi a redução da faixa etária mínima indicada para realização da CB. Conforme exposto junto a referida

PM se constitui enquanto critério para realização da CB, o respeito aos “limites clínicos de acordo a idade, onde, nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Portanto e, conforme a referida PM, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir, a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Já pela PM de número 425, de 19 de março de 2013, “fica definido que o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade como o estabelecimento que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA PELO SETOR PRIVADO:

Conforme SEGAL e FRANQUES (2012), a obesidade está associada com outras doenças e aumento de risco de morte, ocasionando impactos econômicos importantes no Sistema de Saúde. Nesse sentido, é evidenciada uma maior necessidade no aumento de consultas médicas, no número de internações, além do elevado custo de

medicações e exames utilizados para o tratamento de suas enfermidades e complicações associadas.

Quando analisada a frequência de CB implementadas pela iniciativa privada, conforme dados da adquiridos junto a SBCBM, entre os anos de 2003 a 2012, foi possível identificar uma frequência total de 403.500 procedimentos realizados e, média de 40.350 operações desenvolvidas, conforme exposto junto a tabela de número 01.

TABELA 01 – Frequência de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil pela iniciativa privada, entre os anos de 2003 a 2012:

Ano	Frequência	%
2012	72.000*****	17,85
2011	70.000***	17,35
2010	60.000**	14,86
2009	45.000*	11,15
2008	38.000	9,41
2007	33.000	8,20
2006	29.500	7,31
2005	22.000	5,45
2004	18.000	4,46
2003	16.000	3,96
Total	403.500	100,00

FONTE: Ministério da Saúde (MS). Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), 2014.

* Destas 25% foram realizadas por videolaparotomia.

** Destas 35% foram realizadas por videolaparotomia.

*** Destas 40% foram realizadas por videolaparotomia.

**** Destas 75% foram realizadas por videolaparotomia.

Nesse sentido, foi possível identificar que o ano de 2012 foi aquele dentre os analisados que registrou a maior frequência de realização de CB, efetivando um total de 17,85% (n=72.000) e o ano de 2003 foi aquele com a menor frequência com 3,96% (N=16.000).

Um outro dado que chama atenção na análise implementada é que, desde o ano de 2009, começa a ser desenvolvida a técnica de CB por videolaparotomia.

A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA PELO SETOR PÚBLICO:

Analisando a frequência de realização de cirurgias bariátricas (CB) no Brasil financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível verificar que no período em questão, foram realizados um universo de 34.196 CB, com média de 3.420 procedimentos implementados, conforme exposto junto a tabela de número 02.

Já o de 2012, foi aquele onde foram implementados o maior quantitativo de CB no recorte histórico eleito, registrando um total de 17,56% (n=6.031) procedimentos. Já o ano de 2003 foi aquele que registrou a menor frequência somando um total de 5,20% (n=1.778) procedimentos cirúrgicos.

Na segunda, terceira e quarta colocação, foram identificados os anos de 2011, 2010 e 2009, que registraram respectivamente a realização de 15,60% (n=5.332), 13,10% (n=4.489) e 10,90% (n=3.731) procedimentos operatórios.

TABELA 02 – Frequência da realização de cirurgias bariátricas pelo setor público no Brasil, entre os anos de 2003 a 2012.

ANO	FREQUÊNCIA	%
2012	6.031	17,65
2011	5.332	15,60
2010	4.489	13,10
2009	3.731	10,90
2008	3.195	9,35
2007	2.974	8,70
2006	2.528	7,40
2005	2.266	6,60
2004	1.872	5,50
2003	1.778	5,20
Total	34.196	100,00

FONTE: Ministério da Saúde, 2014.

Já na quinta, sexta e sétima colocação, foram identificados os anos de 2008, 2007 e 2006, que registraram respectivamente a realização de 9,35% (n=3.195), 8,70% (n=2.974) e 7,40% (n=2.528) procedimentos operatórios.

Na oitava e nona colocação, foram identificados os anos de 2005 e 2004 que registraram respectivamente os valores de 6,60% (n=2.266) e 5,50% (n=1.872) procedimentos cirúrgicos.

Na análise dos valores gastos na realização das CB, foi verificado no recorte histórico em questão um universo total de R\$ 159.994.995,68 e média de R\$ 15.999.499,57, conforme exposto junto a tabela de número 03.

TABELA 03 – Valores financeiros gastos para a realização de cirurgias bariátricas pelo setor público no Brasil, entre os anos de 2003 a 2012.

ANO	VALOR GASTO	%
2012	R\$ 32.762.588,52	20,50
2011	R\$ 29.068.372,32	18,15
2010	R\$ 24.545.803,28	15,35
2009	R\$ 20.320.956,83	12,70
2008	R\$ 15.736.352,38	9,85
2007	R\$ 10.249.427,85	6,40
2006	R\$ 8.141.671,31	5,08
2005	R\$ 7.415.147,09	4,62
2004	R\$ 6.044.979,27	3,80
2003	R\$ 5.709.696,83	3,55
Total	R\$ 159.994.995,68	100

FONTE: Ministério da Saúde, 2014.

O ano de 2012 foi aquele que obteve maior quantitativo de gastos financeiros para a realização de CB, somando um total de 20,50% (n=R\$ 32.762.588,52) e, o ano de 2003, foi aquele que obteve a menor frequência dentre os analisados somando um total de 3,55% (n=R\$ 5.709.696,83).

Quando analisada a frequência de CB desenvolvidas em todo o Brasil no período em análise, por suas diferentes categorias, foi possível verificar que a Gastroplastia com derivação intestinal foi aquela que registrou maior frequência, somando um total de 63,46% (n=21.706), conforme exposto junto a tabela de número 04.

TABELA 04 – Frequência de cirurgias bariátricas realizadas pelo setor público no Brasil entre os anos de 2003 a 2012, por diferentes modalidades:

Ano	Gastropastia com derivação intestinal	Gastropastia	Gastropastia vertical com banda	Total
2012	5.748	26	257	6.031
2011	4.988	143	201	5.332
2010	4.251	48	190	4.489
2009	3.489	50	192	3.731
2008	2.963	56	176	3.195
2007	267	2.699	8	2.974
2006	-	2.528	-	2.528
2005	-	2.266	-	2.266
2004	-	1.872	-	1.872
2003	-	1.778	-	1.778
TOTAL	21.706	11.466	1.024	34.196

FONTE: Ministério da Saúde, 2014.

Um outro dado evidenciado no presente estudo foi o aumento na realização do procedimento de CB na modalidade de gastroplastia com derivação intestinal e, uma redução junto ao desenvolvimento dos procedimentos nas modalidades de gastroplastia e gastroplastia vertical com banda, conforme exposto junto a tabela de número 05.

TABELA 05 – Frequência e percentual de cirurgias bariátricas realizadas pelo setor público no Brasil entre os anos de 2003 a 2012, por diferentes modalidades:

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA	%
Gastroplastia com derivação intestinal	21.706	63,47
Gastroplastia	11.466	33,53
Gastroplastia vertical com banda	1.024	3,00
TOTAL	34.196	100,00

FONTE: Ministério da Saúde, 2014.

Na análise dos gastos desenvolvidos com CB por modalidades operatórias, foi verificado que a cirurgia de gastroplastia com derivação intestinal foi aquela que no período pesquisado, destinou maior quantitativo de verba financeira registrando um montante de 73,40% (n=R\$117.402.720,88), conforme exposto na tabela de número 06.

Na segunda colocação, foi identificada a cirurgia de gastroplastia que registrou um total de 23,80% (n= 38.098.577,01) e na terceira posição, foi identificada a cirurgia de Gastroplastia vertical com banda que registrou um total de 2,80% (n= 4.493.697,79).

Entre os anos de 2003, 2004, 2005 e 2006n não foram implementadas as técnicas cirúrgicas bariátricas de “Gastroplastia com derivação intestinal” e “Gastroplastia vertical com banda”, logo, não foram registrados gastos financeiros para realização destes procediemntos operatórios.

TABELA 06 – Gastos com cirurgias bariátricas realizados pelo setor público no Brasil entre os anos de 2003 a 2012, por diferentes modalidades:

Ano	Gastoplastia com derivação intestinal	Gastropластиа vertical com banda	Gastropластиа	Total
2012	31.460.555,31	1.149.253,46	152.779,75	32.762.588,52
2011	27.333.318,50	916.450,25	818.603,57	29.068.372,32
2010	23.421.338,31	849.952,34	274.512,63	24.545.803,28
2009	19.175.715,58	846.719,83	298.521,42	20.320.956,83
2008	14.744.673,73	698.941,96	292.736,69	15.736.352,38
2007	1.267.119,45	32.379,95	8.949.928,45	10.249.427,85
2006	-	-	8.141.671,31	8.141.671,31
2005	-	-	7.415.147,09	7.415.147,09
2004	-	-	6.044.979,27	6.044.979,27
2003	-	-	5.709.696,83	5.709.696,83
Total	117.402.720,88	4.493.697,79	38.098.577,01	159.994.995,68

FONTE: Ministério da Saúde, 2014.

CAPÍTULO IV

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PESQUISADOS

Durante o processo de organização e análise dos dados, foi possível apresentar o perfil socioeconômico dos atores sociais participantes do estudo.

O perfil socioeconômico dos sujeitos da pesquisa é apresentado por meio de categorias interpretativas, sendo elas sexo, religião, se possui companheira (o), presença de religião, se possui filhos, escolaridade, se possui emprego, a origem, se é tabagista, se é etilista, se é dependente químico, se pratica exercícios físicos, qual exercício físico pratica, se existe a presença de familiares com obesidade, se possui filho obeso, se possui pai obeso, ou se possui mãe obesa.

Nesse sentido, foi possível verificar que na categoria sexo, 86% (n=43) se constituiu de pessoas do sexo feminino e 14% (n=07) eram de pessoas do sexo masculino. Na categoria que analisou a região que a pessoa era proveniente, 46% (n=23) eram de pessoas do Centro-Oeste (CO), 30% (n=15) se constituiu de pessoas provenientes da região Sudeste (SE) e 24% (n=12) eram de pessoas da região Nordeste (NE).

Já na categoria que analisou se a pessoa possuía companheiro (a), foi verificado que a maior frequência constituída de 60% (n=30) possuía companheiros (as) e 40% (n=20) declararam não possuir companheiros (as). Na categoria que analisou se a pessoa possuía algum tipo de religião, a maioria constituída por 94% (n=47) declararam possuir e apenas 6% (n=3) informaram não possuir nenhuma religião.

Na categoria que analisou se os sujeitos da pesquisa possuíam filho (s), a maior frequência constituída de 78% (n=39) dos depoentes informaram possuir e 22% (n=11) declararam não possuir filho (s). Já na categoria relacionada a escolaridade, 70% (n=35) dos depoentes declararam possuir escolaridade não universitária e 30% (n=15) informaram possuir nível superior ou pós-graduação.

Em relação a categoria que analisou se os depoentes estavam empregados, 83,70% (n=41) informaram se encontrar empregados a época da pesquisa e 16,30% (n=09) depoentes declararam se encontrar desempregados.

TABELA 07 – Perfil sócio-econômico dos sujeitos da pesquisa (n=50):

		n	%
Sexo	Feminino	43	86,0
	Masculino	07	14,0
Região	Centro-Oeste	23	46,0
	Sudeste	15	30,0
	Nordeste	12	24,0
Companheiro	Possui companheiro	30	60,0
	Não possui	20	40,0
Presença de religião	Sim	47	94,0
	Não	03	6,0
Possui filhos	Sim	39	78,0
	Não	11	22,0
Escolaridade	Não universitário	35	70,0
	Faculdade ou pós-graduação	15	30,0
Emprego	Sim	41	83,7
	Não	08	16,3
Renda	Média (U\$1500 ou mais)	32	64,0
	Baixa (entre U\$300 e 900)	11	22,0
	Média baixa (entre U\$900 e 1500)	07	14,0
Tabagista	Não	48	96,0
	Sim	02	4,0

Etilista	Não	40	80,0
	Sim	10	20,0
Dependente Químico	Não	47	94,0
	Sim	03	6,0
Exercícios físicos	Sim	29	58,0
	Não	21	42,0
Qual	Nenhum	21	42,0
	Levantamento de peso	19	38,0
	Caminhada	07	14,0
	Dança	02	4,0
	Futebol	01	2,0
Presença de obesos na família	Sim	46	92,0
	Não	04	8,0
Possui filho obeso	Não	36	72,0
	Sim	14	28,0
Pai obeso	Não	36	72,0
	Sim	14	28,0
Mãe obesa	Não	33	66,0
	Sim	17	34,0
Tipo de cirurgia	By-pass	31	62,0
	Banda gástrica	17	34,0
	Sleeve gástrico	02	4,0
Complicação da CB	Não	49	98,0
	Sim	01	2,0
Complicação	Nenhuma	49	98,0
	Alopecia e fraqueza das unhas	01	2,0
Presença de cirurgia plástica	Não	46	92,0

	Sim	04	8,0
Qual cirurgia	Nenhuma	46	92,0
	Mamoplastia	02	4,0
	Abdominoplastia	01	2,0
	Ambas	01	2,0
Necessita de outra cirurgia	Sim	36	72,0
	Não	14	28,0
Obesidade problemas escola	Não	34	68,0
	Sim	16	32,0
Obesidade trazia problemas no trabalho	Não	28	56,0
	Sim	22	44,0
Obesidade trazia problema conjugal	Não	29	58,0
	Sim	21	42,0
Sofreu preconceito pela obesidade	Sim	41	82,0
	Não	09	18,0
Presença de hipertensão	Não	34	68,0
	Sim	16	32,0
Presença de hipotireoidismo	Não	45	90,0
	Sim	05	10,0
Presença de diabetes	Não	35	70,0
	Sim	15	30,0
Consumo de medicações	Sim	48	96,0
	Não	02	4,0
TOTAL		50	100,0

FONTE: Produção dos autores do presente estudo.

No que se refere a categoria que analisou a classe social que o entrevistado pertencia, foi verificado que 64% (n=32) declararam serem pertencentes à classe média por receberem entre U\$1.500 ou mais, 22% (n=11) declararam que eram pertencentes a “classe baixa”, por receberem em média entre U\$300 à U\$900 e, 14% (n=07) declararam serem pertencentes à “classe média baixa” por receberem aproximadamente de U\$900 à U\$1.500.

Na categoria que analisou se os depoentes eram tabagistas, a maior frequência constituída por 96% (n=48) declarou não ser tabagista e 4% (n=02) declarou ser tabagista. Já na categoria que analisou se o depoente era etilista, a maior frequência constituída por 80% (n=40) declarou não ser etilistas e 20% (n=10) declarou ser etilista.

Na categoria que analisou se os depoentes eram dependentes químicos ou já haviam em sua vida consumido algum tipo de substância entorpecente, a maior frequência constituída por 94% (n=47) declarou não ser dependente químico e 6% (n=3) declarou ser dependente químico ou já ter utilizado algum tipo de substância química em sua vida.

Na categoria que analisou se os sujeitos da pesquisa realizavam algum tipo de exercício físico, a maior frequência constituída por 58% (n=29) declarou realizar algum tipo de exercício físico em seu cotidiano e 42% (n=21) declarou não realizar nenhum exercício físico na atualidade.

Já na categoria que analisou que tipo de exercício físico era realizado cotidianamente pelos sujeitos da pesquisa, 38% (n=19) declararam que realizavam levantamento de peso, 14% (n=07) declararam realizar caminhada, 4% (n=02) declararam realizar dança e 2% (n=1) declarou realizar enquanto atividade física futebol.

Na categoria que analisou se o sujeito da pesquisa possuía algum familiar obeso, a maior frequência constituída de 92% (n=46) depoentes declarou que sim e 8% (n=04) declarou que não. Já na categoria que analisou se os atores sociais participantes do estudo possuíam filho (s) obeso (s), a maior frequência constituída de 72% (n=36) declarou que não e 28% (n=14) declarou que sim.

Na categoria que analisou se os depoentes possuíam pai obeso, a maior frequência formado por 72% (n=36) declarou que não e 28% (n=14) dos entrevistados declarou que sim. Já na categoria que analisou se a mãe dos entrevistados era obesa, 66% (n=33) declarou que não e 44% (n= 17) dos entrevistados declararam que sim.

Na categoria que analisou o tipo de CB realizada, 62% (n=31) dos entrevistados declararam que tinha se submetido a modalidade de By-Pass, 34% (n=17) declararam terem realizado a modalidade de Banda gástrica e 4% (n=02) informaram terem realizado a modalidade de Sleeve gástrico.

Na categoria que analisou se o sujeito da pesquisa havia apresentado algum tipo de complicação após a realização da cirurgia CB, a maior frequência constituída por 98% (n=49) declararam não terem desenvolvido nenhum tipo de complicação e 2% (n=01) declarou ter desenvolvido complicações. Já na categoria que analisou o tipo de complicação desenvolvida após a realização da CB, 2% (n=01) declarou ter desenvolvido alopecia e fraqueza das unhas.

Na categoria que analisou se a pessoa submetida a CB realizou após a mesma algum tipo de cirurgia plástica (CP), a maior frequência formada por 92% (n=46) dos participantes declarou que não e 8% (n=04) declarou que sim. Já na categoria que analisou o tipo de CP realizada após a realização da CB, 4% (n=02) declararam que tinha

se submetido a realização de mamoplastia, 2% (n=1) declarou ter realizado abdominoplastia e 2% (n=01) dos entrevistados declarou ter realizado ambas as cirurgias (mamoplastia e abdominoplastia).

Na categoria que analisou se os sujeitos da pesquisa acreditavam necessitar de outro procedimento cirúrgico operatório, a maior frequência formada por 72% (n=36) dos entrevistados declararam que sim e 28% (n=14) declararam que não.

Na categoria que analisou se os sujeitos da pesquisa tiveram algum tipo de problema na escola por conta da obesidade, a maior frequência dos entrevistados formada por 68% (n=34) declarou que não e 32% (n=16) declararam que sim. Já na categoria que analisou se a obesidade trazia algum tipo de problema aos sujeitos da pesquisa em relação ao seu trabalho, a maior frequência formada por 56% (n=28) declarou que não e 44% (n=22) dos entrevistados declararam que sim.

Na categoria que analisou se a obesidade trazia algum tipo de problema na relação conjugal, a maior frequência dos entrevistados formada por 58% (n=29) declarou que não e 42% (n=21) que sim. Já na categoria que analisou se por conta da obesidade os depoentes da pesquisa teriam sofrido algum tipo de preconceito, a maior frequência formada por 82% (n=41) declarou que sim e 18% (n=09) dos entrevistados declararam que não.

Na categoria que analisou se os entrevistados possuíam antes da realização da CB hipertensão arterial (HA), a maior frequência dos entrevistados constituída por 68% (n=34) declararam que não e 32% (n=16) declararam que sim. Já na categoria que analisou a presença de hipotireoidismo junto aos sujeitos da pesquisa antes da realização

da CB, a maior frequência constituída por 90% (n=45) declarou que não e 10% (n=05) declarou que sim.

Na categoria que analisou a presença de diabetes mellitus (D.M.) junto aos sujeitos da pesquisa anteriormente à realização da CB, a maior frequência constituída por 70% (n=35) dos entrevistados declararam que não e 30% (n=15) declararam que sim. Na categoria que analisou se os entrevistados após a realização da CB consomem algum tipo de medicação ou complemento alimentar, a maior frequência formada por 96% (n=48) dos entrevistados declararam que sim e 4% (n=2) declararam que não.

Na presente pesquisa também foi possível analisar informações em relação ao pai da pessoa obesa submetida a CB, conforme exposto junto a tabela de número 08.

Na categoria que se propôs a analisar a escolaridade dos pais dos sujeitos da pesquisa, foi verificado que a maior frequência formada por 96% (n=48) não possuíam formação universitária e 4% (n=02) declararam possuir formação universitária ou pós-graduação. Já na categoria que analisou se os pais dos sujeitos da pesquisa praticavam algum tipo de exercício físico, a maior frequência dos entrevistados formada por 78% (n=39) declararam que não e 22% (n=11) declararam que sim.

Já na categoria que se propôs a analisar se os pais dos sujeitos da pesquisa possuíam alguma enfermidade, a maior frequência constituída por 84% (n=42) declararam que sim e 16% (n=08) declararam que não. Na categoria que analisou se os pais dos sujeitos da pesquisa consumiam algum tipo de medicação, a maior frequência constituída por 64% (n=32) declararam que sim e 36% (n=18) declararam que não.

Na categoria que analisou se os pais dos sujeitos da pesquisa eram tabagistas, a maior frequência constituída por 52% (n=26) dos depoentes declararam que

sim e 48% (n=24) declararam que não. Já na categoria que analisou se os pais dos sujeitos da pesquisa eram etilistas, a maior frequência constituída por 52% (n=26) dos entrevistados declararam que não e 48% (n=24) declararam que sim.

TABELA 08 – Perfil sócio-econômico dos pais dos sujeitos da pesquisa (n=50):

		Pai obeso						P
		Sim		Não		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Escolaridade	Não universitário	12	85,7	36	100,0	48	96,0	0,021*
	Faculdade/Pós-graduação	02	14,3	0	0,0	02	4,0	
Praticava exercício	Não	10	71,4	29	80,6	39	78,0	0,484
	Sim	04	28,6	07	19,4	11	22,0	
Doente	Não	13	92,9	29	80,6	42	84,0	0,287
	Sim	01	7,1	07	19,4	08	16,0	
Consome medicação	Não	10	71,4	22	61,1	32	64,0	0,495
	Sim	04	28,6	14	38,9	18	36,0	
Tabagista	Não	09	64,3	17	47,2	26	52,0	0,278
	Sim	05	35,7	19	52,8	24	48,0	
Etilista	Não	09	64,3	17	47,2	26	52,0	0,278
	Sim	05	35,7	19	52,8	24	48,0	
Cardiopatas	Não	09	64,3	31	86,1	40	80,0	0,083
	Sim	05	35,7	05	13,9	10	20,0	
Presença de H.A.	Não	08	57,1	22	61,1	30	60,0	0,797
	Sim	06	42,9	14	38,9	20	40,0	
Presença de D.M.	Não	11	78,6	32	88,9	43	86,0	0,345
	Sim	03	21,4	04	11,1	07	14,0	
Presença de C.A.	Não	10	71,4	31	86,1	41	82,0	0,225
	Sim	04	28,6	05	13,9	09	18,0	
TOTAL		14	100,0	36	100,0	50	100,0	

FONTE: Produção dos autores do presente estudo.

Na categoria que analisou se os pais dos sujeitos da pesquisa eram cardiopatas ou cardiopatas crônicos, a maior frequência dos entrevistados constituída por 80% (n=40) declarou que não e 20% (n=10) declarou que sim. Já na categoria que analisou se os pais dos sujeitos da pesquisa eram possuidores de H.A., a maior frequência dos entrevistados constituída por 60% (n=30) declararam que não e 40% (n=20) declararam quem sim.

Na categoria que analisou se os pais dos sujeitos da pesquisa eram portadores de D.M., a maior frequência constituída por 86% (n=43) dos entrevistados declararam que não e 14% (n=07) declararam que sim. Já na categoria que analisou se os pais dos sujeitos da pesquisa eram ou foram portadores de CA, a maior frequência formada por 82% (n=41) dos entrevistados declarou que não e 18% (n=09) declarou que sim.

Após o processo de organização para análise dos dados, também foi possível desenvolver o perfil das mães dos sujeitos da pesquisa, apresentado na forma de categorias, conforme exposto junto a tabela de número 09.

Na categoria que analisou a escolaridade das mães dos sujeitos da pesquisa, a maior frequência constituída por 94% (n=47) depoentes declararam que a mesma não era universitária completa e 6% (n=03) se constituía de formação universitária completa ou pós-graduação. Já na categoria que analisou se a mãe dos sujeitos da pesquisa desenvolvia em seu cotidiano algum tipo de exercício físico, a maioria constituída por 80% (n=40) declararam que não e 20% (n=10) dos entrevistados declararam que sim.

Na categoria que analisou se as mães dos sujeitos da pesquisa possuíam algum tipo de enfermidade diagnosticada, a maior frequência formada por 88% (n=44)

dos entrevistados afirmaram que sim e 12% (n=06) dos entrevistados declararam que não. Já na categoria que analisou se as mães dos sujeitos da pesquisa consumiam em seu cotidiano algum tipo de medicação, a maior frequência constituída por 78% (n=39) dos entrevistados declararam que sim e 22% (n=11) declararam que não.

TABELA 09 – Perfil sócio-econômico das mães dos sujeitos da pesquisa (n=50):

		Mãe obesa						P
		Sim		Não		Total		
		n	%	N	%	n	%	
Escolaridade	Não universitário	17	100,0	30	90,9	47	94,0	0,200
	Faculdade/Pós-graduação	0	0,0	03	9,1	03	6,0	
Prática de exercícios	Não	14	82,4	26	78,8	40	80,0	0,765
	Sim	03	17,6	07	21,2	10	20,0	
Doenças diagnosticadas	Não	15	88,2	29	87,9	44	88,0	0,971
	Sim	02	11,8	04	12,1	06	12,0	
Consumo medicações	Não	15	88,2	24	72,7	39	78,0	0,210
	Sim	02	11,8	09	27,3	11	22,0	
Tabagismo	Não	13	76,5	28	84,8	41	82,0	0,465
	Sim	04	23,5	05	15,2	09	18,0	
Etilismo	Não	14	82,4	29	87,9	43	86,0	0,594
	Sim	03	17,6	04	12,1	07	14,0	
Presença de H.A.	Não	08	47,1	18	54,5	26	52,0	0,618
	Sim	09	52,9	15	45,5	24	48,0	
Presença de D.M.	Não	11	64,7	26	78,8	37	74,0	0,282
	Sim	06	35,3	07	21,2	13	26,0	
Presença de C.A.	Não	14	82,4	28	84,8	42	84,0	0,820
	Sim	03	17,6	05	15,2	08	16,0	
Presença de cardiopatia	Não	14	82,4	27	81,8	41	82,0	0,963
	Sim	03	17,6	06	18,2	09	18,0	

FONTE: Produção dos autores do presente estudo.

Na categoria que analisou se as mães dos sujeitos da pesquisa eram tabagistas, a maior frequência constituída por 82% (n=41) dos entrevistados declararam que não e 18% (n=09) declararam que sim. Já na categoria que analisou se as mães dos sujeitos da pesquisa eram etilistas, a maior frequência constituídas por 86% (n=43) dos entrevistados declararam que não e 14% (n=07) declararam que sim.

Na categoria que analisou se as mães dos sujeitos da pesquisa eram ou foram portadoras de HA, a maior frequência constituída por 52% (n=26) dos entrevistados declararam que não e 48% (n=24) declararam que sim. Já na categoria que analisou se as mães dos sujeitos da pesquisa eram ou foram portadoras de DM, 74% (n=37) dos entrevistados declararam que não e 26% (n=13) declararam que sim.

Já na categoria que analisou se as mães dos sujeitos da pesquisa eram ou foram portadoras de CA, a maior frequência formada por 84% (n=42) dos entrevistados declararam que sim e 16% (n=08) declarara quem não. Já na categoria que analisou se as mães dos sujeitos da pesquisa eram ou foram portadoras de cardiopatias, a maior frequência constituída por 82% (n=41) dos entrevistados declararam que sim e 18% (n=09) declararam que não.

CAPÍTULO V

ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

CLASSE 01 - OBESIDADE: AS VÁRIAS FACES DE UM PROBLEMA COMPLEXO:

Na primeira categoria analítica, é abordado o problema da obesidade em suas várias dimensões, e enquanto fenômeno global, que limita a pessoa obesa, dificulta a sua convivência com outras pessoas, permite a geração de sentimentos de inferioridade e impede com que a pessoa portadora desta enfermidade, exerça plenamente o seu papel social.

Vários foram os significados e as significações que as pessoas participantes da presente pesquisa, possuem em relação a obesidade ou a obesidade mórbida. Conforme identificado nos depoimentos analisados, este fenômeno pode se constituir enquanto uma forma de “sobrepeso” que o corpo possui e que irá influenciar em numerosas questões, o processo existencial pessoal e coletivo desta pessoa.

Analisando a questão do sobrepeso, podemos entender que a mesma se constitui enquanto algo que se encontra no corpo e que “excede” o que é considerável “normal”, “aceitável” ou ainda, “próprio” para que cada pessoa possui em sua constituição corporal. Desta forma, essa “matéria extra”, se constitui enquanto um elemento que diferencia aqueles que a possuem de outras pessoas, gerando vários sentimentos como o de descontentamento, inércia ou ainda de fragilidade pessoal.

Este sobrepeso se expressa ainda na pessoa obesa, enquanto um mecanismo que imprime em seus possuidores, a falsa ideia de “acomodação”, de “descaso” ou de “desinteresse” pelo próprio corpo, e também, pelas consequências que o mesmo pode sofrer.

Já para outras pessoas, a obesidade ou obesidade mórbida, se constitui enquanto uma forma de doença, patologia, enfermidade, ou mecanismo que impossibilita com que o corpo exerça as suas atividades de forma regular e harmoniosa. Por esse entendimento, a obesidade pode ser entendida, conforme análise dos depoimentos disponibilizados, enquanto algo que “aplaça” e “abate” o corpo, sendo a mesma “implacável”, “inesperada”, “silenciosa” e “violenta”.

Para essas pessoas, a obesidade, por conta de sua constituição, propriedades, características e potencialidades, são comparáveis a outras enfermidades, como por exemplo o “câncer”, a “síndrome da imunodeficiência adquirida” (AIDS) ou até mesmo uma “doença sexualmente transmissível” (DST), por conta da mesma se encontrada facilmente em pessoas na sociedade, com cada vez mais pessoas acometidas pela mesma, e ainda, por conta das suas consequências serem muito fortes para aqueles acometidos pela mesma, e pelas pessoas próximas e de convívio cotidiano.

A comparação da obesidade ou obesidade mórbida a estas três (03) enfermidades citadas por um dos depoentes entrevistados, aponta ainda para uma comparação realizada, e que disponibiliza a complexidade desta questão, e os impactos da mesma na vida destas pessoas acometidas, conforme percebido nos relatos apresentados abaixo:

“... obesidade para mim, de uma forma técnica é um sobrepeso, eu encaro a obesidade como um sobrepeso. De uma maneira técnica, o que eu posso falar para você que a obesidade é um sobrepeso, às vezes uma acomodação, é quando uma pessoa para e acaba ganhando cada vez mais peso, na maioria das vezes, e isso atrapalha muito em autoestima, de relacionamento, ...” (Entrevistado, 13).

“... de envolvimento sociais a pessoa para de sair e acabar se prejudicando, a obesidade para mim chega a ser uma doença, eu encaro como uma doença, não como um desleixo de alguém não, ninguém quer ser pesado, eu encaro como uma doença, ...” (Entrevistado, 13).

“... numa doença, as vezes numa enfermidade, numa doença que não se cuida e vai aumentando e termina virando um câncer, a AIDS, por causa de uma doença transmissão pelo sexual, por sangue por qualquer outra coisa, ...” (Entrevistado, 16).

A complexidade da obesidade e da obesidade mórbida é tamanha que a mesma influencia negativamente na vida das pessoas que se encontram nesta condição, como também, na vida de outras pessoas. Conforme identificado em alguns relatos, a obesidade ou obesidade mórbida, “diminui o ânimo” pessoal, impedindo com que a mesma se socialize e exerça as suas atividades com qualidade. Já para outras pessoas, a obesidade ou obesidade mórbida se constitui enquanto doença no sentido de “abater” a pessoa de forma “violenta”, “impactante”, “debilitante” ou até mesmo “mortal”.

Para outro entrevistado, este problema investigado nesta pesquisa, se constitui enquanto verdadeira questão de saúde pública, necessitando para o seu combate, um alinhamento de toda a sociedade, no sentido de ampliação das capacidades e potencialidades de respostas a esse fenômeno nacional e internacional, conforme exposto junto os fragmentos de entrevistas abaixo:

“... não, porque eu já era separada, fazer igual ao outro, eu nem pensava nisso, eu não tinha expectativa nem de viver direito, imagina de, por conta da obesidade, você não tem muito animo, porque a mulher é vaidosa, o homem também é, mas a mulher é muito mais, você não tem coragem, no caso eu sou viúva, a idade já está aí, mas mesmo tem obesidade em pessoas novas, ...” (Entrevistado, 35).

“... provavelmente foram pessoas que sofreram tanto preconceito e discriminação que desenvolveram isso, eu não posso dizer isso, o meu foi como se eu tivesse ficado doente por um período e curei a doença, eu era uma pessoa sadia que tive uma doença e curei, ...” (Entrevistado, 36).

“... só de comportamento, é uma doença que tem que ser tratada como uma doença, tem que ser vista como uma doença, é esclarecer a sociedade sobre isso, o primeiro passo é esse e depois que esclarecer a sociedade é esclarecer até profissionais” (Entrevistado, 37).

Não obstante, vários foram também os relatos de pessoas que presenciaram em seu cotidiano existencial, situações de descaso e de preconceito, resultantes desta complexa condição. O problema da obesidade ou obesidade mórbida, apresenta vários significados e significações no imaginário social, apresentando muitas vezes e, conforme a fala de alguns depoentes, um certo “descaso”, “incapacidade” ou até mesmo “inércia” por parte das pessoas obesas, em desenvolver atividades e mecanismos que possam combater esse fenômeno.

Para alguns depoentes, a questão da obesidade ou obesidade mórbida, perpassa por vários significados e significações interpretativas, se constituindo para algumas pessoas inclusive enquanto uma forma “reduzida”, “falta” ou “inexistência total” de “fraqueza” de cunho moral, onde esta pessoa, não possui meios e nem “vontade” de reduzir o seu peso corporal, bem como, todas as debilidades e co-morbidades relacionadas a este problema.

Nesse sentido, se percebe nos discursos analisados, que o ser obeso, por razões de “preservação própria”, ou ainda, enquanto uma forma de “mecanismo de defesa”, desenvolvem de forma subjetiva, uma espécie de “couraça protetora” de cunho

emocional, contra as várias formas de discriminação e estigmatização, que as mesmas são vitimadas em seu cotidiano.

Não por acaso, fenômenos de “ridicularização”, “exclusão” ou até mesmo de “rechaçamento” de vários grupos sociais, são entendidos por pessoas obesas, enquanto algo natural, presente em suas vidas e ainda identificáveis com facilidade e de forma corriqueira, para essas pessoas. Essas situações não são mais entendidas, conforme os discursos analisados, enquanto “surpresas”, “acontecimentos inesperados” e nem mesmo “imprevisíveis”, mas sim, enquanto algo banal e inevitável, conforme exposto nos relatos apresentados abaixo:

“... sofre com certeza, sofre todo tipo de preconceito de discriminação, como se fosse uma pessoa relaxada, como se a pessoa não tivesse vergonha na cara, eu ouvia muito isso, é por isso que eu sempre repito essas palavras, vergonha na cara ...” (Entrevistado, 37).

“... as pessoas parecem que te veem de uma espécie diferente, só porque você é gorda, você é gorda você pode ter um cabelo lindos, mas você é gorda, ninguém que se acha bonita de corpo, vai querer andar com uma gorda do lado, como se a gente fosse feia, ...” (Entrevistado, 44).

“... olha digamos assim, em matéria de visibilidade das pessoas olharem e dizer que eu era gorda nunca me prejudicou em nada, nunca me senti magoada por ser gorda, eu convivía bem com isso, eu nunca me preocupei, ...” (Entrevistado 48).

A questão da obesidade e da obesidade mórbida perpassa por vários campos sociais e também ambientes constituintes, sendo identificado, conforme os depoimentos acessados, inclusive junto as questões de ordem conjugal. Para alguns depoentes, o fenômeno da obesidade e da obesidade mórbida, afeta sobremaneira os relacionamentos e relacionamentos conjugais, emanando poderosa influência, bem como,

sensíveis modificações estruturais, permitindo inclusive o surgimento de diferentes formas de violência entre estas pessoas.

Nos depoimentos acessados, alguns relacionamentos são marcados por cobranças e não aceitações por parte do “parceiro” ou “cônjuge”, sendo o problema da obesidade ou da obesidade mórbida, o motivo de cobranças de uma pessoa para a outra, ou uma espécie de “estopim” para o surgimento de “discursões” e “brigas” que podem enfraquecer, abalar ou até mesmo permitir o fim desta relação.

Nesse sentido, situações de preconceito, discriminação e também de violência em suas várias formas, se encontram presentes, desmotivando os integrantes deste relacionamento, conforme identificado nos fragmentos analisados abaixo:

“... preocupação e claro que machuca. Com esse marido não, nós estamos casados a nove anos, a gente se conheceu eu já era obesa, então assim, nunca foi um problema entre nós porque a gente conversa muito, mas com outro namorado sim, de cobrança coloca uma roupa, está feia, ...” (Entrevistado, 01).

“... porque ninguém é gordo porque quer, isso é uma discriminação. Tudo, eu acho. A mulher é mais discriminada, porque a mulher aceita o marido obeso. Mas o marido não aceita a mulher obesa, se aceita é maltratando, e como ela falou, acha que é relaxada e descuido, aceita, mas é maltratando, qualquer oportunidade que ele tiver ele usa isso e machuca, ...” (Entrevistado, 09).

“... eu sofria também, mas as pessoas, falavam ..., mas você está sofrendo por que se seu marido está falando que a mulher é feia, ... se aquela mulher bonita perfeita e magra, ele está falando que é feia, ...” (Entrevistado, 10).

Os impactos da obesidade ou obesidade mórbida junto as pessoas, sendo alguns inclusive de escopo emocional e psicológico, apontam para a pluralidade deste fenômeno na vida de várias pessoas na atualidade. Para essas pessoas, a obesidade se constitui enquanto um tipo “prisão invisível”, “inelutável” e “inescapável” que “doma” e que “aprisiona” emocionalmente e psicologicamente as pessoas que a contraem e que a desenvolvem.

Após a aquisição e o desenvolvimento da obesidade ou da obesidade mórbida, a pessoa se debilita emocionalmente e psicologicamente, apresentando, conforme identificado em alguns fragmentos dos analisados, sentimentos de inferioridade e de não aceitação de várias pessoas pertencentes a grupos sociais de seu convívio.

“... eu me olho no espelho, eu mesma converso comigo, eu falo isso, para com isso não deixa as pessoas fazerem isso com você, você é linda, está gordinha está ... mas, é bonita e inteligente, é uma mulher alegre e uma mulher que conquista as pessoas com o seu modo de ser você contagia, ...” (Entrevistado, 07).

“... eu saí numa redoma que eu tinha criado para mim, obesidade criou uma redoma para mim, não porque a gente quer, talvez seja só da minha mente naquele momento, talvez foi eu que criei isso quando eu estava obesa, que ninguém gostava de mim, eu era feia de mais, mas é porque uma palavra vira uma frase inteira de ofensa, as vezes a pessoa só fala para você, – Nossa, você está mais gorda, mas você entende assim, ...” (Entrevistado, 44).

O problema da obesidade e da obesidade mórbida, chama atenção por conta das várias influências emanadas as pessoas que se encontram acometidos por esta enfermidade e também, por conta de suas consequências. Em alguns fragmentos

analisados, é percebido o forte estigma carregado por essas pessoas obesas, muitas vezes, permitindo com que as mesmas sejam vistas não enquanto seres humanos, mas seres que mais se aproximam de “monstros”, “monstro feio”, “bicho” ou ainda “racinha”.

Essas formas de tratamento pejorativas, apontam, por exemplo para o sofrimento que pessoas obesas presenciam em seu cotidiano. No discurso dos depoentes é nítido o processo de comparação a outros grupos sociais historicamente discriminados e vítimas de preconceitos e de violência em suas várias dimensões, como é o caso, conforme identificado no discurso de uma depoente, como pessoas homoafetivas, negras e portadores de algum tipo de deficiência física, tabagistas ou ainda etilistas.

Para essas pessoas obesas, são identificados hiatos junto à sociedade por conta de sua condição corporal de difícil tratamento, permitindo com que as mesmas eram vistas enquanto pessoas em situações de vulnerabilidade social, ou conforme já sustentado pelo pensador italiano Antonio Gramsci enquanto classe subalterna.

Esse processo de subalternidade de uma classe, ou seja, de pessoas obesas, se representa e se apresenta enquanto poderoso mecanismo de exclusão social e de marginalização, conforme identificado em fragmentos dos discursos acessados e expostos abaixo:

“... eu não. Como eu era, eu me sentia um monstro feio, como se eu não tivesse olhos, meus olhos fossem rasgados, como que tudo meu fosse diferente, como se as pessoas fosse olhar para mim, ...” (Entrevistado, 21).

“... se eu chegar para qualquer pessoa e perguntar você fuma, não fumo, você é diferente, tem pessoas que fumam, se eles se aprofundarem dessa forma comigo, eu vou chegar nesse ponto, eu sou diferente, mas não sou um bicho, ...” (Entrevistado, 44).

“... tem sim, é como se vice a gente como uma “racinha” diferente, igual existe os gays, e os negros, os brancos deficientes, agora são os obesos. Como eu já conversei com você, antes eu fui muito abençoada, meu esposo me conheceu gordinha, eu adquiri mais obesidade, depois que eu engravidei das crianças, ele nunca demonstrou, eu volto a falar, de repente eu tinha visto mais do que ele, ...” (Entrevistado, 44).

Apesar dos esforços desenvolvidos e implementados pelos vários órgãos responsáveis pelos campos e setores da saúde no Brasil, pertencentes tanto a estrutura pública quanto a privada, são percebidas ainda, em pleno século XXI, conforme identificado nas falas dos sujeitos da pesquisa, enquanto reduzido conhecimento, no que se refere a questão da obesidade, da obesidade mórbida, de suas complicações e comorbidades.

Nesse sentido e, conforme identificado nos discursos e alguns atores sociais participantes do estudo, certa “fragilidade” da família, dos aparelhos educacionais, do setor midiático em seus vários representantes, e ainda, do poder público, no processo de disseminação de informações sobre o complexo problema da obesidade e da obesidade mórbida.

Apesar dos esforços desenvolvidos por todos esses representantes dos vários campos e setores sociais, o processamento da informações e mecanismos responsáveis pela divulgação e a difusão dos processos de comunicação em saúde e educação em saúde no combate e controle a obesidade e a obesidade mórbida ainda se constituem enquanto insuficientes, conforme evidenciado junto aos depoimentos acessados e analisados nesta pesquisa:

“... tinha, então no conjunto, eu era uma cheinha, uma gordinha, era fofinha, mas ninguém nunca me olhou e falou assim, ... você é obesa, você precisa fazer alguma coisa, você está num quadro de obesidade, ninguém nunca me falou isso, ...” (Entrevistado, 03).

“... que eu já tinha saído do sobre peso a muito tempo, eu já estava no grau um ou dois, para mim, eu me descobri obesa, para mim, ninguém me falou isso, sempre me chamavam de gordinha, de “cheinha”, mas hoje, quando vejo as fotos, realmente eu era obesa, ...” (Entrevistado, 03).

“... então, é meio complicado, eu já tentei e preferi agora, não falar mais no assunto, para evitar alguma animosidade, eu prefiro não falar mais. Não, não, alguns amigos brincavam, mas pela família não, a família, a minha família é uma família bem tradicional, é uma família antiga, que considerava que a pessoa gorda é uma pessoa saudável, e na verdade, são dilemas e não necessariamente, ...” (Entrevistado, 13).

“... eu vi que não era assim, com a minha luta, com o sobre peso, não era assim, quando eu descobri que a obesidade existia, e que eu tinha, e que era uma doença, para mim foi uma surpresa, porque eu nunca me via obesa, ...” (Entrevistado, 44).

Ainda durante o processo de organização e análise dos dados adquiridos, uma outra dimensão interpretativa foi verificada junto aos fragmentos analisados, sendo a mesma, a agressividade da pessoa obesa e os mecanismos de defesa desenvolvidos por essa pessoa. Os contínuos e cotidianos sofrimentos de preconceitos, discriminações e violências por parte de vários integrantes da sociedade, geram junto a pessoa obesa uma espécie de “sistema de resistência” que se manifesta por meio da “defesa pelo ataque”.

Conforme visualizado num fragmento acessado, esse mecanismo foi desenvolvido enquanto forma de resistência aos processos “violentos” e “excludentes” vivenciados pela

pessoa obesa, e que muitas vezes “perde o seu controle”, utilizando o mesmo em pessoas do convívio cotidiano de forma arbitrária e desnecessária. Já para outras pessoas, conforme evidenciado nos discursos analisados, uma outra estratégia utilizada é o “silêncio e a recusa em se manifestar a esse respeito”.

Para uma das entrevistadas, por já ter passado por esta “experiência” e “sofrimento”, a mesma, conforme exposto no depoimento analisado, compreende esta situação, preferindo não se manifestar e não reagir as investidas de pessoas que ainda se encontram nesta situação, ou condição:

“... a pessoa já vem com dez pedras na mão, a gente já está tão magoada, está ferida, as vezes a gente fala às coisas sem sentir, as vezes magôa, até quem está querendo ajudar, ...” (Entrevistado, 16).

“... não vou discutir, eu prefiro ficar quieta, tem horas que quando eu rebato, ... assim, e depois eu fico quieta, não vai adiantar estender a conversa, e ainda tem aquela mente, eu já estive daquele lado, eu já fui agressiva do mesmo jeito, ...” (Entrevistado, 44).

“... porque a qualquer momento ele pode ser apontado, a obesidade dele, ele sempre tem resposta para tudo na ponta da língua, ele tem uma justificativa da obesidade dele, não eu sou gordo assim, eu sei que sou gordo, estou tratando, ...” (Entrevistado, 44).

A obesidade permite impactos em vários campos sociais inclusive junto ao educacional, conforme identificado junto a alguns fragmentos analisados de atores sociais, participantes deste estudo. Para essas pessoas, a constituição corporal enquanto obeso ou obeso mórbido, permite inclusive no campo educacional, o surgimento de

processos de discriminação, preconceito e de violência em suas várias representações e acepções.

Por esse motivo e, não por acaso, pessoas obesas preferem não frequentarem suas aulas e interagirem com atividades disponibilizadas por esses aparelhos educacionais, inviabilizando o crescimento e desenvolvimento por meio do conhecimento, além de acesso a outros campos de representação social. Desta forma, uma outra alternativa a ser acessada, e inclusive enquanto “estratégia pessoal” contra esse processo de violência, é o “enclausuramento” pessoal e a redução do processo de socialização.

Ainda sobre o referido problema, e também, por meio de um dos fragmentos identificados, esses processos de “preconceito”, “discriminação” “ridicularização” e ainda de “violência”, são desenvolvidos não somente por discentes, mas ainda por docentes, no decurso do desenvolvimento de suas atividades laborativas, conforme expostos nos fragmentos abaixo:

“... eu sofria muito, eu não gostava de ir para escola, eu vim a gostar depois que eu tive meu filho mais velho, depois que eu vi que é importante estudar. É um conjunto, obesidade com preconceito, porque eu sentia isso na família, por parte da minha mãe, família da minha mãe, era só eu e minha irmã, a minha irmã mais velha, ela é bem diferente de mim, ela puxou mais a família da minha mãe, ...” (Entrevistado, 20).

“... gente eu não esqueço isso nunca, isso foi uma das coisas que me ajudou muito a não querer ir para a escola. Não, também, é porque eu era motivo de chacota também, eles escolhem uma pessoa para mexer, aí escolheu quem, ... eu, ela também por ser gordinha, ela para se livrar de não mexer com ela jogava para mim” (Entrevistado, 20).

“... sim, por causa da obesidade. Pelos colegas e as vezes pelo próprio professor. 111 quilos. Agora estou com 90 quilos. Olha, diretamente não, mas indiretamente várias. Assim, no sentido de trabalho muitas, às vezes, de fazer uma entrevista de emprego, as pessoas já olhavam assim, que eu sempre fui cozinheira. Eu acho que as patroas diziam assim, em vez de trabalhar, vai comer minha comida todinha, ...” (Entrevistado, 26).

O fenômeno da obesidade apresenta as suas inúmeras influências inclusive nos aspectos ligados aos relacionamentos conjugais e matrimoniais, conforme identificados em alguns depoimentos acessados. Por conta da obesidade ou da obesidade mórbida, são percebidas dificuldades no processo de início do relacionamento, estando esta questão ligada a baixa autoestima da pessoa obesa, ou ainda, medos relacionados a rejeições e insucessos nas investidas iniciadas com este propósito.

Para algumas pessoas obesas, a obesidade se constitui enquanto uma espécie de “desvantagem corporal” que se possui, quando comparado com outras pessoas do sexo feminino “não-obesas” e “não-obesas-mórbidas”, junto ao processo de início de relacionamentos ou no “jogo da sedução”. Para essas pessoas, esse desfavorecimento citado por uma das pessoas entrevistadas, aponta para uma outra dimensão existencial identificada junto a pessoas obesas, e que irão influenciar negativamente junto a outros campos de representação e apresentação desta pessoa.

Também são apresentados junto aos depoimentos analisados, sentimentos de inferioridade ou subalternidade por parte das pessoas obesas, dificultando com que as mesmas iniciem relacionamentos com outras pessoas. Esse complexo processo, segundo os depoimentos colhidos, se constitui enquanto um processo contínuo e, que tende a se

ampliar e desgastar cada vez mais e mais o aparelho emocional e psíquico da pessoa obesa, facilitando o surgimento de outras consequências a esta pessoa.

Nesse sentido, a designação “patinho feio”, exposta por uma das pessoas entrevistadas por esse estudo, se constitui enquanto mecanismo de “exclusão automática e certa”, que a pessoa obesa é vitimada. Por conta de sua constituição corporal e outros “atributos negativos e debilitantes” a eles relacionados, de forma direta ou indireta, inviabilizam com que essa pessoa consiga êxito em suas tentativas de início ou manutenção de relacionamentos, conforme apontado abaixo nos fragmentos selecionados:

“... eu acho que estou muito bem. Sim, eu não me permitia, meu casamento se manteve, meu marido é uma pessoa realmente extraordinária, e se mostrou mais extraordinário durante os cinco ou sete anos que eu fiquei obesa, ...” (Entrevistado, 36).

“... eu tive amigas que andavam comigo, porque sabiam que eu poderia me aproximar daquela pessoa, mas no final quem ficava com o rapaz mais bonito era ela, eu já passei por isso, isso vai te destruindo aos poucos, sua autoestima vai ficando, aí você vai se recusando, a obesidade não deixou eu ter amigos, fui uma mãe participativa, ... fui, tive umas coisas boas, ... tive, mas dentro do meu mundo, ...” (Entrevistado, 44).

“... mas eu ouvia aquela questão, nossa, seu marido e muito bonito, quando falava isso para mim, eu já me sentia a patinha feia, meu marido é bonito e eu sou a gorda, eu já entendia assim, qualquer dia desses ele pode me trocar por uma magrinha...” (Entrevistado, 44).

Na mesma linha analítica relacionada a relacionamentos e matrimônios, foi percebido nos discursos acessados, algumas diferenças no que se refere a pessoa obesa, no que se refere a categoria gênero. Para alguns atores sociais participantes do

estudo, existe diferença no que se refere ao preconceito social no que se refere a pessoas do sexo masculino em relação a pessoas do sexo feminino.

Para estes depoentes, pessoas obesas do sexo feminino sofre um maior quantitativo de cobranças sociais e ainda, preconceitos, discriminações e inclusive violência por parte do cônjuge e da sociedade. Nesse sentido, e não por acaso, fenômenos de “não aceitação”, “discussões” e inclusive “separações” são verificadas junto a relacionamentos de pessoas obesas.

A cobrança social, segundo alguns fragmentos de depoentes, se constitui enquanto mais forma para pessoas obesas ou obesa mórbidas do sexo feminino, sendo inclusive esta questão um dos incentivadores ou resultantes da realização da CB. Nesse sentido, e após a realização de várias formas de tratamentos e metodologias para o emagrecimento constituído enquanto infrutífero, a CB se representa enquanto última alternativa viável enquanto resposta a obesidade ou obesidade mórbida, conforme evidenciado junto aos relatos expostos abaixo:

“... mulher de homem obeso é tranquila, ela faz a comida para agradar ao marido, ele gosta tanto de comer essa comida, ela faz para satisfazer o marido, e muito diferente mulher de marido obeso, e marido de mulher obesa ...” (Entrevistado, 09).

“... sim, separou, eu acho certo, porque quando tem amor tem que segurar as pontas, a pessoa não engorda não é porque quer, eu tenho certeza, ninguém engorda porque quer, está certo, a gente às vezes extrapola, mas não é porque quer, ...” (Entrevistado, 34).

“... essa pessoa tão feia, querendo aparecer nas fotos, vai ver que quantas vezes já falaram assim, o que a xxxxxxxxxx quer aqui, gorda do jeito que ela é, principalmente quando você é jovem, quando eu via as pessoas falarem, amigas minhas falarem

assim, nossa, seu marido e tão bonito, eu entendia isso como uma ofensa para mim, como se elas tivessem dizendo, ... nossa, seu marido é tão bonito e você é tão gorda, tudo você traz para o lado da obesidade, ...” (Entrevistado, 44).

Para alguns dos depoentes entrevistados, os processos de cobrança social são maiores em pessoas do sexo feminino, conforme identificado em alguns fragmentos de depoimentos analisados. Conforme os depoentes, as cobranças sociais, além de preconceitos, discriminações e violências para com o ser feminino são maiores, e muitas vezes “dobrados” quando comparados com aqueles direcionados a pessoas do gênero masculino.

No cotidiano da pessoa do sexo feminino obesa ou obesa mórbida, as cobranças se constituem enquanto uma algo não somente exercido pela própria pessoa com si própria, mas também de vários integrantes da família desta pessoa, além de pessoas que se socializam nos vários ambientes e setores sociais de acesso e trânsito diários. Assim, questões relacionados ao corpo de todas as pessoas e agentes da sociedade, se constituem enquanto condição *sine qua non*, ou seja, de fundamental importância para a aceitação, acesso e permanência nos vários ambientes sociais.

A questão do corpo esbelto, longilíneo e “talhado” por meio de exercícios físicos, se constitui enquanto uma exigência muito forte na atualidade, e que excluem aquelas pessoas que não se enquadram nesses parâmetros ditados pela sociedade, pelos meios de comunicação midiáticos e pelos parâmetros sociais impostos, conforme identificados nos fragmentos das entrevistas analisadas por esta pesquisa.

“... eu acho que é o sonho de toda mulher. Eu ouvi demais, passei mais de uma década ouvindo isso, você tem o rosto tão bonito, se você fosse mais magra ficaria muito mais bonita, parece que tudo que se resume é em torno do seu corpo, eu já ouvi em corredores, mesmo de consulta, ...” (Entrevistado, 44).

“... na mulher eu acho que é bem dobrado, e porque a questão da vaidade, e a cobrança dela mesma, a autoestima, a mulher ela se arruma para outra mulher, e tem sempre um ataque de outra mulher, ...” (Entrevistado, 44).

“... para a mulher é mais fácil se aproximar daquele homem que não é tão bonito e gordinho, mas que agrada ela, tem esse tipo de visão, o homem e a mulher pensam de maneiras diferentes, justamente por isso, a mulher sofre mais, acredito eu, ... (Entrevistado, 45).

Em relação a cobrança e a exigência do corpo perfeito da mulher, é percebido em dos discursos dos depoentes participantes desta pesquisa uma forte e “inescapável” influência dos meios de comunicação de massa. Conforme alguns depoimentos, os mesmos realizam cotidianamente vários processos, “conceituados” pelos depoentes enquanto uma espécie de “bombardeios” de cunho ideológico, exigindo de todas as pessoas, inclusive de pessoas obesas, que venham a possuir corpos esbeltos e de comum acordo com os padrões socialmente estabelecidos.

Esses “bombardeios” ideológicos, se constituem enquanto poderosos mecanismos que exercem influência em um quantitativo cada vez mais de pessoas, pertencentes aos vários estratos sociais, na busca por uma silhueta cada vez mais harmônica e esteticamente aceitável socialmente. Desta forma e, por meio das entrevistas realizadas, ficam expostas várias estratégias utilizadas por vários atores sociais, e principalmente por pessoas do sexo feminino obesas, no combate a obesidade.

Nesses processos de busca da beleza e do corpo ideal e socialmente exigido e, conforme os discursos dos depoentes, estas pessoas acabam se constituindo enquanto verdadeiros “escravos da própria beleza”, lançando mão de vários artifícios e mecanismos que venham garantir o sucesso neste perigoso processo de mudança corporal. A não aderência destas pessoas, em sua maioria obesas, mais facilmente poderá gerar complicações com a não aceitação e a exclusão destas pessoas de campos sociais, além de fenômenos de preconceito, discriminação e de violência, conforme relatos abaixo:

“... às vezes comerciais de carros que não tem nada haver, eles colocam a mulher super-escultural, da de cerveja que não tem nada haver, com corpo bonito, eles colocam lá uma loirona bonitona, ...” (Entrevistado, 06).

“... porque a mulher tem a questão da vaidade, ela cobra de si mesma, de estar bem, de esta bonita, e a sociedade cobra também para que ela esteja bem bonita, ela precisa estar bonita, então é uma questão bem mais pesada para mulher, ...” (Entrevistado, 37).

“... querendo ou não, eles são bombardeados, estou colocando no ponto de vista da mulher, elas são bombardeadas, com esse tipo de mulher, que tem que ser bonita, gostosona, não é magra, eles mesmo dizem, aquela alí e magrela demais, ...” (Entrevistado, 44).

“... colocam muito na cabeça de todos, da massa em geral, a beleza tem gente que vive a ser escravo da própria beleza, e isso, com certeza, vai gerando preconceitos das pessoas que não atingiram o padrão de beleza esperado, cobrado pela mídia, pela sociedade atual” (Entrevistado, 45).

Já para outros depoentes, o ser masculino também sofre cobranças e exigências sociais para com a manutenção e cuidado rigoroso com o seu corpo. As

peessoas do sexo masculino obesas, se constituem enquanto aqueles que mais sofrem algum tipo de preconceito, estando os mesmos intimamente ligados ao seu comportamento próprio, mas também, intimamente ligado, ao que foi colocando, enquanto uma forma de machismo.

Nesta forma de análise interpretativa, a pessoa do sexo masculino obesa ou obesa mórbida seria aquela que sofreria maiores consequências do fenômeno investigado por esta pesquisa, por conta das fortes influências e co-morbididades relacionadas ao seu sistema urogenital, mas também, no decurso de sua prática sexual. Para os depoentes, as complicações advindas da obesidade ou da obesidade mórbida em pessoas do sexo masculino, provocariam o surgimento de debilidades neste sistema orgânico, mas também, enquanto fragilidades em sua sexualidade, conforme exposto abaixo:

“... é porque eu escuto demais, eu tenho um cunhado que ele é bem gordo, ele pesa 150 quilos, eu vejo, às vezes, as pessoas falando, ele não vê mais nem o “pênis” dele, ... ele tem que fazer essa cirurgia, ... não consegue fazer mais nada, o homem já leva para o lado da sexualidade, agora mulher, às vezes, ela é discriminada pela maneira, ...” (Entrevistado, 16).

“... eu acho que nem e quem sofre mais preconceito, eu acho que quem se sente mais incomodado, as vezes é o homem. Porque o homem, eu acho, que ele tem o lado machista, o homem ele é mais fechado, a mulher pelo menos ela conversa uma com as outras, tem várias amigas, tem aquelas que criticam, mas tem aquelas que ouve a gente, ...” (Entrevistado, 28).

Para outros depoentes, pessoas obesas do sexo feminino e masculino sofrem algum tipo de preconceito e/ou discriminação, não apresentando nenhum tipo de diferença. Já para outro depoente, não somente pessoas obesas do sexo masculino ou do

sexo feminino sofrem algum tipo de preconceito e discriminação, mas também, mas também pessoas adultas e ainda crianças.

Nesse sentido e, conforme o que foi exposto por depoentes, todas as pessoas obesas sobre algum tipo de preconceito, discriminação e até mesmo violência, não importando o seu gênero, idade ou outro tipo de atributo pessoal. Neste momento, é percebido o peso social carregado pela pessoa obesa em qualquer momento de sua vida e de sua existência, conforme identificado nos fragmentos de relatos expostos abaixo:

“... sim muitas vezes por que acaba que você chega, as pessoas sempre falam a gordinha tem o rosto bonitinho mais é gorda, já aconteceu muito isso comigo, isso me incomodava. Eu acho que ambos não chegam ser iguais, talvez seja de forma diferente, mas acho que chega a ser o mesmo nível, não sei se vai ter alguma diferença não, no meu ponto de vista...” (Entrevistado, 05).

“... às vezes, julga de maneira diferente. Os dois são vítimas, não é só o homem e nem só a mulher e nem só o adulto, a criança também obesa sofre muito, é uma coisa que ninguém quer, mas a pessoa tem, mas a gente tem que aprender a conviver com isso, ...” (Entrevistado, 48).

Nos depoimentos analisados, uma outra questão que se constitui enquanto forma de preconceito, discriminação e de violência para com a pessoa obesa é a questão dos olhares. Para as pessoas entrevistadas nesta pesquisa, os olhares de outras pessoas pertencentes a sociedade e, presentes nos ambientes e campos sociais de trânsito das pessoas obesas, estão “carregados” de preconceitos, discriminação e até mesmo de violência, por focarem estas pessoas enquanto “o diferente”, “o não-aceito”, “o excluído”.

Conforme os relatos analisados, por conta dos olhares, as pessoas obesas sentem “julgadas” pela sociedade, com se tivessem cometido algum “crime”, desrespeitado alguma “norma social ou legislativa”, infringido algo inaceitável no ordenamento social em vigor. Desta forma e, não obstante aos depoimentos analisados, a pessoa obesa seria comparada à condição de outras pessoas pertencentes a outros seguimentos sociais historicamente “discriminados” e excluídos da “sociedade”, como por exemplo, pessoas de cútis negra, ou ainda lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e transexuais (LGBTT).

Para os entrevistados, esses olhares “estigmatizantes” e até mesmo “violentos”, desenvolvem de forma consciente ou inconscientemente mecanismos “recheados” de “críticas”, “zombarias”, e que irão dificultar a pessoa obesa alvo destes olhares, a realização de suas atividades e também, seu papel social. Esses olhares se constituem ainda enquanto uma forma velada de violência, direcionada a pessoas obesas, sendo a mesma inclusive entendida pelos depoentes enquanto uma forma de humilhação e “degradação social”, conforme expostos nos fragmentos das entrevistas apresentados abaixo:

“... eu andava assim, parece que as pessoas andavam me olhando me criticando me zombando, era como se eu tivesse algo diferente dos outros seres humanos, não tivesse, era assim que eu me sentia, atrapalhava me muito ...” (Entrevistado, 21).

“... é muito complicado dizer, mais é um pouco de humilhação, as pessoas olham para a gente com preconceito, como se você tivesse daquele jeito, de propósito, e manda você fazer uma dieta, o médico mandava eu fazer caminhada, eu caía de febre reumática, ...” (Entrevistado, 22).

“... as pessoas são muito cruéis, até na forma de olhar para as outras. Só porque uma pessoa é diferente, acaba sendo julgada com o olhar, isso é muito feio, isso é muito ruim, tanto para o obeso, quanto para as pessoas que sofrem preconceitos raciais,

para as pessoas que sofre preconceito por opções sexuais isso é ...” (Entrevistado, 45).

Uma outra dimensão apresentada nos relatos dos depoentes entrevistados nesta pesquisa, foram as várias representações da família da pessoa obesa, em sua existência, e no processo de combate e controle ao fenômeno em análise nesta pesquisa. Conforme relatos analisados, a pessoa obesa sofre preconceitos, discriminações e até violência de cunho “emocional” ou “psíquico”, por conta de sua constituição corporal.

Em alguns casos, esses preconceitos, discriminações e até mesmo violência, são identificados desde a infância da pessoa, permitindo o surgimento de mecanismos “emocionais” e “psíquicos” que marcarão a existência desta pessoa obesa por toda a sua vida.

Em alguns casos, uma das possibilidades é que esta pessoa, vítima de fenômenos de preconceitos, violência e discriminação venha a desenvolver respostas a estes fenômenos, como por exemplo dificuldade de socialização, dificuldades para o início de relacionamentos, ou por exemplo, “mecanismos de defesa”, para com todas estas questões.

Já em outros casos, esta pessoa obesa não “reproduz” com seus familiares, os processos de preconceitos, discriminação e de violência, que foi vitimada no passado, inclusive por seus familiares.

Num relato exposto, e conforme indicado pelo ator social participante deste estudo, após o processo de realização da CB e perda de peso corporal, os próprios filhos tiveram uma maior receptividade para com a própria mãe ex-obesa ou ex-obesa-mórbida”, num ambiente de confraternização.

Conforme exposto nos relatos analisados e apresentados abaixo, a pessoa obesa se constitui enquanto um “fardo”, “peso” ou espécie de “demérito” ou ainda “mancha” para a família, que entende se encontrar fragilizada por parte deste membro “frágil”, “inerte” e “impróprio” para o desenvolvimento de suas responsabilidades para com o seu “corpo familiar nuclear”.

Para alguns depoentes, estas ditas “limitações”, se constituem enquanto “debilidades” e também “fraquezas” que estas pessoas obesas apresentam, sendo as mesmas de cunho morfológico e também de mobilidade, conforme exposto nos fragmentos apresentados abaixo:

“... você é sempre o patinho feio da família, eu cresci numa vida muito complexada, muito triste. Todos, porque meus irmãos é que eram magros, ..., desde criança, ... - ahhhh, você é a diferente, você nasceu mais escurinha, você é a mais gordinha, você é a única que tem o cabelo enrolado, você é, ... acaba crescendo com aquilo na sua mente, ...” (Entrevistado, 07).

“... eu falo, eu dou atenção para eles, dou carinho, eles já eram mais receptivos naquela época, antes que eu era obesa, não era receptivo, eu sou muito carinhosa, independentemente de ser gorda ou magra, ...” (Entrevistado, 10).

“... algumas discriminações com eles, eu não saberia te citar algum agora, mas sofri sim, discriminação. Em alguns casos, vai acontecer sim, porque vamos pegar uma pessoa que está limitada com a obesidade, não tem tanta mobilidade e não é tão social, e de alguma forma limitou, vai pegar uma família que está limitada, porque tem um obeso na família, ...” (Entrevistado, 44).

Outra questão que chamou atenção no processo de organização e análise dos dados está relacionada a obesidade e a condição econômica. Para uma das pessoas entrevistadas, a questão da obesidade ou obesidade mórbida, se constitui enquanto “fardo” ou

“demérito” que a mesma possui e que irá modificar o processo de socialização e também de utilização dos recursos e benefícios disponibilizados em vários campos sociais.

Nesse sentido, e conforme um depoente, a pessoa obesa que possui uma condição econômico-financeira favorecida, será mais facilmente “aceita” na sociedade e em seus vários grupos e estratos. Para esta entrevistada, pessoas obesas, que conseguiram aprovação junto a um concurso pública, terá mais facilmente possibilidade de ascensão social, e desta forma, aceitação em outros ambientes da sociedade.

Nesse sentido, a diferenciação da pessoa obesa se representa e se apresenta por conta de sua diferenciação verificada por conta do acesso e aquisição de educação, conhecimentos e informação que o permitiram aprovação junto a um concurso, e, por conseguinte, progresso pessoal, conforme apontado no fragmento exposto abaixo.

*“... se for aquela pessoa que não estudou, esta vai estudar, vou fazer concurso, a através de concurso a pessoa gorda obesa ela é aceita, eu vi uma reportagem de uma menina, que ela passou no correio, que ela não passou porque ela era gorda, ...”
(Entrevistado, 20).*

Enquanto forma de redução do peso corporal e controle das enfermidades relacionadas a obesidade ou a obesidade mórbida, a CB é entendida enquanto métodos eficiente e eficaz nesta atividade, sendo, na atualidade, realizada por um grande quantitativo de pessoas. Por meio deste procedimento cirúrgico e, conforme os depoimentos analisados, fica evidente a importância dada pelos sujeitos da pesquisa ex-obesos ou ex-obesos mórbidos, que se submeteram a ela, objetivando dentre outras

questões, a se “distanciarem”, ou ainda, e conforme os seus relatos, a se “libertarem” desta enfermidade.

Por não aguentarem mais, conforme suas palavras, as “perturbações”, “preocupações” e “tristezas” em decorrência destes fenômenos patológicos, uma última tentativa de combate e controle de um problema persistente, em alguns casos, a uma grande quantitativo de tempo na existência destas pessoas. A expressão exposta por um dos atores sociais participantes desta pesquisa (luz no fim do túnel”, aponta para uma esperança distante e unitária de se desligar deste complexo e “escravizante” sofrimento pessoal, até bem pouco tempo, sem solução.

Não obstante a realização da CB, é percebido nos discursos de alguns entrevistados, não somente a perda do peso corporal, controle da obesidade, da obesidade mórbida, regulação dos níveis e valores das funções corporais, controle das comorbidades, mas também, modificações junto ao corpo e também junto a alguns comportamentos anteriormente realizados.

Para alguns depoentes, uma das dificuldades percebidas agora, após a realização da CB, e também da grande perda de massa corporal lipídica, é que esta pessoa possui dificuldades em se reconhecer, após a “mudança” ou “transformação” que o seu corpo sofreu. Segundo exposto num fragmento analisado, a pessoa ex-obesa ou ex-obesa mórbida, possui dificuldade de se desvencilhar da imagem que ela possuía, inclusive do seu rosto, anteriormente ao procedimento operatório em questão.

Modificações corporais, segundo um relato de um entrevistado, puderam ser identificadas com maior facilidade junto ao rosto, as mãos e os dedos, se constituem

enquanto garantia da perda de peso corporal e também, da modificação corporal de forma” forçada” pela implementação da CB.

Em outro fragmento acessado, o desejo e a necessidade de busca de um corpo perfeito esteticamente e socialmente atrativo, se constituem enquanto buscas incessantes na atualidade, perseveradas por um quantitativo cada vez maior de pessoas de todas as idades, gêneros, condições sociais e pertencentes aos vários extratos da sociedade.

É importante também apontar, conforme percebido junto aos discursos analisados, a presença de uma grande expectativa destas pessoas obesas na realização da CB, enquanto forma de solução “instantânea” para as suas dificuldades e problemas pessoais. Quando bem preparado por profissionais sérios e credenciados para a realização deste processo que antecederá a realização da CB, a pessoa obesa terá uma maior gama de possibilidades de que a sua cirurgia tenha maior sucesso e melhores resultados, conforme verificado junto aos relatos expostos abaixo:

“ ... então é tudo muito perturbador, tudo muito triste, as pessoas não estão preocupadas com você. Eu acho que ela representa para mim como para muitas pessoas uma luz lá no fundo do túnel, uma esperança” (Entrevistado, 33).

“... imagem corporal então eu vou sempre procurar aquele rosto cheinho neste corpo mais magro e eu vou está tentando achar aquela mão que ficava bonita com anel, ponha lá os dedos, as unhas, tudo bonita, e de repente, eu hoje, eu já olho o dedo, ele está esticado, ...” (Entrevistado, 44).

“... a cirurgia não vai trazer aquele perfil que você colou naquela foto e, acima daquele corpão, eu vou fazer a cirurgia e vou malhar bastante, porque eu quero aquele corpo, seu corpo é único, não tem como você fazer isso, ...” (Entrevistado, 44).

Por conta da realização da CB, além das modificações já analisadas anteriormente, uma outra questão é identificada na fala dos atores sociais participantes do estudo. Conforme identificado em alguns fragmentos das entrevistas analisadas, modificações nas relações desenvolvidas pela pessoa que se submeteu a CB e o seu cônjuge se encontram presentes.

Para algumas entrevistadas, após a realização da CB junto a pessoas anteriormente obesas, são percebidas modificações junto aos relacionamentos, se representando e se apresentando como uma forma de “empoderamento” da pessoa cirurgiada, em relação ao cônjuge, e também, a outras pessoas do convívio social.

Conforme alguns discursos analisados, a realização da CB se constitui enquanto uma forma de “renascimento”, ou seja, de “modificação” ou “transformação” drástica junto a estrutura corporal de uma pessoa, anteriormente obesa ou obesa mórbida. Esse “renascimento” ou “transformação” expostos junto aos discursos analisados, se constituem enquanto uma nova chance de “recomeço”, de “renovação”, de ser “aceito” no convívio social”, “trabalhista”, dentre muitos outros.

Para essas pessoas, a possibilidade de aceitação em campos e espaços sociais anteriormente “intransitáveis”, se constituem enquanto forma de “renovação” de possibilidades e oportunidades anteriormente a realização da CB “impensáveis” e “inalcançáveis” para pessoas obesas.

A “impossibilidade” de se vestir com uma roupa de número reduzido, de não necessitar solicitar a uma costureira a confecção de uma roupa sob medida, pela “inexistência” da mesma, numa numeração compatível com o seu corpo em lojas e

serviços especializados, ou ainda, do sofrimento presente na experimentação de uma peça de roupa menor do que o seu corpo, agora dão lugar a outras sensações.

Conforme alguns relatos analisados, as mudanças corporais permitidas pela realização da CB, auxiliam na elevação da autoestima, na satisfação e também em todo o conjunto pessoal, permitindo inclusive a realização de algo no passado que anteriormente trazia a pessoa obesa, tristeza, sofrimento e sentimentos de inferioridade.

Conforme alguns relatos analisados, até a autoimagem da pessoa obesa se apresenta enquanto um mecanismo que gera sentimentos negativos para a própria pessoa, por refletir uma imagem de “dor” “desconformo” e de “impossibilidade de mudança”, conforme exposto nos relatos seguintes:

“... meu marido mudou muito comigo depois que eu operei, e a gente chegar e fala assim, ... - Nossa fulana, ... porque você acha que ele mudou, ele está melhor, a gente já pergunta logo se está melhor, se você está mais magra, ...” (Entrevistado, 44).

“... quando ela emagreceu, quando ela voltou para o grupo mais magra, já no estado mais adiante, ela vira e falar assim ... - Tudo é motivo para a briga, se eu me arrumo muito, eu estou me arrumando para outros homens, ...” (Entrevistado, 44).

“..., mas a gente se encontra no corredor, você troca experiência, você vai para a cirurgia, você passa pelo mesmo processo da pessoa, de repente, você nasceu na cirurgia, você cresceu um pouquinho, veio para a sociedade, está trabalhando, ...” (Entrevistado, 44).

“... mudou tudo, você se sente melhor, você consegue vestir uma roupa melhor, você se olhar no espelho, você se sente melhor, o que você vê é bem melhor do que você via antes, é uma coisa muito boa, é uma sensação muito boa, que a pessoa tem ...” (Entrevistado, 48).

CLASSE 02 - OBESIDADE: LIMITAÇÕES E EXCLUSÃO SOCIAL:

Na análise da segunda categoria, relacionada as limitações e a exclusão social de pessoas obesas, várias foram as evidências identificadas, estando as mesmas relacionadas a própria constituição corporal, as limitações relacionadas a compra de roupas e calçados, a utilização dos meios de transporte, a reclusão domiciliar os constrangimentos sociais.

No que se refere a questão das limitações provenientes da obesidade, vários foram os depoentes que se posicionaram em relação a esta evidência, expondo por meio dos seus relatos, questões estigmatizantes e traumáticas.

Para estas pessoas, a questão da obesidade se constitui enquanto um elemento limitador e que reduz a autonomia da pessoa, por conta do aumento da massa lipídica, pela desregulação do funcionamento corporal normal, e também, por conta do surgimento de outros fenômenos debilitantes próprios deste fenômeno.

A obesidade permite nas pessoas que a contraem, limitações corporais e também trabalhistas, dificultando a esta pessoa, uma maior dificuldade no cumprimento de suas funções profissionais, conforme exposto nos fragmentos dos depoentes expostos abaixo:

“... nunca deixei de fazer meus serviços de casa, nunca deixei de trabalhar fora, mas eu era mais lenta para fazer as coisas. Andar, eu não podia andar muito, se eu fosse andar uma distância grande, eu tinha que ficar parando no meio do caminho para poder respirar, eu ficava ofegante com muita falta de ar, em

questão de sair de ônibus era muito desconfortável, ...” (Entrevistado, 19).

“... já tem quinze anos que eu não trabalho, que eu aposentei por invalidez. Trouxe, eu não podia nem andar muito que eu cansava, e para dormir à noite nesse calorão, era difícil de mais, quando eu ia dormir me dava uma falta de ar, eu ficava sufocado, aí eu tinha que colocar um travesseiro bem alto, eu ficava praticamente em pé, ...” (Entrevistado, 49).

“... aí fui nesse passeio, todo mundo desceu, eu não pude descer porque eu era gorda. Porque eu tive medo, de repente a maré subir eu cair e me machucar, a maré subir de repente e não dar tempo de eu andar rápido para subir no barco, lá eu fiz um juramento eu vou emagrecer Porque eu quero vim em “picãozinho” e descer, ...” (Entrevistado, 50).

Dentre os depoimentos analisados, situações caracterizadas pelos próprios depoentes enquanto “bullying”, apontam para o “rechaçamento” que pessoas obesas vivenciam diariamente, se constituindo enquanto marca indelével deste fenômeno social. Identificados em todas as épocas da existência destas pessoas, e também, em vários ambientes e campos sociais e de socialização, representação e de apresentação destes agentes.

Estas manifestações se identificam por meio de vários tipos de apelidos, chamamentos e formas estigmatizantes e preconceituosas de referencia as pessoas obesas. Assim, questões inclusive de cunho estigmatizantes, vivenciados por pessoas obesas são uma constante, denotando em sua constituição, questões de insensibilidade e de intolerância, conforme identificado nos relatos apresentados abaixo:

“... eu sempre sofri muitos apelidos, mas eu nunca liguei não, assim, problema de bullying como hoje, eu nunca me importei muito, mas eu sempre gostei muito de jogar bola, eu corria muito, mas eu sempre era a mais lenta, era esse tipo de dificuldade, ...” (Entrevistado, 27).

“... são muitas coisas ... - ahh ..., eu não tenho sua numeração..., já de cara, ahhh ... não tem nada que te sirva, você já ficava ..., é um preconceito, é um constrangimento ..., ou então você entrar num restaurante a pessoa magrinha chega e pegar um prato deste tamanho e colocar, ...” (Entrevistado, 33).

“... essa gordinha está querendo ser muito valente, olha cuidado, se a gordinha te der um murro ..., a abraçada dela vai te jogar no chão, isso para mim era a morte, mas passava daqui a pouco, estava todo mundo sorrindo e se juntava para lanchar e passava e levava a vida naturalmente, mas já adulta era diferente a autoestima requer mais, ...” (Entrevistado, 44).

Em decorrência da obesidade e de suas limitações relacionadas, uma questão que emerge dos relatos analisados e que chama atenção, é o que poderíamos classificar enquanto reclusão domiciliar. Este fenômeno pode ser entendido enquanto uma estratégia utilizada por pessoas obesas, no sentido de não ter acesso e nem ser o sujeito alvo de discriminações, chacotas ou até mesmo violências simbólicas.

Essa reclusão domiciliar pode ser interpretada enquanto uma espécie de mecanismo de defesa, ou ainda, uma forma encontrada por essas pessoas para resistir aos preconceitos que a mesma vivencia em seu cotidiano. A ausência de socialização e de atividades de descontração e de lazer, incentiva, conforme evidenciado nos relatos analisados, a um maior consumo de alimentos que irá potencializar ainda mais o ganho de peso e instalação da obesidade e da obesidade mórbida.

Pelo consumo exagerado e não moderado de alimentos ricos em amido, gordura somados a presença de bebidas gaseificadas com elevado teor de sódio e de glicose, se constitui enquanto alimentação perigosa e que facilita a constituição e a ampliação da obesidade em todas as suas modalidades, conforme encontrados nos fragmentos dos depoentes apresentados abaixo:

“... cansaço, eu ficava muito cansada, eu não dormia bem, essas coisas. Sim, eu não ia nos lugares, eu não ia em festinhas, eu não saía, só ficava em casa, para o trabalho, eu me isolava para todos, por conta da obesidade, ...” (Entrevistado, 21).

“... porque você não quer sair, automaticamente, você pega a comida e vai comer mais igual, eu não vou para festa, mas lá em casa estavam 05 pães de sal, refrigerante, carne frita e etc, ...” (Entrevistado, 30).

“... as vezes eu subo mas tem que alguém segurar a minha mão, essa rampa da minha da minha calcada eu não consigo descer mais, para mim descer essa rampa para mim ir até o mercado, preciso da minha mulher segurar na minha mão, ...” (Entrevistado, 49).

Uma outra questão emanada pelo fenômeno da obesidade e que chama atenção por conta de sua “vulnerabilização do vulnerável social”, ou seja, da ampliação do preconceito e da discriminação da pessoa obesa, é a não adaptação das condições de acesso e dos vários espaços de socialização, às necessidades deste grupo populacional significativo.

Situações corriqueiras, como por exemplo, a utilização dos serviços disponibilizados por salões de beleza e cabelereiros por pessoas obesas, se constituem enquanto verdadeiros “desafios” a estas pessoas, por permitirem o surgimento de acontecimentos e também acidentes, contra a integridade destas pessoas.

“... tinha medo de subir e quebrar uma cadeira, uma escada, de cair e se machucar e se pior, assim tinha coisa que eu não conseguia fazer, ... andar rápido, por exemplo, já teve vez do meu marido chamar a gente para ir num lugar que era para pescar, tinha que subir o morro, eu não ia porque não dava conta de subir o morro, ...” (Entrevistado, 33).

“... eu me lembro que eu fui fazer as unhas no salão umas vezes, e eram as cadeiras de plástico, essas cadeiras brancas, eu estava sentada quando a cadeira abriu as quatro pernas, eu caí e quebrou, o pessoal ficou a me levantar, perguntando se eu me machuquei, ...” (Entrevistado, 33).

Uma outra evidência identificada neste estudo, foi a questão da fragilidade de instituições comerciais destinadas a venda de artigos de vestuário e também aquelas de calçados. Por conta da obesidade e também, do aumento da massa corporal, a aquisição para o consumo destes artigos se torna extremamente dificultoso, uma vez que os mesmos, utilizam um maior quantitativo de matéria-prima e recursos para sua produção, o que diminui os lucros de sua comercialização.

Desta forma, reduzidas são as instituições que se interessam em comercializar estes artigos direcionados a pessoas obesas, preferindo aderir a espaços empresariais onde, a grande maioria das pessoas não-obesas e não-obesas mórbidas, não possuem a necessidade de adquirirem vestuários ou calçados de maior numeração e adequados a utilização de pessoas de elevada constituição corporal.

Para um grande quantitativo das pessoas entrevistadas, a compra e a aquisição destes produtos se constituem enquanto verdadeira “saga”, sendo estes produtos disponibilizados nestas instituições num quantitativo reduzido e muitas vezes, com um valor bem maior do que aquele considerado aceitável.

Esta questão de reduzida existência, ou até mesmo “inexistência” de roupas e calçados para pessoas obesas, se constitui enquanto uma verdadeira forma de segregação e exclusão social, pela inviabilidade de desenvolvimento dos direitos e da

autonomia de ir e vir, conforme consagrado no ordenamento jurídico nacional brasileiro, conforme identificado junto aos depoimentos colhidos e exposto abaixo:

“... aí eu tive que entrar no terno na “marra” não é, fiquei parecendo aquele “mazzaropi”, aquele ator brasileiro da década de 30, aí ficou muito desconfortável, eu ficava cansado direto, o pé era sempre muito inchado, eu tinha dificuldade de calçar um tênis, ...” (Entrevistado, 13).

“... rejeição no fato de você vê todo mundo comprando uma roupa, você vai num lugar experimentar uma roupa, você já está excluída dali, porque nenhuma roupa serve em você, você já se sente rejeita, excluída nesse sentido, ...” (Entrevistado, 17).

“... mudou muita coisa, eu senti melhor, eu posso ir à loja comprar uma roupa, não tem as pessoas falando, aqui para você, não tem, eu estava tão acostumada a comprar roupa grande, que eu entrei na loja esses dias, na mesma loja que eu entrava, a mulher falou, ...” (Entrevistado, 39).

“... como é que eu vou para uma praia, e não vou poder vestir um maiô, ou um biquíni, porque eu tenho vergonha, eu não vou [nem] num clube, porque eu não visto isso aí, vou ficar lá de short, eu tenho vergonha, eu não vou para estes lugares, ...” (Entrevistado, 42).

Esta condição, abala emocionalmente a pessoa obesa, desenvolvendo desestímulo na mesma, além de sentimentos de inferioridade, na aquisição destes produtos para o seu consumo cotidiano. Essa condição de cerceamento dos direitos inalienáveis a pessoa humana, contribui para a ampliação das diferenças sociais entre pessoas, constringendo, marginalizando, ou até mesmo, violentando simbolicamente as pessoas, conforme sustentaria Pierre Bourdieu.

Esta situação chega a um ponto de dissabores, e até mesmo, discordância entre pessoas obesas, com profissionais encarregados em disponibilizar atendimento em

instituições que comercializam estes produtos e serviços, conforme exposto em fragmentos dos depoimentos colhidos:

“... tudo de ruim, eu não tinha nem prazer de viver mais, não tinha prazer de ir numa loja comprar roupa, não tinha prazer de comprar um calçado, que eu não dava conta de abotoar uma sandália, que eu não podia me abaixar, ...” (Entrevistado, 28).

“... é um constrangimento, você nem comprava a roupa, as vezes mandava fazer. Não é a mesma coisa, aquele prazer de entrar num shopping, entrar numa loja, escolher uma roupa, era constrangedor você ficar uns 40 minutos para experimentar uma roupa e nenhuma servir, é horrível, é um sufoco, ...” (Entrevistado, 38).

“... há para você aqui, não aqui, não tem seu número não, não tem de jeito nenhum, tem só até o 42 e 44. Lá na minha casa tem escada, era difícil para mim subir a escada, quando eu saía, era difícil para eu levantar, era mais na mobilidade que era difícil, ...” (Entrevistado, 39).

Entre o desejo pelo consumo de produtos e serviços do campo de vestuários e calçados e, a sua existência reduzida, ou até mesmo inexistência dos mesmos em tamanhos e numerações que possam ser utilizados por pessoas obesas, são identificados sentimentos de frustrações, descasos e inércia, “segregando” esses agentes sociais acima do peso considerado normal à uma espécie de “condenação ao esquecimento social”.

Por outro lado, após a realização da CB em pessoas anteriormente obesas, permitem o surgimento de um sentimento de “desconhecimento” ou “estranheza” do próprio corpo, por conta das modificações que o mesmo obteve, em decorrência da CB realizada, conforme os relatos abaixo:

“... aconteceu de eu entrar nua loja, para eu compra um presente, a vendedora veio falou para mim, que não tinha nada que me servisse, ... eu falei para ela que eu não estava perguntando, eu poderia estar comprando para mim ou para outra pessoa, ...” (Entrevistado, 19).

“... eu nunca usei uma jaqueta jeans na vida, nunca me coube. Minhas irmãs, toda vida, usaram jaqueta, antigamente, usava muita jaqueta, eu nunca usei, nunca coube em mim, toda vida, fui gordinha, nunca coube, o sonho da minha vida era usar e uma, uma jaqueta, uma blusinha apertadinha, eu achava lindo elas usando, ...” (Entrevistado, 42).

“... não, a senhora pode levar com certeza, eu falei, eu posso trocar, ela falou ... pode, mas a senhora leve o 44, quando eu cheguei em casa que eu relaxei, chamei ele, e coloquei a calça que ela serviu eu fiquei sem graça, olha ela estava certa, ...” (Entrevistado, 44).

Os impactos das modificações corporais identificadas junto as pessoas ex-obesas e ex-obesas mórbidas, apontam para a complexidade da CB, bem como, as várias modificações corporais identificadas por conta de sua realização. Estas modificações são verificadas em pessoas de todas as faixas etárias, inclusive em pessoas idosas que se encontravam acima do peso e que sofriam os impactos da obesidade e da obesidade mórbida.

As modificações corporais e na funcionalidade orgânica percebida na pessoa que submeteu a CB é tamanha que, estas acabam ampliando a sua capacidade em desenvolvê-las, por adquirirem um novo “ânimo”, além da redução em dores, desconforto e ainda, indisposição para realizá-las de forma mais contínua, conforme declarado nos relatos expostos abaixo:

“... não tinha aquela coisa de comer porque está sentindo alguma coisa, alimentação normal, sentia fome normal na hora do almoço, na hora da janta, eu não era muito de comer besteira, não. É cansaço, de não dá conta de andar um pouquinho que já está cansada, a roupa, a alto estimar, você coloca uma roupa e não está se sentindo bem, e a minha preocupação maior mesmo eram engordar demais, e afetar os problemas que traz a obesidade, ...” (Entrevistado, 25).

“... a muito tempo eu não levantava feliz. Eu parecia uma alma penada, eu só saía para o serviço e do serviço para casa, eu não tinha animo para mais nada, meus netos me chamavam ... – Vovó, vamos passear, e eu não aguentava, ... vamos fazer uma caminhada, e eu não aguentava, ... vamos numa festinha, em um aniversário, vamos fazer isso ou aqui em casa, e eu não aguentava, eu não queria mais nada, não tinha expectativa para mais nada, ...” (Entrevistado, 35).

“... mas para mim, melhora os problemas de saúde, eu sofria muito, quase não aguentava andar, muito cansaço, eu sentia muita dor nas juntas, e hoje não dói tanto que nem antes, eu ando, trabalho o dia todo, eu levanto sete da manhã e vou até meia noite trabalhando, até uma hora da manhã, essa noite mesmo fiquei até uma hora da manhã passando roupa, ...” (Entrevistado, 39).

Em outra categoria identificada nos relatos analisados, chama a atenção por identificar uma fragilidade junto aos meios de transporte rodoviários. Conforme exposto nas entrevistas de vários atores sociais participantes desta pesquisa, os ônibus e lotações utilizados no transporte coletivo pela população em geral, pouco se encontram adaptados para disponibilizarem seus serviços a pessoas obesas.

Desta forma, incidentes como por exemplo, o desconforto na acomodação junto as poltronas, ou ainda, a impossibilidade de utilização de roletas, em decorrência dos espaços reduzidos, destinados para esta atividade, desestimulam a sua utilização cotidiana por pessoas obesas, que expõe em seus relatos, a situações “estigmatizantes” e “vexatórias”, que as mesmas são submetidas diariamente.

Apesar do poder público, por meio de seus vários mecanismos e estratégias políticas se mobilizarem para disponibilizar melhores condições de utilização de serviços de transporte de qualidade a sociedade, os mesmos, conforme relatos dos depoentes, ainda se encontram insuficientes e ineficazes para resguardar o acesso a esses serviços por pessoas que se encontram obesas, conforme exposto nos relatos abaixo:

“... tem uma lei que permitia pagar e descer pela frente. 150 quilos. Não, nos trabalhávamos em equipe, geralmente sempre tinha uma dificuldade, um cobria o outro, então não tinha tanto problema assim, as vezes tinha que subir em algum lugar, não tinha como, ia outro, mas não chegava a atrapalhar não, ...” (Entrevistado, 14).

“... risperidona para poder tentar controlar, e difícil meu amigo, a fobia e o pânico não tem cura, ou você convive com ele a vida toda, ou você mesmo tenta controlar, até numa lotação que eu peguei esse tempo aí, quando o rapaz fechou as portas e os vidros, ...” (Entrevistado, 49).

“... todos para se movimentar, para trabalhar, para comer, para dormir, para sair, para andar de ônibus, eu não passava na roleta, eu tinha que entrar e sair pela frente, e para mim, é um constrangimento, eu ficava com vergonha, ...” (Entrevistado, 35).

Objetivando reduzir os impactos provocados pela dificuldade de utilização dos meios de transportes coletivos, em decorrência das destes emanarem constrangimentos e ridicularizações às pessoas obesas, as mesmas necessitam desenvolver estratégias que inviabilizem estas situações.

Nesse sentido, ações de “descer do transporte coletivo em paradas aquela que realmente desceria”, “descer pela porta da frente” ou ainda “acessar o transporte coletivo pela porta de trás”, se constituem enquanto estratégias utilizadas por pessoas obesas enquanto meios de “escaparem” de fenômenos discriminantes e preconceituosos.

Esses fenômenos identificados no cotidiano de pessoas obesas, apontam para situações de sofrimento emocional e psicológico, por descortinar a não aceitação e também a ridicularização que a sociedade estabelece com pessoas acometidas pela obesidade e por suas enfermidades e co-morbidades relacionadas, conforme exposto abaixo:

“... eu tinha dificuldade no trabalho, porque quando eu ia trabalhar eu tinha que caminhar muito para pegar o ônibus, quando eu entrava no ônibus, numa dessas vindas do trabalho mesmo, eu já fiquei enganchada na roleta do ônibus, ...” (Entrevistado, 33).

“... muitas das vezes, eu pedi para descer pela porta da frente, porque eu tinha medo de passar e ficar agarrada, toda as vezes eu entrava no ônibus, eu já via que a roleta era meio estreita, eu já pedia e sentava, pedia para descer pela frente, ...” (Entrevistado, 33).

“... dentro do ônibus, você entra, as pessoas já olham assim, eu já fiquei agarrada na roleta de ônibus, eu fiquei muito nervosa, constrangida, todo mundo olhando, e você chegar numa loja, a pessoa chegar e falar que não tem roupa para você, não serve em você, ...” (Entrevistado, 33).

“... quando eu entrava dentro de um ônibus que eu via que a roleta era menor, aí era a hora do sofrimento, aí muitas vezes, eu pedia ao motorista para eu passar por trás e rolar a roleta depois, muitos não deixavam, mas muitos deixavam, ...” (Entrevistado, 42).

Situações de constrangimento, estigmatizantes e até mesmo violentas, são relatadas pelos depoentes no decurso de suas entrevistas, quando é defendido que este fenômeno é também vivenciado no deslocamento em maiores distâncias, inclusive em viagens interestaduais.

A duração destas viagens, por demandarem um tempo elevado, permite o surgimento de dores, desconfortos de pessoas obesas, evidenciando uma inadaptação

destes meios de transporte a pessoas cuja constituição corporal se encontra acima dos valores considerados normais, conforme encontrado num importante relato:

“... até de ônibus interestadual eu viajei à noite toda, eu não senti nada, coisa que eu não fazia a quantos anos, eu não sabia o que era aquilo, eu só viajava de avião que era rápido ou de carro e assim, quando eu saía do carro, eu saía toda arrebatada, toda inchada, parecendo aquela “pata choca”, eu não andava, eu me arrastava, eu não levantava o pé, eu arrastava, ...” (Entrevistado, 35).

Não obstante, estes fenômenos de inadequação da utilização dos meios de transporte por pessoas obesas, também são identificados junto aos aeroviários. Conforme identificado nas falas dos depoentes desta pesquisa, os espaços disponibilizados aos passageiros dessas aeronaves de transporte, são pequenos e insuficiências para serem utilizados por passageiros obesos e obesos mórbidos:

“... eles vinham, não, não com toda a educação, num minuto eu trago aquele pedaço [do cinto do avião] para inteira, hoje graças a Deus, eu viajo tranquila, normal naquela cadeira normal, não precisa de ser nas cadeiras lá na frente, as grandonas, ...” (Entrevistado, 35).

“... você viaja quase que de pé, porque o banco não te acomoda, isso é ou não é um preconceito, se não for preconceito e uma exclusão, outra coisa, tente comer um prato de ...” (Entrevistado, 36).

“... no dia a dia que eu falei, você pega um ônibus, no assento de um avião, as vezes até em fila, mesmo, parece que você está atrapalhando a visão, você vai para algum show, parece que você atrapalha a visão de alguém, isso mesmo, ...” (Entrevistado, 38).

CLASSE 03 – OBESIDADE E MEIOS DE COMUNICAÇÃO, SERVIÇO PÚBLICO E SERVIÇO PRIVADO EM SAÚDE:

Na terceira classe analítica, foram evidenciadas questões que chamaram especial atenção no processo de organização e análise dos dados, por conta de sua singularidade, bem como, importância ao estudo em construção. Nesse contexto, ficou evidente nos discursos dos sujeitos da pesquisa, as fortes e marcantes influências do setor comunicacional, o processo de influência e tomada de decisão para a realização da CB.

Para algumas pessoas, a condição de pessoas obesas se constitui enquanto poderoso estigma que fragiliza em várias dimensões a pessoa acometida por esse fenômeno. Nesse sentido, vários campos da sociedade, inclusive o comunicacional, se debruçam e se esforçam em desenvolver ações que objetivando minimizar os impactos desta questão junto a sociedade.

Nesse sentido, no campo comunicacional e, em seus vários veículos, são desenvolvidas matérias e reportagens sobre o fenômeno da obesidade e da obesidade mórbida, além da mesma oferecer várias metodologias de combate e controle a esta enfermidade, que a cada dia, se expande e se amplia, trazendo consequências incalculáveis e ainda, gastos e prejuízos aos cofres públicas, em decorrências de suas patologias e co-morbidades associadas.

Para alguns dos depoentes entrevistados, é inegável o conhecimento deste procedimento cirúrgico para o combate a obesidade e a obesidade mórbida, sendo o veículo televisivo um dos mais potentes representantes, desta poderosa influência na

formação do imaginário social, bem como, no processo de decisão para realização da CB, conforme identificado nos depoimentos abaixo:

“... eu tive conhecimento através da reportagem, eu acho que foi o Dr xxxxxxxx que deu essa reportagem, eu peguei no final por acaso, não foi aqui que eu dei início, eu dei o início no HUB como eu já disse, ...” (Entrevistado 02).

“... foi através da médica, ela me deu o encaminhamento, e também através da reportagem que eu vi, tudo que falava de bariátrica eu lia, tudo em revista, mas eu vim conhecer mesmo a bariátrica através do Dr. Xxxxxxxx, nas palestras e mesmo assim, não ficou tão claro para mim, ...” (Entrevistado 20).

Para outros depoentes, a internet e os seus vários canais de veiculação da informação, inclusive em tempo real, é apontada como um poderoso dispositivo utilizado para aquisição de informações e conhecimentos, sobre as várias cirurgias de redução do peso corporal, bem como, esclarecimentos sobre indicações da mesma, cuidados a serem realizados antes, durante e depois do procedimento cirúrgico, terapias auxiliares, dentre muitas outras importantes informações.

Além das influências dos meios de comunicação e midiáticos no processo de escolha e decisão na realização da CB, uma outra evidência foi identificada nesta categoria analítica, sendo a mesma, a influência de familiares da pessoa obesa na decisão de se submeter à cirurgia de redução do peso corporal.

Nesse sentido, alguns depoentes entrevistados relataram que possuíam familiares que já haviam se submetido a realização da CB, e que obtiveram resultados relacionados a perda de massa corporal, diminuição do peso, regulação e controle de

enfermidades anteriormente diagnosticadas e controle dos níveis e valores orgânicos aceitáveis.

Paradoxalmente ao desejo de redução corporal, melhoria das condições de saúde e também, a estética corporal, o medo de morrer também foi identificado nas falas dos atores sociais participantes do estudo, o que aponta ainda, para uma superação dos próprios “medos”, “receios” e limites pessoais, no sentido de obter acesso aos benefícios disponibilizados por esta cirurgia.

Contrariamente aos avanços tecnológicos, as novas técnicas cirúrgicas e terapias adjuvantes ao tratamento de perda do peso corporal, ainda em pleno século “hipermodernidade”, segundo alguns autores, ou “ultra-modernidade”, o receio ao perecimento orgânico ainda se constitui enquanto medo ou condição de impedimento para a realização da CB.

A melhoria da estética corporal e de sua simetria, também foram apontados enquanto alguns dos benefícios resultantes da realização do procedimento cirúrgico operatório em análise neste estudo, conforme apontado nos depoimentos abaixo:

“... que serve é a felicidade das pessoas de ver que você está bem, e de te elogiarem, é muito bom. Da cirurgia foi através da minha irmã que fez ela primeiro, ela lutou muito, a dela era por convênio e não queriam liberar, tinha aquela burocracia toda, foi através da minha irmã, mas eu não tinha tanto esclarecimento da cirurgia, ...” (Entrevistado 33).

“... quando eu vi a minha irmã linda e maravilhosa, foi naquele momento que eu decidi fazer. Por mais que eu já tinha visto que a minha tia tinha feito e tinha ficado bem feliz, mas eu ainda tinha receio, e se eu morrer? Depois que eu vi minha irmã, ela foi um incentivo muito grande para mim, ...” (Entrevistado 17).

“... sem sentir nada, sem sentir dor nem cansaço, sem aquela dificuldade toda que tem. Através do meu primo xxxxxxxx,

ele começou a procurar, foi vendo e conhecendo, nós tivemos umas palestras, a gente foi conhecer, foi assim pesquisando mesmo, mas foi pelo meu primo, ele começou a pesquisar e gente foi vendo, ...” (Entrevistado 27).

O apoio familiar de pessoas obesas que se submeteram a realização da CB também foi uma das evidências significativas identificadas nos discursos dos depoentes. Esse apoio familiar identificado no processo de análise das entrevistas concedidas, não se materializou apenas no processo de tomada de decisão da ex-pessoa obesa, mas também, nos momentos que antecedem, no decurso do procedimento, e ainda naqueles que sucedem a realização da CB.

Nesse sentido, é evidente a necessidade de ser incentivado um maior apoio dos familiares, amigos e conhecidos desta pessoa que se propôs a realizar a CB, objetivando uma verdadeira ampliação da participação de todos na mitigação deste sofrimento que aflige a pessoa obesa.

Conforme alguns depoentes participantes da pesquisa, é comum a anteriormente a realização da CB, sentimentos de medo, receio ou até mesmo, desejo de desistência da realização da CB. Entretanto, é percebido nas falas analisadas, o “desejo”, a “necessidade” e a “aspiração” de se acessar uma nova vida (conforme declarado por um dos depoentes), conforme exposto nos fragmentos das entrevistas em destaque:

“... quando eu a vi eu me assustei, ... nossa você está tão bem, o que aconteceu ??? Aí ela foi me explicar, foi que eu tomei conhecimento da cirurgia bariátrica, através dela eu decidi aquele dia que eu queria fazer, não sabia o que era, mas eu queria perder peso, ...” (Entrevistado 45).

“... nasci novamente, foi ótimo, foi bom demais, eu fiquei muito preocupada porque a minha menina fez primeiro e me deu um certo medo, eu já estava próximo a fazer, eu quis desistir, porque algumas pessoas diziam assim, ... aahhh mas isso aí é muito perigoso, ...” (Entrevistado 28).

“... sim, porque a dor é muito forte, era horrível, era o filho e até a cadela ficavam do meu lado, eu sentindo dor, chorando, eu querendo ficar só e todo mundo ao redor, eu não sabia que era a vesícula, ...” (Entrevistado 20).

“... uma nova vida mesmo, eu só fico lembrando no dia que eu estava chegando lá no HRAN, como que foi tudo, estar saindo da cirurgia, a minha irmã lá me aguardando, mas assim, não é fácil, é uma cirurgia que não é fácil, mas também não precisa ter medo, ...” (Entrevistado 20).

A realização da CB se constitui enquanto uma eficiente forma de perda de peso corporal, do seu controle em relação as enfermidades presentes e diagnosticadas, mudança na morfologia orgânica, mas também, na mudança de vários comportamentos, anteriormente existentes na pessoa obesa, anterior a CB.

Por essa razão, a CB deve ser entendida, enquanto um método de combate e controle a obesidade e a obesidade mórbida, que exige após a sua realização nas pessoas submetidas a mesma, uma série de restrições e proibições, a serem respeitadas daqui por diante. Caso esses cuidados e restrições não sejam respeitados, a reganho de peso, dentre outras questões ressurgem nesta pessoa, conforme identificado em alguns fragmentos de entrevistas analisadas:

“... porque algumas etapas de consulta, principalmente pela decisão que eu tomei, porque a minha primeira preparação foi na cabeça, porque eu sabia que teria que abrir mão de algumas coisas para ter outras coisas, e a vida é assim, ...” (Entrevistado 13).

*“... não adianta, não vai resolver, acho que esse é o fator que as pessoas voltam a engordar, porque as pessoas não se preparam para isso, as pessoas acham que a cirurgia bariátrica é um milagre, que na cirurgia vai fazer assim e pronto, ...”
(Entrevistado 13).*

No processo de organização e análise dos discursos dos depoentes, uma das evidências identificadas mais ruidosa e controversa está relacionada a realização da CB em instituições de saúde mantidas e organizadas pela iniciativa não estatal e pela iniciativa estatal. Para os entrevistados e, durante o processo de preparação para realização da CB, vários são os pontos de convergência e de divergência entre ambos os setores que disponibilizam produtos e serviços em saúde em âmbito nacional.

Nos serviços privados de saúde que disponibilizam a CB, enquanto mecanismo de redução do peso corporal, uma das principais críticas identificadas nos fragmentos dos discursos analisados, se relaciona a reduzida disponibilização do acompanhamento no pós-operatório e também de orientações dos cuidados a serem realizados pelas pessoas submetidas a este procedimento operatório, permitindo desta forma, o surgimento de intercorrências.

Nesse sentido e, conforme exposto junto aos depoimentos analisados, as pessoas submetidas a CB, por conta da complexidade envolvida neste procedimento, e ainda, pelas modificações necessárias em vários comportamentos anteriormente implementados, estas pessoas cirurgiadas se encontram mais sensíveis e também vulneráveis.

A realização da CB em pacientes, que tiveram reduzido acompanhamento, ou que não o tiveram, por pessoas especializadas e ainda habilitadas para esta função,

pode permitir com que a pessoa cirurgiada se fragilize perigosamente, conforme identificado nos depoimentos analisados:

“... ele fez no particular, ele não teve acompanhamento nenhum, talvez seja isso também, ele é novo. Sim, porque ele não conseguiu parar de beber, pelo contrário, ele está bebendo e mais, ele não conseguiu, ...” (Entrevistado 34).

“... acompanhamento nenhum, tem uma professora colega minha que fez quase junto comigo, só que ela fez particular, ela não teve o acompanhamento que eu tive, ela teve vários problemas de saúde depois da bariátrica, ela não teve nutricionista, não teve psicóloga, ela não teve a endócrina, porque a endócrina ajudou muito, ficava “em cima”, ela te dá todo o apoio, ...” (Entrevistado 34).

A necessidade de acompanhamento e orientação das pessoas submetidas as CB, necessita de sua implementação desenvolvida de forma contínua, em todos os momentos constituintes para a realização da CB. Nesse sentido, é consenso científico a necessidade que este acompanhamento e orientações para o cuidado destas pessoas cirurgiada tenha desenvolvimento e continuidade, por meio de especialistas de uma equipe multidisciplinar em saúde.

Consequências como a perda reduzida de peso corporal após a implementação da CB, também se constitui enquanto uma das críticas desenvolvidas as pessoas que realizam este procedimento operatório, em alguns serviços privados de saúde, conforme declarado por um depoente:

“... mas, depois surgia essa opção de fazer e de colocar essa banda gástrica ajustável, aí eu me interessei, e a médica me liberou para fazer. No hospital, a gente conhece muita gente, como eu te disse, eu conhecia o vizinho que tinha feito, mas foi particular, o irmão dele era muito obeso, aí ele fez, ele tinha problema e deu certo para ele, ele não emagreceu muito não, ...” (Entrevistado 40).

A importância da realização de um preparo consciente e responsável da pessoa obesa para a submissão à CB, além da disponibilização de todas as orientações e informações em relação ao procedimento operatório que será desenvolvida, se constituem enquanto medida de fundamental importância para a prevenção de intercorrências inesperadas.

Desta forma, a não realização destas obrigações relacionadas ao procedimento cirúrgico em questão, podem permitir o surgimento de perigosos e irreversíveis fenômenos à existência desta pessoa, como por exemplo, o seu óbito, conforme declarado por um dos depoentes entrevistados:

“... morreu na mesa de cirurgia, também por conta da bariátrica, então quer dizer, quando eu fui fazer a minha cirurgia eu pesquisei muito sobre a cirurgia, sobre o médico, a parte psicológica, eu fui muito bem preparado, eu me preparei, não com o psicólogo, somente ...” (Entrevistado 13).

Paradoxalmente a estes relatos, e conforme identificado no discurso de vários depoentes, o serviço público de saúde que disponibiliza a realização da CB possui particularidades e singularidades relacionadas a critérios e exigências para a implementação deste procedimento cirúrgico.

Para a realização da CB por meio da iniciativa pública, uma das condições preceituadas é que a pessoa obesa passe por várias etapas e serviços, além de encaminhamentos, que o habilitem a usufruir de uma das vagas disponibilizadas para submissão ao procedimento operatório em análise.

Nesse sentido e, por meio de encaminhamentos desta pessoa a vários profissionais pertencentes a equipe multidisciplinar em saúde, além de serviços e mecanismos que atestem a sua habilitação a cirurgião, a possibilidade de realização se torna mais facilitada.

“... e aí foi quando ela me deu o encaminhamento eu vim para cá, na época procurei a secretaria que não é a moca que atende hoje, era a outra a xxxxxxxx, e aí a xxxxxxxxxxxx deu o encaminhamento para começar todas as consultas normais, ...” (Entrevistado 02).

“... vou passar você para o HRAN, para ver se você consegue uma vaga para fazer a bariátrica, aí me deu um encaminhamento, aí eu vim e marquei e comecei a fazer os exames, ser acompanhada pelos médicos e fui lutando, eu pensei que era besteira sabe, ...” (Entrevistado 12).

“... eu fui no posto, pedi uma guia para a médica, ela me deu, não queria me dar, porque ela disse que eu não ia conseguir, eu fui pedir para o senhor, o senhor me ajuda xxxxxxxxxxxx, eles aceitaram a minha guia e marcou a minha primeira consulta, eu entrei no programa do diabetes, antes de entrar no programa da bariátrica, depois de seis meses ela me colocou no programa da bariátrica, ...” (Entrevistado 21).

“... foi quando a assistente social do HRT me marcou para o HRAN, a mama foi através da assistente social, foi por isso que eu entrei, a mama primeiro, ela me deu uma carta e mandou eu ir para o HRAN, foi quando eu tive a minha primeira consulta com a Dra. Xxxxxxxxxx, ela foi muito boa comigo, até a Dra. xxxxxxxx do HRAN, ela perguntou aonde era a queimadura, eu falei não tem queimadura não, ...” (Entrevistado 22).

“... quando ela me deu aquela guia, na hora que ela me deu aquela guia, e me falou se eu já tinha ouvido falar da cirurgia bariátrica, eu disse que já, e me perguntou se eu tinha vontade de fazer, eu falei que fazia, ...” (Entrevistado 20).

Uma das exigências a estas pessoas que necessitam da realização da CB é que a mesma participe de uma reunião que ocorre uma vez por mês, nas dependências da instituição que permitiu a realização desta pesquisa, objetivando a aquisição de um maior conhecimento sobre a obesidade, as doenças e co-morbidades relacionadas e ainda, da CB e suas particularidades constituintes, conforme identificado nos fragmentos dos discursos abaixo:

“... é a partir do momento que eu tive a palestra com ele, eu já me animei a fazer o procedimento, achei que no momento é tudo que eu precisava, sozinha ou com dieta, eu tenho certeza que eu não conseguiria, eu estaria obesa hoje, ...” (Entrevistado 03).

“... que o médico me mostrou minhas comodidades que eu tinha da obesidade, que eu me vi como uma obesa, me deu o direito de ver na palestra se aquilo realmente era verdade, aquilo que eles estavam dizendo que a cirurgia bariátrica fazia, realmente podia reverter esse quadro deu ficar uma obesa mórbida, ...” (Entrevistado 44).

Um outro ponto forte do serviço público de saúde que disponibiliza a realização deste procedimento operatório é a articulação de profissionais pertencentes as várias instituições constituintes do serviço de saúde pública, palco onde se descortinou o presente estudo.

Nesse sentido e, por conta da articulação destes vários profissionais, e ainda, pelos esforços desenvolvidos para o crescimento e desenvolvimento deste serviço, a sua disponibilização é classificada enquanto necessário e de utilidade pública aos seus usuários e consumidores, conforme sustentado pelos entrevistados:

“... eu evito ao máximo que eu posso. A minha médica que me encaminhou, minha endócrina, depois de me ver tantos anos lutando sem sucesso, ela me perguntou se eu desejaria fazer a cirurgia, eu desejaria, aí resolvi fazer, ...” (Entrevistado 26).

“... eu tive acompanhamento psicológico e fui orientada pelos médicos da equipe do HRAN que são excelentes, a equipe de lá e muito boa, eu fui bem orientada, eu não fiz nada. Quando eu decidi fazer, foi por esse motivo, meu pai e minha mãe me pediram para que eu não fizesse, muita gente achava que eu não ia conseguir fazer assim o pós-operatório que muita gente morre no pós-operatório imediato, ...” (Entrevistado 26).

“... foram os médicos do HRT que me encaminharam para um endócrino que foi a Dra. Xxxxxxx, ela me encaminhou para o HRAN, eu lembro que na época, eu fazia tratamento com meus filhos, foi uma dificuldade terrível, eu lembro que eu chorava deprimida, ...” (Entrevistado 22).

“... e quando eu me informei aqui no HRAN tinha, eu fui indicada pela médica do posto de saúde que me encaminhou para um endócrino do hospital de base, esse endócrino do hospital de base que me encaminhou para o hospital HRAN que é o Dr. Xxxxxxxxxxxxx, ...” (Entrevistado 33).

Estes benefícios disponibilizados pela realização da CB estão relacionados não somente a questão corporal e funcional orgânica, mas também, a benefícios emocionais, de autoestima, de bem-estar e ainda de qualidade de vida (Q.V.), junto a estas pessoas submetidas a sua realização, conforme os depoimentos:

“... então, a partir do momento que eu peguei eles lá, eu pude vesti eles e me sentir bem, foi maravilhoso. Olha, lá nos encontros, eu conheço, eu vejo elas comentando uma com as outras, que elas são mais próximas umas das outras, elas falando, que depois que elas fizeram a cirurgia bariátrica, foi que começou a se sentirem bem, que estão bonitinhas, ...” (Entrevistado, 28).

“... mas pelas consequências que ela está me trazendo, tanto emocionais como da saúde, eu tomei uma decisão de fazer alguma coisa por mim. Logo depois disso, me preparei para colocar um balão, porque eu entendi que a obesidade era um dos fatores da minha hipertensão, e aí começou toda a história da minha cirurgia, ...” (Entrevistado 36).

“... ela não te deu a cura da obesidade, ela te deu o controle sobre aquele inimigo que estava te limitando, que você achou que nunca ia vencer, aí veio lá a cirurgia bariátrica, nós vamos vencer junto, a cirurgia bariátrica, ela vem ser sua amiga, junta para esse inimigo que é a obesidade, ...” (Entrevistado 44).

Objetivando permanecerem com o peso e as enfermidades e comorbidades controladas e estáveis, vários dos depoentes entrevistados, referiram o desejo de se submeterem ao um outro procedimento operatório, que potencializaria ainda mais a CB realizada a algum tempo. A cirurgia plástica (CP) é desenvolvida e indicada, no caso de pessoas submetidas a CB, nos casos daquelas pessoas obesas que mesmo após a realização do procedimento operatório de redução de peso corporal, permaneceram com um grande quantitativo de pele residual e de gordura subcutânea já existente e de difícil diminuição/eliminação.

Para essas pessoas, a CP se constitui enquanto procedimento indicativo, inclusive enquanto forma de ampliar os benefícios da CB. Já para outras pessoas submetidas a CB, as mesmas declararam em seus depoimentos a inexistência de necessidade que os faça se submeterem a um novo procedimento operatório e quiçá, seus riscos relacionados, conforme exposto abaixo pelos depoentes:

“... o médico, já foi até liberado para fazer a cirurgia plástica, eu não fiz porque eu acho que estou bem, o próprio neurocirurgião e, o meu médico ortopedista, que é especialista em coluna, disse que gente com menos chances que a senhora e eu já operei, ...” (Entrevistado 50).

A implementação tanto da CB quanto da CP se constituem na atualidade enquanto necessidade de várias pessoas obesas, que identificam nestes procedimentos, uma última alternativa de combate a obesidade, a obesidade mórbida, as enfermidades e co-morbidades relacionadas.

Nesse sentido e, por conta da grande demanda de pessoas que necessitam e que se interessam em se submeter a estas intervenções cirúrgicas, é identificada uma sobrecarga no quantitativo de pedidos e encaminhamentos para a sua realização junto aos serviços mantidos pelo poder público.

Nesse escopo interpretativo e, objetivando garantir a ampliação no quantitativo de vagas, profissionais e insumos para a sua implementação, mobilizações e iniciativas são identificadas, objetivando a aquisição e a garantia de acesso a esse procedimento cirúrgico, conforme identificado em alguns depoimentos:

“... eu tinha medo deles priorizarem e ia atrapalhar, ela era muito importante, que ela fizesse, aí quando ela fez, estava sem problema nenhum, aí eu entrei no programa, até hoje ela não fez a cirurgia reparadora, ...” (Entrevistado 09).

“... mas eu já levei ao conhecimento do Dr. xxxxxxxx esses problemas, é porque ele disse que não podia fazer nada, porque ele era médico de lá da rede do hospital, que é o paciente é que tinha de manifestar, eu procurei o pessoal da associação até me associei a associação dos obesos, ...” (Entrevistado 47).

“... eu diria sim, de certa forma, investissem em fazer a cirurgia nas pessoas, o custo de remédio, de mão de obra para médico, para todo mundo, se tornaria mais barato cuidar do obeso do que cuidar da doença, ...” (Entrevistado 48).

CLASSE 04 - DA CIRURGIA BARIÁTRICA À CIRURGIA PLÁSTICA:

A quarta e última categoria, foram identificados vários sentimentos emanados dos sujeitos participantes desta pesquisa, principalmente no que se refere ao que se esperava e “desejava” após a realização da CB, o que se conseguiu adquirir, que estratégias são utilizadas para se manter o que se conseguiu e também, a crença da necessidade de realização de uma cirurgia plástica (CP), enquanto forma de ampliação dos benefícios corporais adquiridos após a CB.

Nesse sentido, vários foram os fatores influenciantes que permitiram, ou até mesmo “obrigaram” a pessoa obesa a recorrer a realização da CB, inclusive enquanto último recurso a ser utilizado para o combate e controle do fenômeno da obesidade ou obesidade mórbida.

Essa constatação é evidenciada em alguns trechos de depoimentos de depoentes que expõe de forma cabal, o sofrimento que os mesmos eram condicionados, muitas vezes e inclusive, já identificados em sua infância ou ainda adolescência, conforme exposto abaixo:

“... emagreci um pouco e voltava a engordar, eu sofri muito com isso, a cirurgia para mim foi realmente a realização de um sonho e está sendo, graças a Deus eu estou conseguindo manter, e vou manter para o resto da minha vida, ...” (Entrevistado 37).

“... enfim, a obesidade foi para mim bem complicado, porque desde pequena aos 13 anos, eu sempre fui obesa. Desde os 13 anos eu me achei obesa, sempre me achei obesa, eu consegui manter um certo padrão de peso, assim até usando, digamos assim, usando uma certa droga, um remédio, ...” (Entrevistado 02).

“... engordava o dobro, aí corria para dieta de novo e assim foi, até eu conseguir pegar uma diabetes, eu não tinha problema de diabetes e nem de pressão alta, com a gordura veio tudo e tem muitos anos, aos 16 anos eu já era gorda, ...” (Entrevistado 12).

Ainda em relação ao sofrimento e padecimento identificado, em decorrência da obesidade e obesidade mórbida, os mesmos são identificados de forma violenta junto aos sujeitos da pesquisa, inclusive na dimensão emocional, psicológica e psiquiátrica.

A complexidade desta “terrível” enfermidade é tamanha que a mesma dificulta, ou em alguns casos, impossibilita a pessoa acometida pela mesma, desenvolver suas atividades cotidianas em vários campos de representação, como por exemplo o trabalhista. Nesse sentido, a necessidade de aderência a um tratamento de cunho medicamentoso se constitui enquanto necessidade, ou ainda, “obrigatoriedade” que esta pessoa tem que se submeter, conforme sustentado no relato abaixo apresentado:

“... tantas outras coisas, mas assim como patologia mesmo são essas daí. Depressão eu tive várias crises sérias de depressão, tive que me afastar dos meus serviços por uns três meses, em determina época e me tornei usuária de medicação, antidepressivo, ... fibromialgia, eu tinha dor no corpo inteiro, ...” (Entrevistado 36).

Já em relação aos problemas emanados pela condição de obesidade ou obesidade mórbida, outros fenômenos são identificados, como por exemplo as enfermidades e co-morbidades a ela relacionadas.

Para os sujeitos da pesquisa entrevistados, essas condições geram diversos efeitos negativos sobre o organismo, permitindo uma verdadeira perda da autonomia destas pessoas, em decorrência do surgimento de uma maior dificuldade para realização das atividades cotidianas da vida diária, conforme apontado abaixo:

“... com a obesidade além da hipertensão, eu também desenvolvi um aumento de glicemia, eu não vou dizer que tenho diabetes, mas eu tive a glicemia bastante alterada, eu tive apneia do sono, eu era usuária de CPAP, eu não conseguia mais dormir sem esse CPAP, ...” (Entrevistado 36).

“... mas depois que eu tive o diabetes eu comecei a tomar insulina, aí eu ganhei muito peso, eu ganhei muito peso, eu não vou culpar o diabetes, se eu tivesse cuidado eu não teria chegado a esse nível, mas o negócio é que quando você é esportista, ...” (Entrevistado 13).

Nesse sentido e, conforme expostos pelos sujeitos da pesquisa entrevistados, um dos benefícios disponibilizado pela realização da CB se encontra relacionado a perda de peso corporal, a redução dos níveis, valores e parâmetros de funcionamento regular do organismo, conforme sustentando por alguns depoentes:

“... a minha primeira vitória foi não ter mais que tomar tanta medicação e não estar preocupada, ... eu vivia muito preocupada com o problema da pressão da hipertensão, a minha primeira vitória foi realmente os problemas de saúde que foram embora, ...” (Entrevistado 12).

“... hoje em dia a minha pressão está até baixa, e supercontrolada, a glicemia está ótima, eu faço a medição quase todos os dias, porque nós temos o aparelho por conta da minha avó, ... está tudo muito bem nos exames de sangue, está bem, esse é o objetivo, ...” (Entrevistado 45).

Durante o processo de organização e análise dos dados, uma outra questão chama atenção, em decorrência não somente do quantitativo de pessoas que expuseram este fenômeno, mas também, por conta do mesmo “imprimir”, uma série de modificações no que se refere ao corpo do ser feminino.

Por conta do processo de gestação, e quiçá, das modificações exigidas ao corpo do “ser feminino” por conta deste complexo processo, o acesso ao ganho de peso, a obesidade e a obesidade mórbida mais facilmente serão verificados, exigindo um reordenamento orgânico e metabólico de suas funções regulares e vitais.

“... com mais ou menos vinte anos eu cheguei a um peso de 76 quilos fazendo dieta e usando essa medicação louca aí, mais depois, meu peso subiu assim exageradamente, eu cheguei a 130 quilos quando eu engravidei, eu já consegui perder muito pouco, com 30 anos eu estava com 127 quilos e daí para cá eu consegui emagrecer muito pouco, eu fiz a cirurgia, ...” (Entrevistado 02).

“... então, depois da gravidez, perdi 6 quilos e fiquei com o resto, e a partir daí corri atrás de dieta, tentava todas as dietas para ver se eu retornava ao mesmo peso, as vezes eu conseguia emagrecer, mas logo voltava de novo ao peso, recuperava tudo novamente, ...” (Entrevistado 3).

“... muitos problemas de saúde, pressão alta, dores no corpo, não tinha mobilidade para nada, muita coisa, a obesidade atrapalhou na minha vida. Eu comecei a ser obesa desde quando eu tive a minha primeira filha, eu casei, eu pesava 55 quilos quando eu fui ganhar a minha filha, eu estava pesando 77 quilos e depois não consegui emagrecer, eu só fui engordando, cheguei até 99 quilos, ...” (Entrevistado 39).

Para algumas das pessoas entrevistadas, que contraíram uma gestação e adquiriram muito peso, mesmo com a realização de dietas, a realização de exercícios físicos e ainda, o consumo de medicações, a redução e o controle do peso corporal se constituem enquanto desafios muito difíceis a serem vencidos, e muitas vezes até insuperáveis, conforme defendido por algumas depoentes abaixo:

“... foi depois da gravidez do meu primeiro filho, eu engordei 18 quilos e depois eu não consegui mais voltar, daí para frente eu fui só ganhando peso, fiz vários tratamentos, tomei muita medicação para emagrecer, ...” (Entrevistado 33).

“... com 33 anos eu tive a minha primeira filha, eu fiz um pré-natal e me deram muito remédio, muitas vitaminas. Com isso eu aumentei 25 quilos e nunca mais perdi, tive a minha filha e continuei, nunca mais perdi esse peso, só depois de muitos anos, ...” (Entrevistado 48).

Para essas mulheres e por conta do advento da gestação, as mudanças corporais e o ganho de pesos, se constituem enquanto problemas que permitirão o surgimento de várias dificuldades de cunho orgânico e até mesmo patológico.

Desta forma, a realização da CB, se constitui enquanto estratégia que permite real perda de peso, melhoria da qualidade de vida (QV) e ainda, regulação dos níveis de vários parâmetros orgânicos e combate a enfermidades de várias ordens.

Nesse sentido, a CB se constitui enquanto técnica que permitirá uma real modificação junto a morfologia corpórea da pessoa a ela submetida. Conforme algumas pessoas entrevistadas, o desejo e a necessidade de manutenção da CB realizada, bem como, ampliação dos benefícios por ela disponibilizados, seria a realização da cirurgia plástica (CP), como por exemplo, a retirada do excesso de pele residual, conforme declarado por alguns entrevistados:

“... mas não tão próximos de tantas, eu faria no abdômen, porque realmente eu tenho muito excesso de pele, no mais, eu sou feliz. E se eu não fizer nenhuma cirurgia, vou continuar feliz como eu estou hoje, mas eu tenho uma necessidade de fazer o abdômen sim, ...” (Entrevistado 10).

“ ... o que eu perdi a muitos anos atrás e o que eu não fiz, eu pretendo fazer agora, eu quero fazer minha plástica, tirar esse tanto excesso de pele e voltar a trabalhar e ser ativa, eu tenho muita fé que eu vou fazer isso e eu vou ter tempo de fazer isso, ...” (Entrevistado 12).

“... seria excesso de pele na barriga, abdominoplastia e os seios a mamoplastia, inclusive que tenho que voltar ao médico, e depois de dois anos a três anos eu voltaria para fazer, é o que vou ver se eu faço esse ano se Deus quiser, ...” (Entrevistado 48).

Estimulados por outras pessoas que já haviam se submetido a realização da CB e posteriormente à CP, alguns dos depoentes declararam também terem se submetido a este procedimento operatório, inclusive por orientação de familiares e amigos que declararam estarem satisfeitos em relação aos resultados e benefícios advindos destas técnicas cirúrgicas.

“... até pelas amigas que fizeram a cirurgia antes de mim, depois de mim, junto comigo, todos já perderam 50 quilos, 40 quilos, ou até mais, ... já estão prontas para a plástica, eu estacionei desde o quatro mês e não perdi mais peso, ...” (Entrevistado 33).

A importância da a CP pós CB é tamanha que vários entrevistados expuseram em seus relatos o desejo de realização destes procedimentos operatórios, enquanto forma de minimizar os efeitos decorrentes de anos de sofrimento e angústia, enquanto obesos e obesos mórbidos.

Desta forma, vários são os procedimentos relacionados a CP que os depoentes apontaram enquanto necessidade de realização, por se constituir

possivelmente, no entendimento e concepção dos depoentes, enquanto uma continuação da CB.

Por outro lado, dependendo da CB realizada e de sua complexidade, inexistente a possibilidade de realização de uma outra cirurgia de redução do peso corporal (CB). Desta forma, a CP se apresenta, na visão das pessoas entrevistadas, enquanto alternativa para possível “continuação” do seu tratamento de redução do peso corporal, redução de medidas e possível “reparo” operatório as marcas, cicatrizes, excessos de pele e gordura (lipídio) residual junto à pessoa operada, conforme exposto nos relatos abaixo:

“... não sei, vou fazer a que tiver que fazer, porque eu tenho muita banha na barriga, tenho nos braços, tem nos seios, seios, viraram panquecas, vou fazer o que eles falarem para eu fazer, o que eles não fizerem eu não ligo, ...” (Entrevistado 12).

“... só a endoscopia resolveu o problema, o médico disse que tinha fechado a boca do estômago. Ainda não estou pretendendo fazer. É só a do abdômen, o restante está tudo beleza. Sim, não resta dúvida, está ótimo. Não só abdominal, só para tirar o excesso de gordura, ...” (Entrevistado 18).

“... a minha coxa, o abdômen e os seios. Sim, seria umas três, a e no braço também nessa parte. Não, ainda não, porque eu gostaria de emagrecer pelo menos mais uns 25 quilos. Olha, só se for plástica o que eu fiz foi definitiva, eu tenho consciência que eu não posso fazer outra bariátrica, agora eu desejo tentar emagrecer mais, mesmo que seja por minha conta, e fazer as plásticas, ...” (Entrevistado 26).

Um dado que chama atenção nas entrevistas realizadas é a mudança de comportamento e nos hábitos diários destas pessoas, tanto no pós-operatório das CB quanto também das CP. A constante busca pela “harmonia corporal” e ainda, por conta dos vários “cuidado instituídos”, objetivando a manutenção do novo peso corporal e das

mudanças adquiridas por meio das cirurgias realizadas, estimulam e exigem também destas pessoas, a instituição de um novo “ordenamento existencial” dentre os mesmos.

“... se não, você adquiriu novamente e, manter os hábitos anteriores que te fizeram ganhar peso, você corre o risco de voltar. Não nenhum, ainda não, mas pretendo fazer. A abdominoplastia e as pálpebras. Sim, eu já faria, se eu não tivesse sido obesa de pálpebra, também pela minha própria idade e da de abdômen, ela se confirma agora pela flacidez abdominal, ...” (Entrevistado 03).

“... não da cirurgia, correu tudo bem, inclusive eu fiz um ajuste na mama e continuo perdendo peso devagar e sempre. Ainda não. Vou precisar fazer um silicone, porque realmente pesa, vai ser a única que eu pretendo fazer, eu fiz um propósito com o meu treinador, ...” (Entrevistado 03).

“... sim, posso, eu estou querendo fazer barriga e peito. Agora eu estou, só para tirar a pedra na vesícula, e correr, subir escada correndo, andar muito, que eu não conseguia andar, por exemplo, na parte da higiene, fazer a higiene melhor, ...” (Entrevistado 39).

A reflexão desenvolvida por pessoas que se submeteram a realização de CB também se constituiu enquanto um ponto de análise e discussão dentre os entrevistados nesta pesquisa. No que se refere aos serviços de saúde disponibilizados tanto pela iniciativa pública quanto privada, foi identificada considerável diferença entre as mesmas, por conta de várias questões, dentre elas o acompanhamento destas pessoas pós-operadas, enquanto forma de garantia de da disponibilização de uma assistência de qualidade e livre de riscos.

Nesse sentido, os usuários do serviço público de saúde, responsável pela realização da cirurgia bariátrica, perceberam a importância deste serviço, pela disponibilização de uma assistência em saúde disponibilizada a todas as pessoas, independentemente de suas condições sociais e econômicas, conforme exposto junto aos relatos abaixo apresentados:

“... foi a melhor coisa que já fiz na minha vida, não me arrependo, aconselho para todos, eu não me arrependo, foi muito bom o cuidado, a atenção com a gente, inclusive quando você faz a cirurgia você vai de 15 em 15 dias, depois uma vez por mês, até hoje eu vou, sou acompanhada por todos eles, é outra vida, hoje eu estou caminhando, eu estou caminhando e depois, parece que eu estou correndo, ...” (Entrevistado 12).

“... aí você tem que tirar com seis meses, e colocar mais seis meses, eu ia colocar por um ano, como eu fiquei sabendo que lá no HRAN tinha, eu não tinha condições financeiras de arca com vinte e tanto mil reais, eu vou fazer lá no HRAN, eu fui atrás, ...” (Entrevistado 37).

Uma outra questão muito presente junto ao discurso dos entrevistados foram os benefícios disponibilizados pela realização da CB, estando dentre os mesmos à redução de grande quantitativo de peso corporal, a redução de medidas, a regulação dos níveis pressóricos e glicêmicos, além da melhoria da qualidade de vida (QV), conforme sustentado nos comentários acessados:

“... vou fazer e fiz. Para mim ela me trouxe saúde, condições de eu cumprir com minha parte, porque eu vejo se eu não cumprir com a minha parte, a minha parte se torna um problema, ...” (Entrevistado 28).

“... mas emagreceu, ele ainda está com pele mole, ainda meio caída, mas está bem melhor, não tem mais risco. Colesterol, diabetes, pressão alta e a artrose na coluna, no joelho, foi tudo por causa da gordura e do peso, ...” (Entrevistado 40).

“... eu tinha refluxo, eu tinha gastrite e tinha outros problemas no estômago, e isso foi constatado, então foi onde eu fiz minha cirurgia, graça a Deus, hoje eu não tenho nada. Não, estou na academia faz uns seis meses, ...” (Entrevistado 48).

Para outros entrevistados, a realização da CB permitiu uma ampliação na autonomia pessoal, permitindo ao pós-cirurgião a realização de tarefas e atividades

anteriormente inviáveis por conta da obesidade, obesidade mórbida e as suas limitações próprias de ordem morfofisiopatológicas.

Conforme vários relatos disponibilizados, a realização da CB veio a permitir uma melhora inclusive junto ao campo emocional dos ex-obeso ou ex-obeso mórbido, ampliando a autonomia que, até bem pouco tempo atrás, se apresentava enquanto reduzida, “tímida” ou até mesmo “inexistente”:

“... no meu ponto de vista é esse, para mim é esse. Não, tranquilo, o que eu tenho para falar é isso, quem tiver que fazer faça, não se arrependa e seja muito feliz, aproveita a oportunidade que tem na vida, que é uma só, ...” (Entrevistado 17).

“... se você fizer direito ela é tudo, foi o que aconteceu comigo, eu voltei a viver, voltei a ter alegria, ter prazer, então ela foi tudo, eu voltei a ter saúde, porque o tanto de remédio que eu tomava, ...” (Entrevistado 28).

“... a minha saúde melhorou, acho que setenta por cento, a minha saúde melhorou bastante, eu hoje em dia, eu não faço exercício, mas eu não me considero sedentária, porque eu consigo fazer atividades, eu consigo brincar, eu consigo correr, eu consigo fazer, participar de tudo que é tipo de evento que eu quiser, antigamente eu não conseguia, ...” (Entrevistado 45).

Paradoxalmente a estas reflexões, uma evidência provocou nos autores do presente estudo certa “preocupação”, por se constituir enquanto novo perigo a pessoa submetida a CB.

Conforme exposto em várias literaturas científicas, que se debruçam em analisar a questão da CB em suas várias vertentes, há a necessidade de mudança de hábitos, no que se refere a necessidade de realização de exercícios físicos e também ao combate ao sedentarismo.

Nos discursos dos sujeitos da pesquisa, fica evidente que após os ganhos e benefícios disponibilizados pela realização da CB, uma parcela considerável dos cirurgiados retornam as suas atividades rotineiras, para a aquisição do sustento financeiro e subsistência de seus dependentes. Desta forma e, em meio a uma sobrecarga de atividades cotidiana, a realização de exercícios físicos acaba adquirindo importância secundária para estas pessoas.

Essa dificuldade em realização exercícios físicos, proveniente de outras atividades inclusive profissionais que necessitam ser priorizadas, aproxima a pessoa que realizou a CB ao sedentarismo, facilitando o retorno a sua condição anterior de obeso ou obeso mórbido. O reganho de peso junto a estas pessoas que realizaram a CB, se materializa enquanto “preocupação” constante, conforme identificado em algumas falas abaixo:

“... era um esforço tremendo para mim e, já depois da bariátrica com os exercícios físicos eu conseguia ir até final, e a cada semana eu percebia que eu ia até o final. Então isso para mim me favoreceu muito, a questão do exercício físico, questão da qualidade de vida, as pessoas te olharem e não reconhecerem, todo mundo percebe a sua perda de peso, mas assim, não aquela perda de peso muito drástica, ...” (Entrevistado 03).

“... eu não vou dizer que estou insatisfeita, 100 por cento não, eu estou satisfeita sim. Eu trabalho e me movimento melhor, o peso não me atrapalha tanto, eu já não sinto dor nas pernas, é uma diferença pouca, 10 quilos sim, mas na hora de se movimentar você se sente bem-melhor, ...” (Entrevistado 07).

Para algumas pessoas entrevistadas, a necessidade de realização de atividades físicas, objetivando a manutenção do corpo e também, a regulação do novo peso corporal pós CB, se constitui enquanto tarefa ou compromisso para com a “nova vida”. Estimulados pelos benefícios CB estas pessoas parecem adquirir um novo “ânimo” para com a vida, se permitindo realizar certos atos e atividades que anteriormente eram

quase que “proibidas”, ou até mesmo “irrealizáveis”, por facilitar o surgimento de situações vexatórias e de exclusão social.

“... eu vou atrás, eu posso tudo que eu pensar e que eu quiser, se tiver tudo sobre a vontade de Deus eu consigo, eu vou atrás, eu luto, eu brigo, porque eu sei que muito mais vai acontecer na minha vida, muita coisa ainda vai mudar, após essa cirurgia bariátrica, ...” (Entrevistado 16).

“... meu braço, eu faço hidroginástica e não caio, a barriguinha diminuiu, até biquíni eu ponho, ... eu vou para praia e coloco biquíni, coisa que eu não fazia, eu aproveito, eu não tenho problema com isso não, ...” (Entrevistado 50).

Para algumas pessoas submetidas a CB, a perda de pessoa corporal permitida por meio deste procedimento operatório, ainda é insuficiente para a expectativa desenvolvida. Para algumas pessoas, a realização da CB permitiria uma perda de massa corporal em grandes proporções, permitindo com que o corpo anteriormente obeso ou obeso mórbido viesse a se constituir enquanto algo quase que “atlético”, musculoso e perfeito esteticamente.

Paradoxalmente a esta questão, o que se verifica nos depoimentos analisados é que, existe uma “real perda de peso, uma redução nos níveis e valores de funções corporais, um controle de enfermidades anteriormente diagnosticadas nestas pessoas, entretanto, uma insatisfação estética corporal e o desejo de perder ainda mais peso, conforme apontado nos relatos de alguns depoentes:

“... e nos braços, ela conseguiu dar uma firmada com exercícios físicos mesmo, ela ficou bem. Barriga e seios. Ahh, para mim já está ótimo, totalmente não, ... eu gostaria de perder mais peso, até que seria bom para mobilidade, para tudo, em vista do que eu era, eu já fiquei muito feliz, ...” (Entrevistado 33).

“... depois da cirurgia, eu tenho que calcular, porque é uma meta de perder a 30 a 35 quilos, eu já devo ter alcançado uns 28 a 29 quilos, eu já perdi, eu ainda tenho peso a perder, pelo método de banda gástrica, eu já alcancei até os 30 quilos, ...” (Entrevistado 44).

“... só que eu não alcancei o meu objetivo, na parte de emagrecer eu melhorei no meu problema de saúde, a metade dos meus problemas de saúde melhoraram. Há um ano e quatro meses, muita coisa, ...” (Entrevistado 26).

Feitas estas considerações qualitativas, passamos agora a tecer algumas considerações finais deste trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O presente estudo apontou a complexidade do fenômeno da CB, enquanto forma de combate e controle da obesidade, da obesidade mórbida, enfermidades, comorbidades a elas relacionadas e ainda a mudança corporal identificada junto as pessoas submetidas e este procedimento operatório. Os objetivos traçados foram alcançados integralmente pelo presente estudo e, a metodologia empregada facilitou a implementação dos resultados alcançados.

Por conta da análise realizada na frequência de CB implementadas em todo o Brasil, e financiadas tanto pelo setor público quanto pelo setor privado, foi possível perceber o aumento nos últimos anos no desenvolvimento deste procedimento operatório, bem como, o domínio do mesmo, implementado por instituições de administração não estatal, conforme evidenciado nos dados adquiridos e analisados no presente estudo.

Pela magnitude e complexidade do referido procedimento operatório pesquisado, foi percebido ainda que instituições pertencentes ao poder legislativo brasileiro, se esforçam em desenvolver mecanismos e produtos legislativos, objetivando ampliar a sua realização, disponibilizando esta cirurgia a um quantitativo maior de pessoas acometidas pela obesidade ou a obesidade mórbida, além da disponibilização de outras cirurgias reparadoras, após a realização da cirurgia de redução do peso corporal.

No outro extremo e, conforme identificado também por meio da presente pesquisa, foi evidenciado uma frequência ampliada no quantitativo de processos estabelecidos e acórdãos julgados nos vários estados que compõe a federação brasileira, relacionados não somente a necessidade de realização desta cirurgia, mas também, a

obrigatoriedade de disponibilização de cirurgia(s) plástica(s) aquelas pessoas que necessitam realizarem reparos e retiradas de pele e gordura residual, ainda presentes após a realização da CB.

Acórdãos julgados, relacionados a judicialização de causas contra planos e operadoras de saúde, além de processos indenizatórios de danos materiais e morais, também foram identificados dentre aqueles acessados pelos autores do presente estudo. Nesse sentido, por meio da realização do presente estudo, foi possível verificar também que o próprio poder judiciário, atento ao grande quantitativo de processos julgados relacionados a esta questão, propõe a criação de uma súmula, objetivando facilitar o julgamento de outras causas jurídicas de teor equivalente.

Junto a uma instituição de âmbito legislativo pertencentes a esfera estadual em São Paulo, também foi identificada a presença de produto legislativo relacionada a pessoas que realizaram CB, no que se refere ao acesso e consumo de alimentos em instituições que oferecem este serviço. Desta forma, fica evidente o processo de reorganização e adaptação, que vários campos e setores pertencentes à sociedade estão se exigindo, no sentido das influências exercidas de forma direta ou indireta pelo campo científica na realização deste procedimento operatório para redução do peso corporal elevado.

Junto ao poder executivo, vários programas e estratégias em saúde são organizadas e implementadas, objetivando reduzir os impactos relacionados a obesidade, a obesidade mórbida, as doenças crônicas não-transmissíveis relacionadas e comorbidades associadas. O órgão máximo da saúde no Brasil, possui políticas públicas desenvolvidas enquanto forma de implementação de promoção e educação em saúde,

além de combate e controle dos vários impactos relacionados a esta complexa temática foco do presente estudo.

A utilização da abordagem quantitativa, permitiu analisar o perfil sócio-demográfico dos atores sociais participantes do estudo e também, a correlação estatística existente entre as categorias interpretativas construídas e analisadas. Por meio desta atividade, foi possível verificar a correlação existente entre vários fatores com a questão da obesidade, obesidade mórbida e a implementação da CB.

Já por meio da abordagem qualitativa, foi possível verificar de forma mais minuciosa, as particularidades e singularidades no que se refere a mudança corporal em pessoas submetidas a CB a pelo menos um (01) ano. Por meio da abordagem qualitativa, foi possível também descortinar outras dimensões relacionadas ao fenômeno obesidade, obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, *ruptura biográfica* e mudança no *habitus*, sendo desta forma possível, a construção de quatro (04) classes interpretativas.

Na primeira classe analítica, foram verificadas as várias formas de preconceitos, discriminações, rechaçamento e inclusive violência que a pessoa obesa vivencia em seu cotidiano existencial. Fenômenos desta natureza se constituem enquanto constantes junto a estas pessoas, estando os mesmos presentes em todas as épocas de sua vida, tendo maior frequência na infância e adolescência, sendo também identificada na fase adulta.

O fenômeno das várias formas de violência direcionadas a pessoas obesas, conforme evidenciado nos discursos analisados dos atores sociais participantes deste estudo, também são identificados junto a própria família destas pessoas, ambientes

escolares, ambientes de trabalhos, locais de descontração e de lazer, além de outros locais de socialização cotidiana.

Conforme expresso em vários depoimentos analisados, fenômenos de preconceito, discriminação e de violência em suas várias representações, são identificados tanto para pessoas do sexo feminino quanto para pessoas do sexo masculino, sendo mais presente junto as primeiras. Desta forma, enquanto meio de distanciamento destes fenômenos, além de redução das debilidades relacionadas a obesidade e a obesidade mórbida, além de melhoria da estética corporal e melhoria da qualidade de vida (Q.V.), possivelmente este procedimento seja mais implementado em pessoas do sexo feminino.

Já na segunda classe analítica pertencente a abordagem qualitativa do presente estudo, foi possível verificar o “despreparo” e a “reduzida adaptação” dos vários ambientes e estratos da sociedade, para com a disponibilização de produtos e serviços direcionados a pessoa obesa. Nesse sentido, também foi possível verificar a “fragilidade” dos vários tipos de meios de transportes coletivos, nas categorias coletivas, rodoviárias e inclusive aéreas, para deslocamento de pessoas obesas.

A maior crítica identificada por meio dos discursos dos atores sociais participantes do estudo, se encontram fundamentadas a transportes coletivos de uso diário. Apesar dos esforços disponibilizados pelas empresas e instituições que disponibilizam transporte coletivo, além do poder público, ainda os mesmos são reduzidos e insuficientes para as atuais necessidades de pessoas obesas, no decurso de suas atividades diárias e cotidianas.

A própria sociedade, conforme exposto nos discursos analisados pela presente pesquisa, poucas integrantes da sociedade se mobilizam para que os direitos

direcionadas a pessoa obesas sejam de fato respeitados. Fenômenos relacionados a preconceitos, discriminações, rechaçamento, exclusão social ou ainda violência em suas várias dimensões, em pleno século vinte e um, ainda são verificadas contra pessoas, que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

Presente na terceira classe analítica investigada pela presente pesquisa, foi percebida a forte influência desenvolvida pelos vários meios de comunicação midiáticos, no sentido de massificação de uma ideologia “corpolátrica”, e que sustenta um ideal de beleza e de saúde, por meio de corpos esteticamente e harmonicamente magros. Por meio dos vários depoimentos analisados, fica nítida a poderosa influência do campo comunicacional junto as concepções, entendimentos e imaginário social dos vários integrantes da sociedade, no que se refere ao ideal de beleza.

Nesse sentido e, por meio da realização da CB, pessoas de todas as faixas etárias, classes e estratos sociais, além de condições econômicas e financeiras, aderem à realização deste procedimento operatório, no sentido não somente de redução do peso corporal, controle de enfermidades relacionadas e ainda redução das co-morbidades associadas, mas também enquanto forma de “redução” ou “eliminação” (de preferência por completo) dos inumeráveis “estigmas” e situações de violência que o mesmo presencia e vivencia, em alguns casos diariamente em sua existência.

Este verdadeiro “peso” existente em pessoas obesas, se representam e se apresentam enquanto verdadeiros “flagelos pessoais”, constituídos de sentimentos de “inércia”, “incapacidade”, “inabilidade”, “incompetência”, dentre muitos outros, perante esta condição “intransferível” e “inelutável”, presente na grande maioria dos anos de existência destas pessoas.

Em meio a “falha” gerada pela utilização e aderência a vários outros métodos direcionados a perda de grande quantitativo de peso corporal, pessoas obesas recorrem e se submetem a CB, enquanto último recurso terapêutico para combate e controle a esta enfermidade, suas complicações e co-morbidades associadas. Outra questão que em muito chamou atenção nesta classe comparativa foi a diferença nos serviços prestados pela iniciativa pública e privada, no que se refere a implementação deste procedimento operatório de redução do peso corporal.

Nos discursos analisados, fica evidente a diferença nos serviços prestados tanto pela iniciativa pública quanto na privada, sendo que aquela de administração governamental, segundo os próprios relatos dos sujeitos da pesquisa, são de melhor qualidade e preparam melhor as pessoas a serem cirurgiadas para os impactos e novas exigências após a sua implementação. Por esse motivo, os atores sociais deste estudo, entendem que o quantitativo de tempo disponibilizado para o preparo destas pessoas, anteriormente a realização desta cirurgia, se constitui enquanto sendo bem mais prolongado do que aquele proposto pela iniciativa privada.

Pela necessidade desta pessoa obesa, necessitar da avaliação e do parecer de vários profissionais de saúde, apontando que esta pessoa possui condições de se submeter a realização desta cirurgia tão complexa e exigente, a mesma é bem mais demorada do que aquela disponibilizada por instituições de administração não-estatal e privado.

Conforme exposto pelos sujeitos da pesquisa, mesmo após a realização da CB, estas pessoas continuam recebendo acompanhamento gratuito de vários profissionais

integrantes da equipe multidisciplinar em saúde, facilitando a recuperação desta pessoa e, evitando o surgimento de complicações dentre outras intercorrências.

Já na quarta e última classe analítica, foram identificadas questões relacionadas aos desejos, necessidades e aspirações no que se referem a realização da cirurgia plástica (CP). Conforme exposto junto aos depoimentos analisados, várias são as pessoas que acreditam necessitar da realização da CP, dois (02) anos após a realização da CB, objetivando reduzir o quantitativo de pele residual, dentre outros procedimentos cirúrgicos.

Para alguns depoentes, a realização da CP após a CB se constitui enquanto, conforme suas próprias palavras, uma forma de continuação do tratamento iniciado, pois, após a perda de peso, desenvolvida pela primeira cirurgia, resquício de gordura identificadas junto ao tecido sub-cutâneo da pessoa operada, além de pele residual, são identificadas. Desta forma, vários depoentes entendem a necessidade de realização de outras cirurgias, objetivando “dar prosseguimento” em seu tratamento.

Em algumas pessoas e, principalmente aquelas que possuíam maior quantitativo de peso corporal, a presença de gordura subcutânea e pele residual, foram mais facilmente evidenciados nos discursos analisados, permitindo o surgimento de sinais como por exemplo, dor, desconforto, além de serem antiestéticos.

A utilização do conceito “*habitus*” sustentado por Pierre Bourdieu e “*ruptura biográfica*” proposto por Michael Bury, permitiu a ampliação de entendimentos relacionados a condição da pessoa obesa, que se submeteram a realização da CB, bem como, os vários fenômenos relacionados com a mudança corporal destes agentes sociais, sua relação com os vários campos e ambientes que compõe a sociedade, e ainda, os

processos de preconceito, discriminação, exclusão ou ainda, conforme defendido por Bourdieu, um verdadeiro arbitrário cultural dominante, ou seja, uma cultura sobreposta em relação a outra.

A utilização do conceito de “*habitus*”, enquanto ferramenta proposta por Bourdieu, facilitou as complexas relações existentes entre o agente social obeso ou obeso mórbido cirurgiado e as modificações que os mesmos se submeteram e se exigiram, enquanto forma de combate aos vários processos de exclusão social vivenciados em seu cotidiano. Já por meio da utilização de Michael Bury, foi percebido que este procedimento operatório se constitui enquanto verdadeira “ruptura biográfica”, ou seja, “cisão”, “quebra” ou “desligamento” a condição de obeso ou obeso mórbido, para uma forma mais harmoniosa e aceita de constituição corporal “emagrecida”, “esbelta” e “saudável”.

O ex-obeso ou obeso mórbido, conforme o conceito proposto por Michael Bury, para conquistar o seu corpo “emagrecido”, “esbelto” e “saudável”, necessitou implementar uma série de “*estratégias*”, relacionadas a implementação não somente da CB, mas também de sua nova alimentação, da realização de exercícios, do consumo de medicações e suplementos alimentares, além da mudança em seus antigos hábitos, para mais facilmente conquistar da melhoria de sua qualidade de vida (Q.V.), o controle da obesidade ou obesidade mórbida, controle dos níveis orgânicos e das enfermidades e comorbidades associadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução normativa - RN n.º 167, de 9 de janeiro de 2008. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1242. Acesso em: 21 agosto 2014.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1575]. Acesso em: 23 agosto 2014.

ALMEIDA, SS; ZANATTA, DP; REZENDE, FF. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. Estudos de Psicologia. 2012;17(1).153-160.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes-2010. Diabetes Care. 2010;33(Supplement 1): S11-S61.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. 13.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 311p.

BOURDIEU, Pierre. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP, 2004.86p.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei número 6024/2013. Dispõe sobre a concessão de descontos no custo de serviços de alimentação a pessoas que tenham se submetido a cirurgias bariátricas. Disponível em: [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1112558&filename=PL+6024/2013]. Acesso em: 23 agosto 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Indicação número 2832/2012. Sugere ao Ministério da Saúde aperfeiçoamento no modelo de atenção aos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no âmbito do SUS. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=981995&filename=INC+2832/2012. Acesso em: 23 agosto 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei número 4833/2012. Dispõe sobre a obrigatoriedade dos bares, restaurantes e similares de fazer constar de seus cardápios porções reduzidas para as pessoas que foram submetidas a cirurgia bariátrica. Disponível em: [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1048376&filename=PL+4833/2012]. Acesso em: 23 agosto 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei número 2066/2011. Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tornar obrigatória a cobertura completa pelos planos de saúde de cirurgias para remoção de excesso de pele remanescente de cirurgia bariátrica e de cirurgias de transplante de fígado, coração,

pâncreas e rins, e dá outras providências. Disponível em:
[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=910339&filename=PL+2066/2011]. Acesso em: 23 agosto 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Requerimento número 3595/2011. Votos de congratulações ao médico Gláucio Nóbrega pelo lançamento do livro "Obesidade, Cirurgia Bariátrica e Emagrecimento - Vivências e Significados". Disponível em:
[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=933562&filename=REQ+3595/2011]. Acesso em: 23 agosto 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Requerimento número 2979/2008. Solicita ao Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, informações sobre a realização de cirurgia bariátrica no estado do Acre pelo SUS. Disponível em:
[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=574352&filename=RIC+2979/2008]. Acesso em: 23 agosto 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Indicação número 794/2003. Sugere ao Excelentíssimo Ministro de Estado da Saúde a ampliação do limite quantitativo fixado por região para implantação dos Centros de Referência para Cirurgia Bariátrica. Disponível em:
[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=153482&filename=INC+794/2003]. Acesso em: 23 agosto 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 88p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. O que é a Secretaria de Vigilância em Saúde? Disponível em: [<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/svs-institucional>]. Acesso em: 08 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.108 p.: – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional Revisado 2012/2015. Brasília: MDS, 2014. 164p.

CLEGG, AJ; COLQUITT, J; SIDHU, MK; ROYLE, P; LOVEMAN, E; WALKER, A. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of surgery for people with morbid obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2002;6:1-153.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n° 1.766/2005. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo

indicações, procedimentos aceitos e equipe. Disponível em: [\[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1766_2005.htm\]](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1766_2005.htm). Acesso em: 21 agosto 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.942/2010. Altera a Resolução CFM nº 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1942_2010.htm. Acesso em: 21 agosto 2014.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nos 1/1992 a 77/2014, pelo decreto legislativo nº 186/2008 e pelas emendas constitucionais de revisão nos 1 a 6/1994. – 41. ed., com índice de assunto. – Brasília: Câmara dos Deputados, edições Câmara, 2014. 466 p. – (Série textos básicos; n. 82). Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/constituicao-federal-41a-ed. Acesso: 23 agosto 2014.

COWAN, GS Jr; BUFFINGTON, CK. Significant changes in blood pressure, glucose and lipids with gastric bypass surgery. *World J Surg.* 1998;22(9):987-992.

CRUZ, MRR da; MORIMOTO, IMI. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. *Rev. Nutr.* 2004;17(2):263-272.

ENES, Carla Cristina; SLATER, Betzabeth. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Rev. bras. epidemiol.*2010:13(1).163-171.

GARRIDO JÚNIOR, Arthur B. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2000:44(1).106-110 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Índices de Preços. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.140p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

KAMINSKY, J; GADALETA, D; A Study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obesity Surgery.* 2002:12(Issue 1).14-18.

KOCH, TR; FINELLI, FC. Postoperative metabolic and nutritional complications of bariatric surgery. *Gastroenterol Clin North Am.* 2010:39(1).109-24.

KOYAMA, RE. A mobilidade de pacientes obesos no pós-cirúrgico bariátrico. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2007.145p.

LEAL, CW; BALDIN, N; O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Rev Psiquiatr RS.*2007:29(3).324-327.

LOW, S; CHIN, MC; DEURENBERG-YAP, M. Review on epidemic of obesity. *Ann Acad Med Singapore.*2009:38(1).57-65.

MAGRO, DO et al. Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obes Surg.* 2008;18(6):648-651.

MANIGLIA, FP et al. Alterações e adaptações hormonais relacionadas ao apetite no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Bras Nutr Clin.* 2012;27(3):199-203.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS); 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html]. Acesso em: 21 agosto 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html]. Acesso em: 21 agosto 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html]. Acesso em: 21 agosto 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html]. Acesso em: 21 agosto 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html]. Acesso em: 21 agosto 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 628/GM 26 de abril de 2001. Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo I desta Portaria, o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: [<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-628.htm>]. Acesso em: 21 agosto 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: [<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm>]. Acesso em: 21 agosto 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html]. Acesso em: 21 agosto 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html]. Acesso em: 21 agosto 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 23, de 9 de agosto de 2012. Estabelecer o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos estados, Distrito Federal e capitais e municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento

das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2012/prt0023_09_08_2012.html]. Acesso em: 21 agosto 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Resolução nº 1, de 30 de abril de 2012. Institui o I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PLANASAN 2012/2015. Disponível em: [<http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/caisan/legislacao>]. Acesso em: 21 agosto 2014.

MONTAGNER, MA. Pierre Bourdieu e a saúde : uma sociologia em Actes de la recherche en sciences sociales. Cad Saude Publica. 2008;24(7):1588-98.

MONTAGNER, MA. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. Ciência e Saúde Coletiva. 2006;11(2):515-26.

NHS National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obesity Guidance for prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children, 2006. (Cited 2014, Jun). Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg43/resources/guidance-obesity-pdf>.

OLIVEIRA, JH Aspectos psicológicos de obesos de grau III antes e depois de cirurgia bariátrica. Campinas: Pontifícia Universidade Católica. 2006.

OMALU, BI; CHO, P; SHAKIR, AM; AGUMADU, UH; ROZIN, L; KULLER, LH; et al. Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. *Surg Obes Relat Dis.* 2005;1(4).447-9.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Temas de salud. Obesidad. Disponível em: [<http://www.who.int/topics/obesity/es/>]. Acesso em: 08 de junho 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). 2003.

PAJECKI, Denis et al. Abordagem multidisciplinar de pacientes obesos mórbidos submetidos a tratamento cirúrgico pelo método da banda gástrica ajustável. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2010, vol.37, n.5, pp. 328-332. ISSN 0100-6991.

PAPAPIETRO, VK. Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Rev. Chilena de Cirugía.* 2012;64(1). 83-87.

PAREJA, JC; PILLA, VF; GELONEZE, BN. Operational mechanisms of anti-obesity surgeries. *Einstein.* 2006;4(1):S120-S4.

PETTRIBU, K; et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006; 50(5).901-908.

PINTO, Maria Soraia; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis.* 2010;20(2).p.443-457.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm]. Acesso em: 21 agosto 2014.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, DE 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 23 jul 2014.

PUGLIA, CR. Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(2):118.

REIS, JC. O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega.1998.

REPETTO, Giuseppe; RIZZOLLI, Jacqueline; BONATTO, Cassiane. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. Arq Bras Endocrinol Metab. 2003;47(6).pp.633-635.

SANTOS, AT dos et al. A história de pessoas com obesidade mórbida: uma experiência no sul do Brasil. Enferm. Foco.2010;1(3).109-113.

SANTOS, EMC; BURGOS, MGP de A; SILVA, SA da; Perda ponderal após cirurgia bariátrica de Fobi-Capella: realidade de um hospital universitário do nordeste brasileiro. Rev Bras Nutr Clin.2006;21(3).188-192.

SANTOS, LMP; OLIVEIRA, IV; PETERS, LR; CONDE, WL. Trends in morbid obesity and in bariatric surgeries covered by the Brazilian public health system. *Obes Surg.*2010;20(7):943-8.

SCOTT, John. *Sociologia: conceitos-chave*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. 245p.

SEGAL, A.; FRANQUES, A.R.M. *Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica: a visão da COESAS-SBCBM*. São Paulo: Miró Editorial, 2012.

SMITH, SC; EDWARDS, CB; GOODMAN, GN. Symptomatic and clinical improvement in morbidly obese patients with gastroesophageal reflux disease following Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.*1997;7(6).479-484.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Institucional. Home. História da Cirurgia Bariátrica. História da Cirurgia Bariátrica no Brasil. Disponível em: [<http://www.sbcbm.org.br/wordpress/pagina-exemplo/historia-da-cirurgia-bariatrica/>] Acesso em: 06 agosto 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Institucional. Home. Quem somos. Disponível em: [<http://www.sbcbm.org.br/wordpress/pagina-exemplo/diretoria/>]. Acesso em: 06 agosto 2014.

TAVARES, I da S. et al. Função diastólica do ventrículo esquerdo em obesos graves em pré-operatório para cirurgia bariátrica. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(4).300-306.

TRAVADO, Luzia et al. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Aná. Psicológica.*2004;22(3).533-550.

VALEZI, AC. et al. A importância do anel de silicone na derivação gástrica em Y-de-Roux para o tratamento da obesidade. Rev Col Bras Cir. 2008;35(1).18-22.

VILHENA, J de; NOVAES, J de V; ROCHA, L. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. Rev. Mal-Estar Subj. 2008;8(2). 379-406.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995. (Technical Report Series, 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity. Preventing and managing the global epidemic: Report of WHO consultation group on obesity. Geneva: WHO; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Technical Report Series 894. Geneva, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva; 2004. WHO Technical Report Series no. 894.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014) Obesity and overweight. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/em/print.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003.

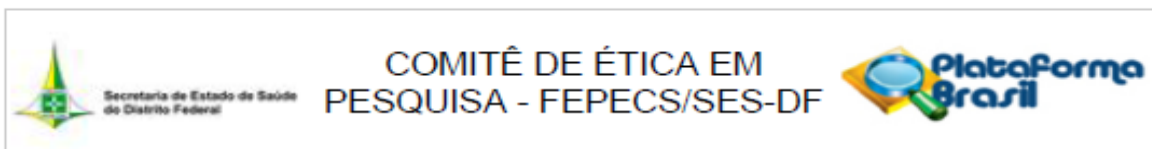
WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO - World Health Organization - 2002. What is cardiovascular disease? [cited 2009 apr 12]. Available from: <http://www.who.int/ncd/cvd/index.htm>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Overweight and obesity. Fact sheet n°311. Geneva: WHO; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Geneva. 2009. Adquirido em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

ANEXOS:



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Habitus e ruptura biográfica em pessoas submetidas à cirurgia bariátrica (CB)

Pesquisador: Lincoln Agudo Oliveira Benito

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 35800014.8.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional da Asa Norte - HRAN

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 864.599

Data da Relatoria: 09/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e que se propõe a analisar a questão das mudanças corporais verificadas após a realização da cirurgia bariátrica (CB), utilizando para tal, enquanto referenciais teórico-metodológicos, o conceito de hábitos à luz de Pierre Bourdieu e o de ruptura biográfica fundamentado em Michael Bury. Os sujeitos da pesquisa (50) são pacientes submetidos a cirurgia bariátrica do HRAN e que serão submetidos a um questionário semi-estruturado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

* Analisar a mudança corporal da pessoa submetida a cirurgia bariátrica a pelo menos um ano, por meio do conceito de habitus fundamentado em Pierre Bourdieu e ruptura biográfica a luz de Michael Bury.

Objetivo Secundário:

* Analisar o perfil sócioeconômico dos atores sociais participantes do estudo, que se submeteram a realização da cirurgia bariátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 864.599

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1- Hipóteses - apenas formulada a hipótese positiva, não foi formulada a hipótese negativa ou nula. Se existe apenas uma válida hipótese para o estudo, os resultados já são previsíveis logo não há sentido no estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

CLE, folha de rosto, termo de concordância e currículo do investigador presente.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1- Hipóteses - apenas formulada a hipótese positiva, não foi formulada a hipótese negativa ou nula. Se existe apenas uma válida hipótese para o estudo, os resultados já são previsíveis logo não há sentido no estudo. RECOMMENDAMOS AO PESQUISADOR QUE ELABORE HIPÓTESE NEGATIVA E NULA

-

SEGUE PENDENTE

-

A HIPÓTESE NULA APRESENTADA PELO PESQUISADOR É O OBJETIVO DO ESTUDO.

POSSÍVEIS HIPÓTESE (A TÍTULO DE EXEMPLO) PARA O ESTUDO SÃO:

- POSITIVA: A CIRURGIA BARIÁTRICA PRODUZ MODIFICAÇÕES CORPORAIS

- NEGATIVA: A CIRURGIA BARIÁTRICA NÃO PRODUZ MODIFICAÇÕES CORPORAIS

- NULA: NÃO SE CONSEGUI DEMONSTRAR COM O PRESENTE ESTUDO MODIFICAÇÕES CORPORAIS

PENDENCIA ATENDIDA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 864.599

BRASILIA, 10 de Novembro de 2014

Assinado por:

LUIZ FERNANDO GALVÃO SALINAS
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF


Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

APÊNDICE 02 – Ofício para solicitação de dados ao Ministério da Saúde (MS):

	UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA	
	OFÍCIO	
Nº: 01/2014.	Data: 17/03/2014.	
De: Linconl Agudo Oliveira Benito. Discente do Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília – UnB.		
Para: Ilmo. Sr. Dr. José Eduardo Fogolin Passos. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC). Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS). Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Ministério da Saúde (MS).		
Assunto: Solicitação de dados relacionados ao quantitativo de cirurgias bariátricas realizadas em todo o Brasil, entre os anos de 2000 à 2013.		
<p>Saudações Dr. José Eduardo Fogolin Passos,</p> <p>Venho sincero e respeitosamente por meio desta, solicitar dados relacionados ao quantitativo de cirurgias bariátricas realizados no Brasil, no recorte histórico formado pelos anos de 2000 a 2013.</p> <p>A presente solicitação se justifica pela necessidade que possuo em desenvolver um estudo que investigará a referida temática, permitindo assim, a construção de um trabalho, a ser defendido na modalidade dissertação de mestrado, junto ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).</p> <p>Nesse sentido, solicito dados referentes ao quantitativo de cirurgias bariátricas, realizadas no Brasil por estados brasileiros, além dos vinte (20) municípios brasileiros com a maior frequência no desenvolvimento do referido procedimento cirúrgico.</p>		

Declaro que o presente estudo poderá ser apresentado junto a eventos e congressos de cunho científicos, tanto em âmbito nacional quanto internacional.

Declaro ainda possuir conhecimento dos dispositivos expostos junto à resolução de número 466/2012, do Conselho Nacional de (CNS) do Ministério da Saúde (MS), relacionadas às “diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”.

Após a captação dos referidos dados, os mesmos serão organizados junto ao software Microsoft Excel 2010® for Windows® e, para o tratamento e análise estatística, será utilizado o software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences – IBM®, Chicago, EUA) em sua versão de número 20.0 for Windows®.

Sem mais no momento, agradeço desde já a valiosa colaboração e espírito público, nos colocando à disposição a eventuais esclarecimentos que se tornem necessário.


Saudações, muito obrigado.

Brasília (DF), 17 de março de 2014.

Lincoln Agudo Oliveira Benito.
End: QNP 26 conjunto “i” casa 36. P-Sul.
Ceilândia. Brasília. Distrito Federal. DF. Brasil.
CEP: 72.235.260. Cel: (05561) 9629-7439.
E-mail: lincolnbenito@yahoo.com.br
E-mail: lincoln.benito@ls.edu.br

N.T.
P.E.D.

APÊNDICE 03 – Segundo ofício para solicitação de dados ao Ministério da Saúde (MS):

	UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA	
	OFÍCIO	
Nº: 02/2014.	Data: 17/03/2014.	
De: Lincoln Agudo Oliveira Benito. Discente do Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília – UnB.		
Para: Ilmo. Sr. Dr. José Eduardo Fogolin Passos. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC). Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS). Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Ministério da Saúde (MS).		
Assunto: Solicitação do impacto financeiro e Portarias Ministeriais relacionadas à realização de cirurgias bariátricas.		
<p>Saudações Dr. José Eduardo Fogolin Passos,</p> <p>Venho sincero e respeitosamente por meio desta, solicitar dados relacionados ao impacto financeiro, referente à realização de cirurgias bariátricas (CB) em todo Brasil, no recorte histórico formado pelos anos de 2000 a 2013.</p> <p>A presente solicitação se justifica pela necessidade que possuo em desenvolver um estudo que investigará a referida temática, permitindo assim, a construção de um trabalho, a ser defendido na modalidade dissertação de mestrado, junto ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).</p> <p>Nesse sentido, solicito ainda todas as portarias ministeriais referentes ao procedimento cirúrgico em questão, bem como, outros dispositivos legislativos atualmente em vigor.</p> <p>Declaro que o presente estudo poderá ser apresentado junto a eventos e</p>		

congressos de cunho científicos, tanto em âmbito nacional quanto internacional.

Declaro ainda possuir conhecimento dos dispositivos expostos junto à resolução de número 466/2012, do Conselho Nacional de (CNS) do Ministério da Saúde (MS), relacionadas às “diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”.

Após a captação dos referidos dados, os mesmos serão organizados junto ao software Microsoft Excel 2010® for Windows® e, para o tratamento e análise estatística, será utilizado o software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences – IBM®, Chicago, EUA) em sua versão de número 20.0 for Windows®.

Sem mais no momento, agradeço desde já a valiosa colaboração e espírito público, nos colocando à disposição a eventuais esclarecimentos que se tornem necessário.

Saudações, muito obrigado.

Brasília (DF), 17 de março de 2014.

Lincoln Agudo Oliveira Benito.

End: QNP 26 conjunto “I” casa 36. P-Sul.

Ceilândia. Brasília. Distrito Federal. DF. Brasil.

CEP: 72.235.260. Cel: (05561) 9629-7439.

E-mail: lincolnbenito@yahoo.com.br

E-mail: lincoln.benito@ls.edu.br

N.T.

P.E.D.

