

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

JÚLIA NOVO VOLKMER

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL COM A OBESIDADE NO CAMPO DA
SAÚDE:
Dialogando com os determinantes sociais**

PORTO ALEGRE

2018

JÚLIA NOVO VOLKMER

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL COM A OBESIDADE NO CAMPO DA
SAÚDE:**

Dialogando com os determinantes sociais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Vanessa Maria Panozzo Brandão.

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Novo Volkmer, Júlia

O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL COM A OBESIDADE
NO CAMPO DA SAÚDE:Dialogando com os determinantes
sociais / Júlia Novo Volkmer. -- 2018.

82 f.

Orientadora: Vanessa Maria Panozzo Brandão.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2018.

1. Política de Saúde. 2. Determinantes Sociais da
Saúde. 3. Serviço Social. 4. Obesidade . 5. Linha de
Cuidado. I. Panozzo Brandão, Vanessa Maria, orient.
II. Título.

JÚLIA NOVO VOLKMER

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL COM A OBESIDADE NO CAMPO DA
SAÚDE:**

Dialogando com os determinantes sociais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: _____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Vanessa Maria Panozzo Brandão

Orientadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Dolores Sanches Wunsch

Examinadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha família: meu pai Norberto, minha mãe Andréia e meus irmãos: Felipe, Sofia e Pedro, que se fizeram presentes em todos os momentos da minha vida e são as pessoas mais importantes dela. Obrigada, pai e mãe, por nunca medirem esforços para meu desenvolvimento e os meus irmãos por serem meus maiores presentes. Amo vocês incondicionalmente!

Agradeço, em especial, a minha mãe e assistente social Andréia por ter me orientado para essa profissão que tanto amamos.

Agradeço, particularmente, a minha irmã Sofia pela amizade e cumplicidade! Obrigada pela paciência, dividir o quarto com uma universitária com dificuldade de concentração deve ser, realmente, uma tarefa complicada! (risos). Tenho certeza que sempre seremos companheiras de vida, te admiro e te amo!

Agradeço, também, à Nice, que a tempo faz parte dessa família, obrigada pela paciência e carinho no cuidado dessas quatro crianças! Fazes parte das nossas vidas!

Agradeço a minha maravilhosa professora, supervisora e orientadora Vanessa, quem esteve presente ao longo de toda a trajetória acadêmica e sempre foi referência como profissional. Sou muito grata por tudo que fizestes por mim nessa graduação, obrigada por ter me acolhido no estágio obrigatório e por toda disponibilidade em qualificar meus processos de formação. Te agradeço imensamente por toda paciência e compreensão na construção desse TCC, obrigado por ter tornado isso possível! Tu foste minha “mãe acadêmica” (risos) e és, antes de tudo, referência como assistente social!

A minha supervisora Fernanda, quem me acolheu como sua estagiária e aceitou o desafio de dividir seu cotidiano, me apresentando o trabalho profissional. Foste fundamental na construção da minha identidade profissional. Obrigada por contribuir para que eu me tornasse assistente social e por toda parceria que tivemos. Sou muito grata por toda tua dedicação a minha formação!

À amiga, colega e, por vezes, mãe, Thais, que se fez presente desde o início dessa trajetória no Serviço Social e, quem eu admiro muito como pessoa e como profissional, que agora, já é. Obrigada pela amizade e por ter sido fundamental na caminhada!

À Cúpula: colegas Joice, Eriane e Manoela. Vocês são pessoas sensacionais e profissionais muito competentes, fizeram toda a diferença na minha trajetória no Serviço Social, foi um privilégio dividir a formação com vocês. Admiro muito todas vocês, obrigada pelo companheirismo e por tornarem os processos mais leves.

Agradeço, especialmente, à Joice pela sensibilidade e cuidado comigo. Obrigada pela acolhida em tantos momentos, tu és uma amiga muito especial.

Às amigas e colegas Fran e Cristina pela amizade e companheirismo nessa caminhada, com certeza ganhamos alguns quilos com nossas comilanças (risos), mas vocês foram fundamentais no processo.

A todos os professores do curso de Serviço Social da UFRGS, colegas de graduação e todos assistentes sociais que, de alguma forma, passaram pela minha vida. Agradeço por terem contribuído para a minha formação.

À psicóloga Carol por ter me acolhido e possibilitado meu autoconhecimento. Obrigada por auxiliar no desvelamento dos caminhos a serem tomados e por ter tornando os processos mais tranquilos e possíveis.

Aos meus melhores amigos: Banana e Júlia Machado. Obrigada pelo nosso inseparável trio! Vocês são pessoas fundamentais na minha vida, obrigada pela irmandade e por se fazerem sempre presentes! Amo vocês! Seria injusto não incluir nesse agradecimento meu mais novo amigo Matheus, agora parte integrante dessa amizade, obrigada pela parceria! Agradeço também à família da Júlia, por ser tão acolhedora e alegre! Vocês são pessoas especiais, tenho muito carinho por cada um de vocês!

Aos amigos Patrícia e Duda, casal mais simpático e gente boa, sempre com uma energia maravilhosa. Vocês se tornaram amigos e confidentes (risos), obrigada, Paty, pelas gargalhadas contagiantes e, Duda, pelo futebolzinho de sempre!

Aos amigos Natália, Douglas, Reolon e Marcelo pela amizade que tanto significou em minha vida e pelos momentos maravilhosos que já vivemos.

Aos meus “tios”, que meus pais me deram, da “Santíssimo” e da “Reunião de Grupo”, vocês sempre foram exemplos para mim! Gosto enormemente de cada um, sempre foi uma alegria conviver com vocês.

Ao Pedro e sua família, que por muito tempo foi, também, a minha! Obrigada pela acolhida tão afetuosa, guardo cada um de vocês e os momentos que compartilhamos com muito carinho! Não poderia deixar de citá-los aqui, vocês estiveram muito presentes nesse processo de formação, sou muito grata por tudo!

Pedro, obrigada por tudo que vivemos juntos, tu sempre serás especial em minha vida, que tu encontres a felicidade nos caminhos que percorreres, agradeço por participar da minha!

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso discorre sobre o trabalho profissional no campo da saúde com pessoas com obesidade a partir da experiência de estágio obrigatório. Apresenta considerações acerca da política social pública de saúde brasileira e sua constituição a partir do Movimento de Reforma Sanitária articulando com a concepção de determinantes sociais da saúde, considerando-a como fundamental para a compreensão do processo saúde-doença. Explana, brevemente, sobre os modos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde e, a partir da estrutura geral, apresenta-se a Linha Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Rio Grande do Sul, tendo em vista a discussão específica sobre a atenção em saúde direcionada à obesidade enquanto doença crônica. Aponta aproximações sobre o trabalho do/a assistente social na política de saúde a partir da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social no Programa de Cirurgia Bariátrica de um hospital escola. Trata-se da relação do Serviço Social com a saúde, traçando-se, brevemente, a inserção histórica da profissão nessa área de atuação e caracterizando-se o assistente social como profissional da saúde. Aborda a relação do Projeto Ético Político construído historicamente pela categoria com o Projeto de Reforma Sanitária, apontando a compreensão dos determinantes sociais como fundamental para o trabalho profissional no campo da saúde. Compartilha-se a experiência e estágio obrigatório na política de saúde a partir do projeto de intervenção, apontando os processos de trabalho instituídos na intervenção com a temática da obesidade. Para tanto, utilizou-se de revisão bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Política de Saúde. Determinantes Sociais. Linha de Cuidado. Serviço Social. Obesidade.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA	11
2.1 REFORMA SANITÁRIA: A IMPORTÂNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A ESTRUTURAÇÃO DO SUS.....	12
2.2 MODOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO OBESA: LINHA ESTADUAL DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE DO RIO GRANDE DO SUL.....	19
3. APROXIMAÇÕES COM O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO COM PESSOAS COM OBESIDADE NO CAMPO DA SAÚDE	34
3.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO PROFISSIONAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	34
3.2 EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL: PROCESSOS DE TRABALHO INSTITUÍDOS NO CAMPO DA SAÚDE COM PESSOAS COM OBESIDADE.....	41
3.2.1. Contextualizando o campo de estágio: o Programa de Cirurgia Bariátrica.....	42
3.2.2 O Projeto de Intervenção.....	44
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE A – Modelo de ficha digital de acompanhamento de pacientes acolhidos no Programa de Cirurgia Bariátrica pelo Serviço Social	69
APÊNDICE B - Sistematização das informações coletadas acerca da linha de cuidado dos pacientes no Programa de Cirurgia Bariátrica	71
APÊNDICE C – Documento síntese: solicitação de medicamentos pela defensoria pública	81

1. INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) constitui produto concreto do processo de graduação e propõe o resgate da trajetória acadêmica dos/as estudantes. Esse trabalho acadêmico é utilizado como avaliação final de curso superior e representa um momento de encerramento, por meio da discussão de tema vinculado à formação.

O presente trabalho intitulado “O trabalho do/a assistente social com a obesidade no campo da saúde: dialogando com os determinantes sociais” constitui síntese do processo de formação no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O processo de conclusão, por meio da elaboração do TCC, possibilita revisitar a trajetória do/a estudante no curso, dessa maneira, o trabalho representa acúmulo de conhecimentos e conceitos que foram construídos ao longo da graduação.

A formação foi composta por disciplinas obrigatórias e eletivas do Serviço Social e de outros cursos, o que possibilitou a aproximação com os fundamentos da profissão e com as demais áreas do saber. Um processo importante foi o Estágio Não Obrigatório na política de assistência social, por meio da inserção em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o que oportunizou a aproximação com a política e qualificou a compreensão do trabalho em rede.

Destacou-se, na trajetória acadêmica, a experiência de três semestres de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social vivenciada no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, constituindo-se como processo fundamental e central na formação. Dessa maneira, a proposição do tema surge da experiência com o trabalho profissional na política de saúde junto a pessoas com obesidade mórbida, uma vez que se compreende o significado do estágio obrigatório na construção da identidade profissional do/a estudante.

Outro processo importante na formação foi a proximidade com o materialismo histórico dialético de Karl Marx, através da disciplina “Metodologia da Economia”. Essa aproximação expandiu as possibilidades e despertou a curiosidade de realizar uma análise mais concreta dos objetos.

O presente trabalho emerge, então, da proposta de compreender teoricamente o campo da saúde e de refletir sobre o trabalho do/a assistente social nessa política, destacando-se a particularidade da intervenção profissional com pessoas com obesidade. Destacam-se, portanto, como categorias teóricas chave: política de saúde, trabalho profissional e obesidade. A respeito da metodologia da elaboração deste trabalho, tem-se como direcionamento a teoria social de

Karl Marx, dessa maneira, propõe-se a análise das categorias presentes nesse trabalho à luz do método crítico-dialético.

O trabalho objetiva estabelecer aproximações com a política de saúde, de modo a analisar essa política social no Brasil e seus modos de atenção à saúde, tendo como foco a “Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Estado do Rio Grande do Sul”. Propõe-se discutir a atenção à saúde da pessoa com obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Outro ponto de análise constitui a reflexão sobre trabalho profissional na saúde a partir do conhecimento empírico e estudo teórico, tendo como referência a experiência de estágio no Programa de Cirurgia Bariátrica.

O trabalho estrutura-se em quatro capítulos: o primeiro constitui-se como essa introdução, o segundo e o terceiro abrangem a temática apontada para a discussão e o quarto trás as considerações finais.

O segundo capítulo traz considerações acerca da política de saúde no Brasil, ressaltando a Reforma Sanitária como marco fundamental para garantias constitucionais do direito à saúde em seu sentido ampliado e apontando para a importância da concepção de determinantes sociais da saúde (DSS). Propõe a identificação do modo organizacional da política de saúde em sua amplitude reconhecendo a linha de cuidado no SUS, como uma estratégia fundamental para o acesso ao direito de saúde. Apresenta-se, então, a “Linha Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Rio Grande do Sul” como proposta do Estado para o cuidado em saúde para a população obesa. Nesse momento, dialoga-se com a temática da obesidade, expondo-se dados em relação aos índices da doença no Brasil e no RS.

O terceiro capítulo trata da relação do Serviço Social com a saúde, propondo considerações sobre o trabalho profissional nessa política. Previamente, contextualiza-se o Serviço Social enquanto especialização do trabalho coletivo no modo de produção capitalista, caracterizando o assistente social como trabalhador inserido em processos de trabalho, que atua em diversos espaços sócio ocupacionais, entre eles os serviços de saúde.

A partir disso, propõe-se explicar, brevemente, sobre a inserção histórica do Serviço Social na saúde. Aborda-se a relação do Projeto Ético Político (PEP) construído historicamente pela categoria com o projeto de saúde vinculado à Reforma Sanitária, apontando como fundamental a compreensão da determinação social da saúde para o trabalho dos assistentes sociais na saúde, percebendo esse espaço como campo de disputa de projetos antagônicos. Ainda nesse capítulo, compartilha-se a experiência de Estágio Obrigatório em Serviço Social na política de saúde a partir do projeto de intervenção construído na inserção em processos de trabalho com pessoas com obesidade. Aponta-se o PEP e os Parâmetros de Atuação de

Assistentes Social na política de saúde como norteadores do processo de aprendizagem e da construção da proposta de intervenção, a partir da mediação teórica para a construção de processos de trabalho alinhados ao projeto ético-político profissional.

2. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA

Este capítulo pretende analisar a política social¹ pública de saúde brasileira a partir do marco da reforma sanitária, enquanto política social integrante do tripé da Seguridade Social, e sua operacionalização através do SUS. Seguidamente, a partir da leitura geral da estruturação do sistema de saúde brasileiro, propõe-se a discussão específica sobre assistência direcionada à obesidade enquanto doença crônica.

A questão saúde foi entendida e tratada a partir de diferentes concepções ao longo da história do Brasil até receber o caráter de política social e se conformar como direito social e responsabilidade do Estado. Referente à saúde, Malta et al, explana que:

A saúde é um direito humano fundamental inscrito na carta de fundação da OMS, em 1948, seguindo o compromisso mundial com a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Ao mesmo tempo, a saúde faz-se um bem público, um efeito socialmente produzido pelas e nas redes de relação e disputas de sujeitos que almejam colocar determinados interesses e necessidades na agenda das políticas públicas (2016, p. 1684).

A política social e pública de saúde brasileira, em sua conformação atual, é fruto de um processo histórico e social e de luta e resistência frente a permanente disputa entre projetos societários² divergentes. Tais projetos preconizam distintas concepções de saúde e defendem propostas antagônicas para a área. Ao longo do último século, observou-se o conflito em torno da responsabilização do Estado na questão saúde, assim como seu modo de atenção e financiamento.

A política setorial da saúde foi sendo gestada no teor, ritmo e tempo característicos da formação e consolidação do estado brasileiro ao longo do século vinte, particularidades que a moldam com feições contraditórias, ora de negação, ora de reconhecimento da questão social (DIAS, 2016a).

No período histórico entre a década de 1920 até a década de 1980, a saúde brasileira abrangia: os serviços privados, os quais atendiam uma parcela mínima da população de maior poder aquisitivo; serviços estatais vinculados à saúde pública, que assistiam a maioria da

¹ A política social consiste em um fenômeno social que se relaciona dialeticamente com a totalidade concreta, sendo essa a sociedade burguesa. A política social emerge e se produz e reproduz no cenário de acumulação do capital e de luta de classes, compreendendo em si contradições intrínsecas dos processos sociais. É necessário apreender seu movimento essencial na realidade social e compreender suas múltiplas determinações. Segundo Behring e Boschetti: “não se pode explicar a gênese e desenvolvimento das políticas sociais sem compreender a sua articulação com a política econômica e a luta de classes” (BEHRING; BOSCHETTI, p.44, 2011).

² “Trata-se daqueles projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la.” (NETTO, 2006, p.142)

população e não tinham recursos suficientes para tal; serviços estatais vinculados à medicina previdenciária, aos quais acessam os trabalhadores regularizados e contribuintes, considerados possuidores do direito à saúde (SILVA, 2013).

O acesso à saúde se dava a partir da vinculação ao trabalho legalizado. Imperou o modelo de Seguro Social assistencial, o qual estabelecia uma concepção de direito contratual. Grande parcela da população não tinha direito ao atendimento à saúde por parte do governo, não sendo considerados cidadãos de direito e estando à mercê da assistência de um setor governamental com dificuldades financeira ou da caridade. O direito a saúde estava vinculado à contribuição previdenciária. A saúde pública estatal surge a partir de uma lógica contraprestacional e de cidadania regulada.

Em síntese, a saúde brasileira, anterior ao Movimento de Reforma Sanitária e legitimação de suas reivindicações através Constituição Federal de 1988, foi marcada pela assistência médico-hospitalar - sendo essa privada, filantrópica ou ligada à lógica contra prestacional referente aos trabalhadores contribuintes -, pela concepção de saúde como “ausência de doença”, com uma gestão centralizada na União e ausência de participação social.

2.1 REFORMA SANITÁRIA: A IMPORTÂNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A ESTRUTURAÇÃO DO SUS

A década de 1980, no Brasil, foi marcada pelo processo de redemocratização. Após a abertura política frente ao desgaste do regime ditatorial, a ditadura militar brasileira findou no ano de 1985, quando Tancredo Neves foi eleito presidente do Brasil por meio de eleições indiretas³.

Esse período de transição política foi marcado por grande mobilização social. Assistiu-se a uma forte manifestação do movimento operário e sindical, que fomentaram as grandes greves, reunindo milhões de trabalhadores. O descontentamento com o governo ditatorial se acirrava, exigiam-se direitos reprimidos durante todo o regime. As demandas por liberdade política e justiça social tomaram o cenário, deparava-se com o debate, em âmbito social, acerca da redefinição das políticas sociais e a possibilidade de transformação das desigualdades sociais (SILVA, 2013). Nesse momento, os movimentos sociais tomam como pauta as políticas sociais.

A luta pela retomada do regime democrático no país favoreceu que as reivindicações por melhores condições de saúde, moradia, saneamento, educação fossem somadas a

³ Sobre isso, Boris Fausto aponta que: “Por caminhos complicados e utilizando-se do sistema eleitoral imposto pelo regime autoritário, a oposição chegava ao poder” (1997, p. 512)

movimentos sociais que buscavam defender outros direitos, como: questões ambientais, direitos de grupos étnicos, de pessoas com diversas orientações sexuais, etc (SILVA, 2013, p. 137).

Na área da saúde, a mobilização social se manifestou através do Movimento de Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária refere-se a um movimento social, que surgiu na década de 1970, quando o cenário político brasileiro era de ditadura militar em seu período de maior repressão. O Movimento da Reforma Sanitária nasceu, justamente, no contexto de luta contra a ditadura, sendo ele impulsionado pela sociedade civil - categorias de profissionais da saúde e movimentos sociais em geral. Tratava-se da defesa de mudanças e transformações necessárias para a saúde no Brasil. No entanto, a Reforma Sanitária propunha mais do que uma reforma setorial, não se restringindo ao setor saúde, ela constitui uma reforma social, tendo um projeto de sociedade democrático. Tornou-se um movimento político em prol da consolidação da democracia e da cidadania no decurso de um regime autoritário.

O movimento da Reforma Sanitária teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Na ocasião, estiveram presentes 5 mil representantes de diferentes segmentos da sociedade civil. O evento constitui espaço para discussão de um novo modelo para a saúde no Brasil. A Reforma Sanitária surge com a proposição de transformações no modelo de saúde então vigente no país.

A reforma sanitária muito contribuiu para a superação do modelo médico-assistencial, propondo uma nova concepção do processo saúde-doença baseado numa concepção ampliada de saúde através da noção de determinantes sociais da saúde. Buscou trazer à tona as mediações que ocorrem entre as condições concretas e a produção da saúde e da doença, afirma-se que:

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais. (CFESS, 2010, p. 19).

Nesse sentido, torna-se essencial explicitar o que se considera fundamental para a análise do processo saúde-doença na realidade social: a determinação social da saúde. Os determinantes sociais da saúde indicam um conceito amplo que, em síntese, associam as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos com sua saúde. A partir da concepção de determinação, tal perspectiva propõe considerar as características comuns relativas às condições materiais de vida dos indivíduos no processo saúde-doença. Sendo as condições materiais de vida entendidas como: relações de trabalho, alimentação, moradia, lazer, educação, transporte.

Os DSS expressam a mediação evidenciada entre as condições concretas dos sujeitos e a produção da saúde e da doença. Nessa perspectiva, considera-se a estrutura social e sua estratificação na explicação do processo saúde-doença. Saúde não é apenas a ausência da doença, mas sim um conjunto de fatores que permitem ou não a saúde em seu sentido amplo.

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) define os DSS como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. “ (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p. 78). Já para a comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) “os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. ” (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p. 78)

Essa perspectiva traz a noção de determinação social da saúde, considerando a estrutura social na explicação do processo saúde-doença. Tal modelo expressa a produção social da saúde e da doença, sendo o processo saúde-doença expressão do processo geral da sociedade. Nesse sentido, entende a saúde em uma concepção ampliada. Sobre isso, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990), em seu artigo 3º, aponta que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

O Movimento da Reforma Sanitária trouxe conquistas inegáveis à saúde brasileira através da luta popular pela democracia e pelo direito à saúde. A universalidade do direito à saúde e a criação de um Sistema de Saúde público, universal e descentralizado foram os elementos centrais da Reforma Sanitária, embora esta não se resuma ao SUS. Essas conquistas foram consolidadas legalmente pela **Constituição Federal de 1988**, através de emenda popular, e pelas **Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080 de 1990 e Lei 8.142 de 1990)**. Segundo Bravo,

O texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica (2006, p.10).

A Constituição Cidadã legitimou uma nova concepção de Seguridade Social, a qual, segundo CFESS, representou “um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora” (2010, p. 17). Em seu artigo 194, o texto constitucional define a seguridade social

como: “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Além disso, no mesmo artigo, são apontados importantes princípios orientadores da Seguridade Social:

Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988).

O projeto de saúde sustentado pela Reforma Sanitária vinculava-se à concepção de Estado democrático e de direito, preconizando a responsabilidade estatal pelas políticas sociais e pelo desenvolvimento social e econômico. A Constituição Federal, em seu artigo 196, legitima a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O texto constitucional declara a saúde como direito social e determina a universalidade do acesso através de um sistema único. O SUS representou uma proposta inovadora para a área da saúde, consistindo em um novo sistema nacional partícipe da reestruturação da saúde brasileira. Nesse projeto de saúde, o setor privado passou a ter caráter complementar ao sistema único descentralizado e universal. Pode-se dizer conforme Bravo (2006) que a Constituição de 1988, representou “a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social” e “introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes” (p.9).

Em relação as concepções e diretrizes para a saúde preconizadas pelo movimento de reforma sanitária e instituídas pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde, evidencia-se:

- Universalização, garantindo a todos os brasileiros o acesso à saúde, que passam a ser considerados como cidadãos de direito à saúde, findando com a distinção entre segurado e não segurado.
- Participação social até então não instituída na política de saúde, preconizando a autonomia da sociedade civil perante o Estado, sendo, essa, uma demanda requerida por setores sociais, que vislumbravam participar das decisões do governo após longo período ditatorial.
- Descentralização das ações entre estados e municípios, porém sem desresponsabilização da união.
- Integralidade da atenção à saúde, dando-se prioridade para as ações preventivas

Torna-se evidente, a proposta de redirecionamento da política de saúde através do projeto vinculado à Reforma Sanitária, observa-se a manifestação de um novo projeto de saúde em contraposição às ações de cunho privatista até então vigente.

Uma década importante para a história da política pública no país foi a década de 1990. Mesmo com um cenário de avanços constitucionais, a conjuntura político econômica foi marcada pela desestabilidade do modelo do Estado de Bem-Estar Social, por meio da crítica ao intervencionismo estatal, propiciando o avanço da economia de mercado. Assistiu-se o redirecionamento do papel do Estado, em função do arrojamento da política econômica neoliberal. Investiu-se no alinhamento do Estado às leis do mercado, tornando-o promotor e regulador e privatizando suas funções. Economicamente, o cenário capitalista, à época, era de reestruturação produtiva. Estava em curso a terceira revolução industrial, por meio do desenvolvimento tecnológico e científico, sendo instaurado o Toyotismo como modelo de produção. Assistiu-se, no período, uma forte investida do grande capital.

O SUS fora institucionalizado ao findar da década de 1980 e, já nos primórdios dos anos 1990, tem sua implementação dificultada pelo governo de Fernando Collor de Mello, que vetou aspectos das primeiras leis propostas para tal. Em relação à implementação do projeto de saúde, Bravo afirma que:

no final da década de 1980, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados

concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988 (2006, p. 12)

O governo de cunho neoliberal que se instaurou na década de 1990 não deu continuidade ao projeto de saúde que vinha sendo instituído no Brasil, o qual estaria, então, na fase de implementação. Observou-se a intenção de desmonte da concepção de Seguridade Social proposta na Constituição Cidadã.

A política de saúde defendida pela Reforma Sanitária e instituída pela Constituição Federal de 1988 foi sendo desconstruída, não sendo cumpridas as disposições constitucionais para a área. Pelo contrário, foi resgatado o projeto de saúde vinculado ao mercado de cunho privatista, tornando-o hegemônico, suas principais propostas consistem em:

Caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1996, in BRAVO, 2006, p. 15).

Em relação à organização do SUS, foi proposta a segregação entre serviço básico e hospitalar, priorizando-se a assistência médico-hospitalar. Não se avançou em direção à estruturação do sistema a partir dos princípios estabelecidos, a estratégia neoliberal concebia a saúde de forma individualizada e fragmentada. A proposta para a saúde, então de cunho mercadológico isentava o Estado de seu provimento. Incentivou-se a responsabilização da sociedade civil pela saúde.

Em convergência à Política de Ajuste neoliberal, redireciona-se o papel do Estado frente às políticas sociais, dentre elas a saúde. “A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (COSTA, 1996, in BRAVO, 2006, p. 15).

Percebe-se que a política de saúde acompanhou a história político econômica brasileira, sendo determinada por diferentes propostas e configurações. Observa-se, também, que as forças políticas estão permanentemente em confronto, alternando-se hegemonicamente. Ainda, hoje, assiste-se a disputa entre os projetos para a saúde vinculado à Reforma Sanitária e Projeto de saúde privatista vinculado ao mercado.

O modelo de saúde privada instituído na década de 1990 se faz fortemente presente nos dias atuais. Assiste-se a crescente mercantilização da saúde, ampliando-se o assistencialismo e refilantropização concomitante à desresponsabilização do Estado. Essas investidas, de cunho neoliberal, refletem na saúde por meio da restrição do financiamento público, ênfase em programas focais, incentivo à dicotomia entre ações curativas e preventivas (CFESS, 2010).

O SUS proposto pelo movimento de Reforma Sanitária depara-se com grandes desafios na sua implementação frente às contrarreformas de cunho neoliberal. Ainda, tem-se o desmonte da Seguridade Social preconizada pela Constituição Federal de 1988. O cenário o atual de crise política brasileira vem promovendo o acirramento do desmantelamento das políticas sociais em prol do interesse do capital estrangeiro.

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde (CFESS, 2010, p. 21).

A construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde. Na Constituição de 1988 e as legislações delas derivadas para a saúde instituíram legalmente o SUS e seu funcionamento, estando ainda vigentes. Mesmo que o projeto de saúde vinculado à Reforma Sanitária não tenha sido consolidado no período histórico subsequente, faz-se necessário compreender o modo organizacional da política de saúde brasileira estabelecido pelas legislações do setor, sendo esse operacionalizado pelo SUS. Objetiva-se a aproximação com os modos, pelos quais o Estado propõe a atenção à saúde da população, mesmo que a condução da política não seja coerente com o texto constitucional e legal.

Conforme abordado nesse capítulo, a política de saúde constitui-se como política social, que compreende a proteção, promoção e recuperação da saúde e se operacionaliza através dos modos de atenção à saúde, sendo esses “[...] o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las” (Campos, 1989, p. 53). O modelo de atenção à saúde organiza o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), entendida como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011). Segundo a Constituição Federal no artigo 198: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988). No âmbito da legislação, a Portaria nº 4.279 de 30/12/2010 define as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS.

As Redes de Atenção à Saúde têm ligação fundamental com outro conceito organizacional do SUS: as Regiões de Saúde, sendo essas definidas como:

Território vivo composto por um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes

compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Segundo, o Decreto nº 7.508 de 28/06/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) em seu artigo 5º, “a Região de Saúde deve conter no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. ” Os artigos 6º e 7º dessa mesma legislação ainda referem que:

Art. 6º -As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º-As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde compreendem As Linhas de Cuidado, sendo essas “estruturas funcionais que perpassam de forma transversal uma ou mais RAS” (Ministério da Saúde, 2012, p.43). Segundo Franco & Franco,

“Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social” (p.1).

Para tanto, a discussão da Linha de cuidado para pessoas com obesidade, necessita de uma compreensão dos determinantes em saúde, bem como da análise da realidade, para poder se traçar uma concepção de cuidado, conforme se verá no próximo item deste capítulo.

2.2 MODOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO OBESA: LINHA ESTADUAL DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE DO RIO GRANDE DO SUL

A partir da análise da política de saúde no Brasil contemplada no item anterior, quando foi apresentado o modo organizacional do SUS, faz-se necessário discutir o modo de atenção em saúde da população obesa no Brasil. Para tanto, será analisada a assistência em saúde aos indivíduos com obesidade através dos serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, por meio da Linha de Cuidado Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade. Será priorizada a análise da obesidade em detrimento do sobrepeso e se optará pelo recorte etário, restringindo o olhar para a idade adulta, uma vez que a aproximação com a temática surge da relação empírica com um Programa de Cirurgia Bariátrica vinculado ao SUS.

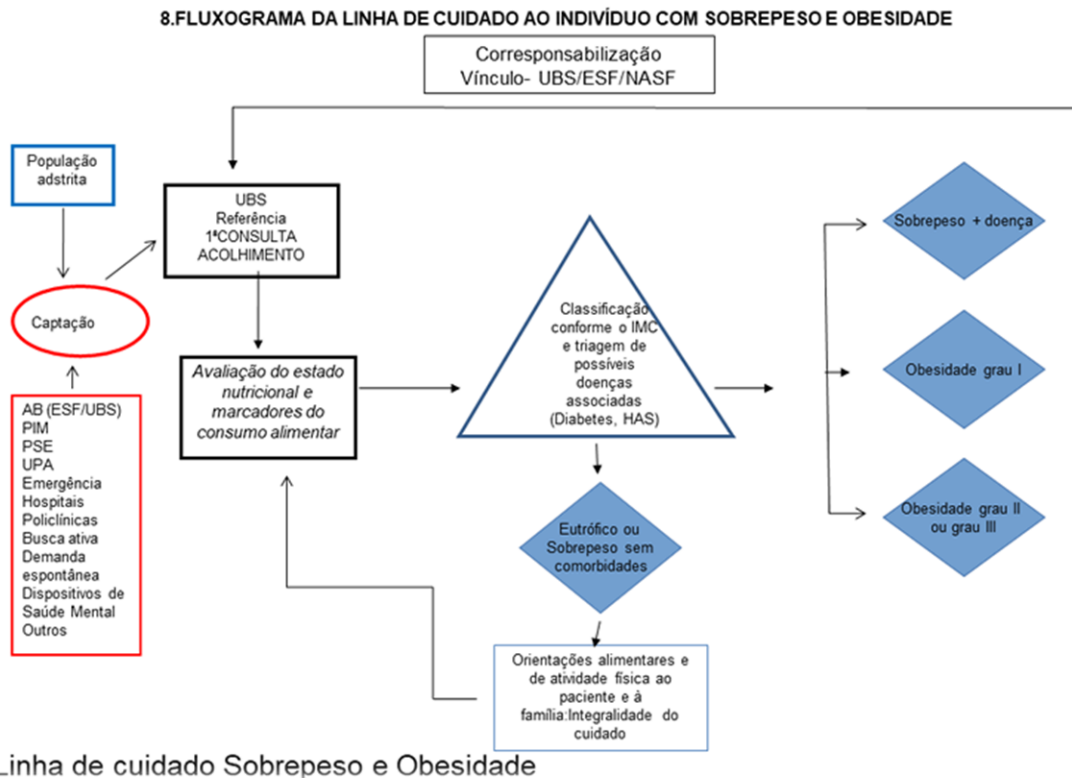
O Ministério da Saúde priorizou a construção de quatro redes temáticas prioritárias, estando entre elas as Doenças Crônicas. Os conceitos de condição aguda e condição crônica são

importantes para a organização dos serviços, segundo CONASS (2009), a condição crônica requer como ação de enfrentamento a continuidade do cuidado, constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um longo período de anos ou décadas. Segundo a mesma fonte “as condições crônicas abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos, doenças transmissíveis, não transmissíveis e incapacidades”. Em 2013, fora instituída a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, através da Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, atualmente revogada pela Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014.

No mesmo ano de 2013, fora promulgada a Portaria GM/ MS nº 424 de 10/03/2013, a qual definiu o tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária dentro dessa Rede de Atenção voltada às doenças crônicas. Assim como a Portaria GM/ MS nº 425, de 19/03/2013, que especifica a assistência de Alta Complexidade ao obeso, publicada no mesmo dia. Segundo a Portaria 424, “a obesidade é uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças e uma manifestação da insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases da vida” (BRASIL, 2013)

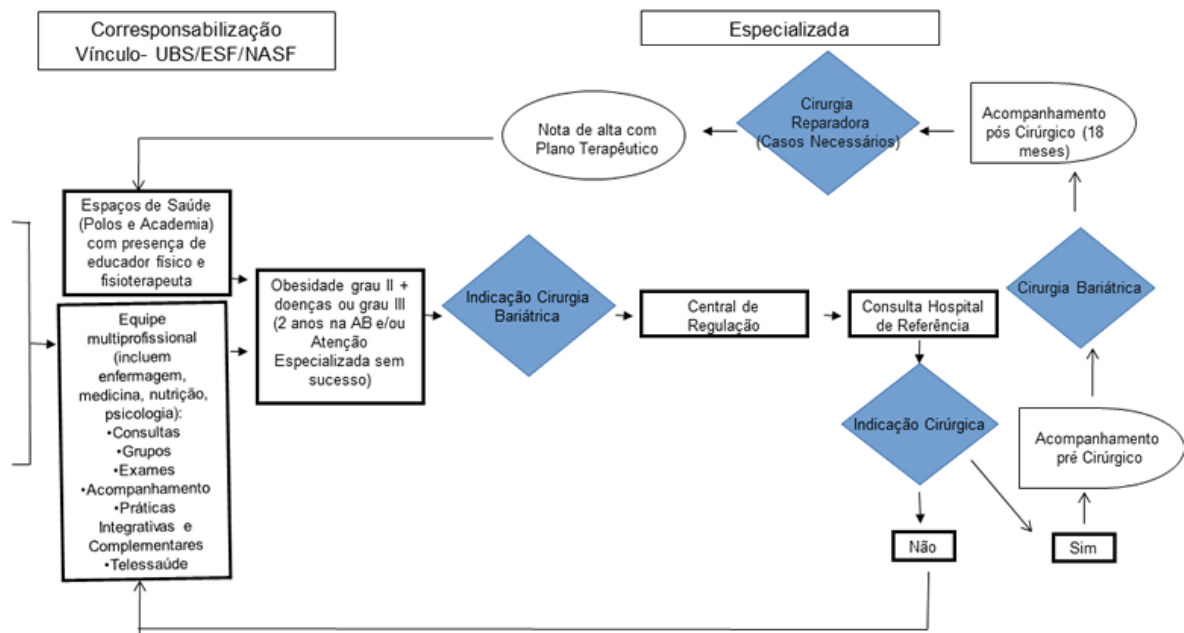
Então, conforme orientado pelas portarias supracitadas, o Estado do Rio Grande do Sul, em 2014, aprovou a Linha Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, por meio da Resolução nº 589/14 – CIB/RS. O Estado do Rio Grande do Sul é dividido, administrativamente, em 497 municípios, que estão distribuídos em 30 Regiões de Saúde, os quais compõem 19 Coordenadorias de Saúde (CRS), as quais compõem as 7 macrorregiões do Estado.

Figura 1 – Fluxograma da Linha de Cuidado ao Indivíduo com sobre peso e Obesidade



Fonte: Site da Atenção Básica do RS. Disponível em: < <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/linha-de-cuidado-do-sobrepeso-e-obesidade> > Acesso em: 15 de janeiro de 2018.

Figura 2 – Fluxograma da Linha de Cuidado ao Indivíduo com sobre peso e Obesidade

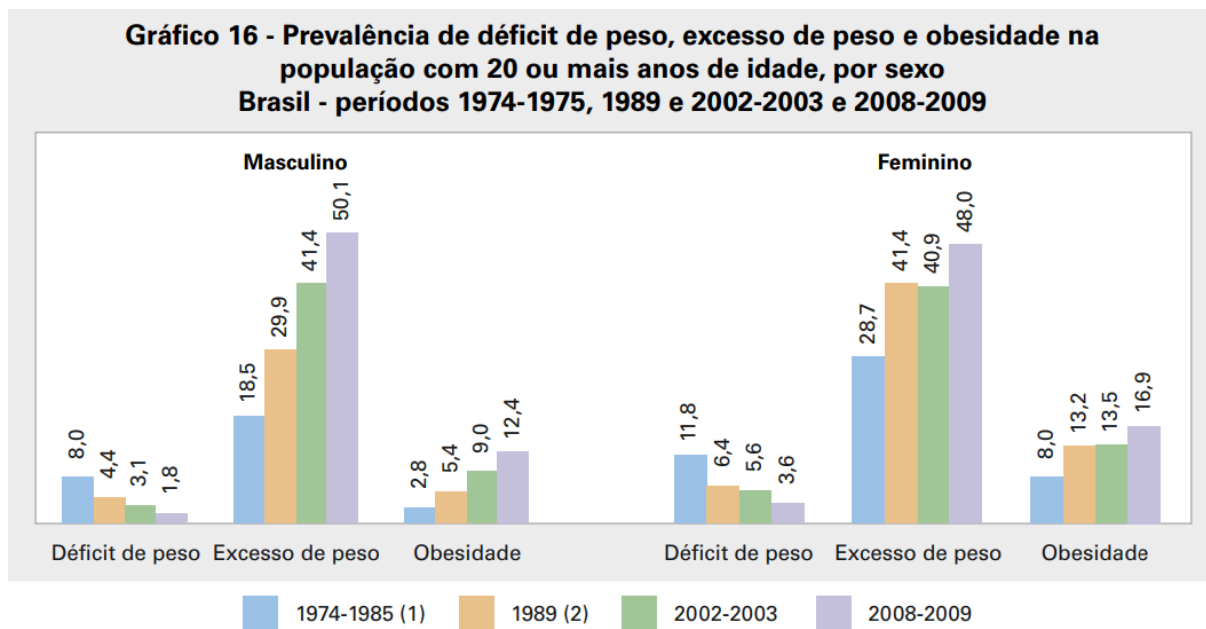


Fonte: Site da Atenção Básica do RS. Disponível em: < <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/linha-de-cuidado-do-sobrepeso-e-obesidade> > Acesso em: 15 de janeiro de 2018.

Segundo dados da VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) Brasil 2016, mais da metade da população adulta brasileira está acima do peso recomendado e 18,9% são obesos (Ministério da Saúde, 2017). Ainda, segundo dados da ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, a região sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) tem o maior índice de sobrepeso em adultos entre todas as regiões do país: 56,08% da população tem excesso de peso.

O número de pessoas com sobrepeso e obesidade vem crescendo fortemente em todo o mundo nas últimas décadas, especialmente nos últimos 50 anos. A doença vem sendo alarmada pelas autoridades de saúde como uma epidemia a nível mundial. O gráfico a seguir mostra o crescimento da doença, em detrimento do déficit de peso nas últimas décadas no Brasil.

Figura 3 – Gráfico do IBGE: Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo Brasil - períodos 1974-1975, 1989 e 2002-2003 e 2008-2009



Fontes: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Estudo Nacional da Despesa Familiar 1974-1975 e Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003/2008-2009; Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição 1989. Nota: Prevalência padronizada segundo a distribuição etária, em cada sexo, da população adulta brasileira em 2008-2009.

A obesidade é definida como o excesso de gordura corporal obtido através de maior oferta de calorias que gasto energético corporal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2008) que pode prejudicar a saúde do indivíduo. No entanto, é necessário enxergá-la para além desse conceito científico e restrito. A obesidade é “um problema de saúde pública que engendra e revela determinantes socioculturais da produção do processo saúde/doença individual e coletivo.” (IZIDORO, Rosane; LIMA, Tela C. S. 2012, p.146). Segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022:

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 8)

A obesidade, enquanto doença, é assistida majoritariamente pela política de saúde, ainda mais se considerarmos, até hoje, a presente lógica da saúde-doença sem seu conceito ampliado, sendo a saúde ainda medico-centrada e hospitalocêntrica. Entendendo a obesidade em suas

múltiplas determinações e preciso ampliar o olhar para o cuidado com a pessoa com obesidade, buscando ações intersetoriais que abranjam o sujeito na sua integralidade.

Entre as considerações trazidas pela Portaria nº 424, destacam-se: “a necessidade de garantir nos serviços de saúde a infraestrutura, bem como mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos indivíduos com obesidade” e “ a necessidade de ações de promoção e proteção da alimentação adequada e saudável, que incluem a educação alimentar e nutricional e a melhora da qualidade nutricional, o controle e a regulação de alimentos”. (BRASIL, 2013)

A Resolução nº 589/14, da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio Grande do Sul, principalmente em seu anexo, especifica as ações em saúde atribuídas a cada componente da Linha de Cuidado, indicando os direitos à saúde dos indivíduos com sobrepeso e obesidade em todos os níveis de atenção à saúde. A Resolução é embasada no que preconiza as Portarias nº 424 e 425 de 2013, do Ministério da Saúde, que **definem as diretrizes para a prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade e a assistência de Alta Complexidade ao indivíduo com obesidade.**

A Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade é um serviço contínuo, tendo em vista a caracterização da doença enquanto condição crônica. É ofertado a pessoas com sobrepeso e obesidade, tendo em vista os critérios de classificação do estado nutricional do indivíduo segundo o Índice de Massa Corporal (IMC)⁴. Dessa forma, as ações em saúde que tem como objetivo o tratamento da doença – serviços da Alta e Média Complexidade, por exemplo, assim como algumas atribuições da Atenção Básica- são seletivas, pois destinam-se exclusivamente à pessoa com sobrepeso ou obesidade. No entanto, a Linha de Cuidado também preconiza a prevenção da doença – através dos serviços da Atenção Básica- e, nesse sentido, tem caráter universal.

Os serviços que compreendem a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade são reconhecidos como direitos de toda pessoa com excesso de peso ou obesidade. O acesso a esses direitos é não contributivo, pois os serviços de saúde são financiados por tributos e garantem acesso independente da arrecadação de impostos.

Os serviços que fazem parte da atenção ao indivíduo com sobrepeso e obesidade compreendem⁵:

- Diagnóstico da população assistida pelo SUS, a fim de identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade;

⁴ Segundo a Portaria GM/ MS nº 424 de 10/03/2013, artigo 3º.

⁵ Segundo a Portaria GM/ MS nº 424 de 10/03/2013

- Vigilância alimentar e nutricional;
- Assistência terapêutica multiprofissional nos três níveis de atenção à saúde conforme as estratificações de risco;
- Acolhimento;
- Tratamento cirúrgico para a obesidade;
- Assistência terapêutica multiprofissional pré e pós cirúrgica;
- Cirurgia plástica reparadora aos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade;
- Exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade;
- Assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico;
- Transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

No que diz respeito à abrangência, de acordo com Boschetti (2009), é necessário relacionar o número de pessoas beneficiadas ao universo que a política deveria se destinar. Dessa maneira, para revelar o alcance dos serviços em saúde que compõe a Linha Estadual de Cuidado do Sopreso e Obesidade dentro do Estado do Rio Grande do Sul, se faz necessário identificar e caracterizar a população com sobrepeso e obesidade no Estado.

Preliminarmente, se faz necessário explicitar que a classificação do estado nutricional do indivíduo é realizada a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos. Segundo a Portaria nº 424 de 2013, o sobrepeso é diagnosticado em adultos com IMC igual ou maior a 25 kg/m² e a obesidade quando o IMC é igual ou maior do que 30 kg/m².

Segundo dados da VIGITEL Brasil 2016, 53,8% da população adulta tem excesso de peso entre as 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, onde foi realizado o levantamento. Ou seja, mais da metade da população adulta está acima do peso no Brasil. Os dados ainda apontam que a maior frequência de sobrepeso está entre os homens: 57,7% deles encontram-se com excesso de peso e 50,5% das mulheres sofrem do mesmo problema.

Em relação à obesidade, os dados mostram que 18,9% dos adultos, no conjunto das 37 cidades, são obesos. Ao contrário do sobrepeso, a obesidade tem maior frequência entre as mulheres: 19,6% delas são obesas e 18,1% dos homens também.

Segundo o sistema Vigitel, entre os anos 2006 e 2016, houve uma evolução desfavorável dos indicadores de excesso de peso e obesidade, a população adulta com excesso de peso

aumentou em média 1, 21 pontos percentuais ao ano e com obesidade 0,73% pontos percentuais ao ano.

Tabela 1 - Indicadores do Vigitel de excesso de peso e obesidade. População adulta (≥ 18 anos) de ambos os sexos das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal (2006-2016)

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Varição anual média (em pp)*
% com excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{kg/m}^2$)	42,6	43,4	44,9	46,0	48,2	48,8	51,0	50,8	52,5	53,9	53,8	1,21
% com obesidade ($IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$)	11,8	13,3	13,7	14,3	15,1	16,0	17,4	17,5	17,9	18,9	18,9	0,73

Fonte VIGITEL BRASIL 2016, 2016 *Elaboração da autora

A Região Sul do país, a qual compreende os estados Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, apresenta o maior índice de sobrepeso entre a população adulta. Segundo dados da ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica), 56,08% deles estão com excesso de peso. A associação baseou-se no levantamento realizado pelo IBGE através da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF nos anos de 2008-2009.

O site G1 RS⁶, de responsabilidade do Grupo RBS, publicou em 2015 que, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 pelo IBGE, o Estado do Rio Grande do Sul tem o maior índice de pessoas com sobrepeso no Brasil: 63% da população tem excesso de peso, superando a média nacional de 56,9%. Segundo dados da FEE (Fundação e Economia e Estatística) do Rio Grande do Sul, o Estado tinha uma população total de 11.164.043 de habitantes em 2013 – mesmo ano da realização da Pesquisa Nacional de Saúde, sendo que 8.556.805 habitantes tinham idade igual ou superior a 18 anos. Se considerarmos que a pesquisa levantou o percentual em pessoas acima de 18 anos, é possível identificar que 5.390.787,15 pessoas maiores de idade tinham sobrepeso em 2013. Percebe-se que as duas principais

⁶ Toma-se como referência a publicação desse meio de comunicação devido à dificuldade de acesso aos resultados diretamente nos meios eletrônicos do IBGE.

legislações, no que se refere à atenção ao indivíduo com sobrepeso e obesidade (Portaria 424 e 425 de março de 2013), foram publicadas nesse mesmo ano de 2013.

No entanto, a Linha de Cuidado Estadual do Sobrepeso e Obesidade do Rio Grande do Sul fora instituída somente em 2014. Nesse ano, o estado contatava com uma população de 11.247.972 habitantes. Já no ano de 2017, o IBGE indica a estimativa de 11.322.985 de habitantes, é importante considerar que os índices de sobrepeso e obesidade ainda estão crescendo no país conforme aponta os dados da VIGITEL Brasil 2016.

Os serviços de saúde da Linha Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, considerando a prevenção das doenças, abrangem toda a população do Estado do Rio Grande do Sul, tendo em vista a universalidade do acesso à saúde. No entanto, no que se referem ao tratamento do sobrepeso e da obesidade, os serviços de saúde voltam-se somente para os indivíduos com as doenças supracitadas.

A Linha Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Rio Grande do Sul conta com 6 hospitais habilitados como Unidade de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, sendo eles: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital São Lucas da PUC, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Universitário de Canoas, Hospital Caridade de Santo Ângelo e Hospital Geral de Caxias do Sul. Nota-se que 3 unidades situam-se em Porto Alegre e as outras 3 em outros municípios do Estado, sendo que uma delas encontra-se na Grande Porto Alegre.

Dessa maneira, os municípios do Estado do Rio Grande do Sul estão distribuídos em 6 Linhas de Cuidado, cada uma delas conta com uma das Unidades de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade citadas acima. As 30 Regiões de Saúde do Estado estão distribuídas nas Linhas de Cuidado. Estando, assim, organizadas:

Linha de Cuidado das Regiões de Saúde 11, 12, 13,14 e 15;

- Hospital de Santo Ângelo

Linha de Cuidado das Regiões de Saúde 8, 28, 29 e 30;

- Hospital Universitário de Canoas

Linha de Cuidado das Regiões de Saúde 23, 24, 25 e 26

- Hospital Geral de Caxias do Sul

Linha de Cuidado das Regiões de Saúde 4, 5, 9 e 10

- Hospital São Lucas da PUC

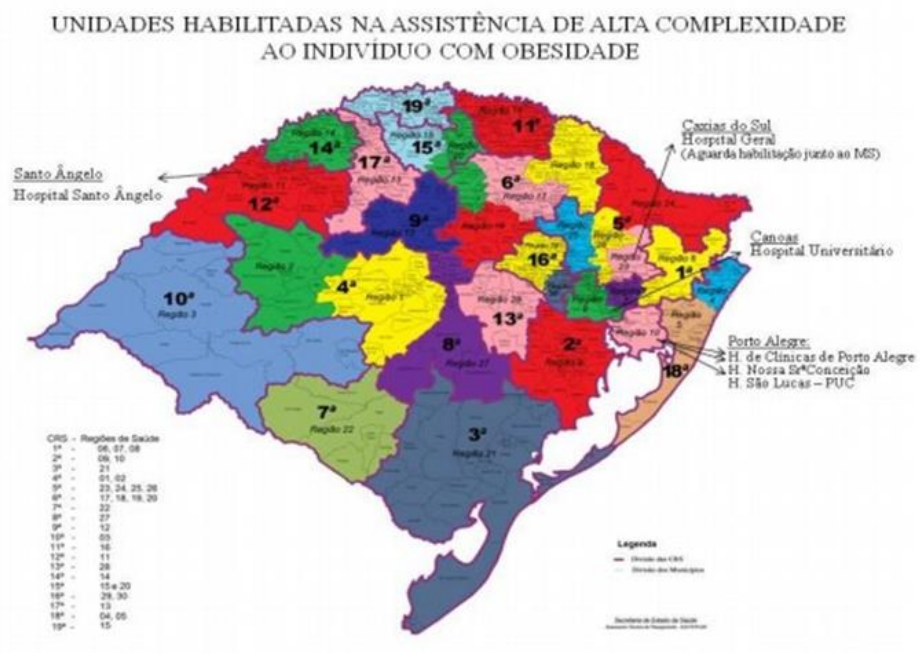
Linha de Cuidado das Regiões de Saúde 6, 7, 16, 17, 18, 19, 20 e 27

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Linha de Cuidado das Regiões de Saúde: 1,2,3,21 e 22

- Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre

Figura 4 – Mapa de localização dos hospitais habilitados para a realização de cirurgia bariátrica



Fonte: Anexo da Resolução nº 589/14 – CIB/RS, 2014.

Tendo em vista a implementação e execução das linhas de cuidado, é fundamental identificar as estruturas de serviços existentes em cada município e regiões de saúde para atender a população alvo. Tabela a seguir mostra os serviços existentes em cada uma das seis linhas de cuidado conforme o anexo da Resolução 589/14.

Tabela 2 – Serviços de saúde existentes para atender a população com sobrepeso e obesidade em cada uma das 6 Linhas de Cuidado do estado do Rio Grande do Sul.

<p style="text-align: center;">Linha de Cuidado das Regiões de Saúde 11, 12, 13,14 e 15 (119 municípios, com 1.154.352 hab.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 245 UBS's, 245 UBS's com ESF, 40 NASF's e 91 Academias de Saúde; ✓ Rede de Urgência e Emergência com uma moto, 31 Ambulâncias Básicas, cinco (5) Ambulâncias Avançadas e sete (7) UPA's ✓ Hospital de Santo Ângelo
<p style="text-align: center;">Linha de Cuidado das Regiões de Saúde 8, 28, 29 e 30 (68 municípios, com 1.385.236 hab.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 180 UBS's, 116 UBS's com ESF, nove (9) NASF's e 59 Academias de Saúde ✓ Rede de Urgência e Emergência com três (3) veículos de intervenção rápida, quatro (4) motos, 21 Ambulâncias Básicas, nove (9) Ambulâncias Avançadas e sete (7) UPA's ✓ Hospital Universitário de Canoas
<p style="text-align: center;">Linha de Cuidado das Regiões de Saúde 23, 24, 25 e 26 (49 municípios, com 1.098.727 hab.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 132 UBS's, 99 UBS's com ESF, sete (7) NASF's e 42 Academias de Saúde; ✓ Rede de Urgência e Emergência com 21 Ambulâncias Básicas, duas (2) Ambulâncias Avançadas e cinco (5) UPA's ✓ Hospital Geral de Caxias do Sul
<p style="text-align: center;">Linha de Cuidado das Regiões de Saúde 4, 5, 9 e 10 (48 municípios, com 2.978.644 hab.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 253 UBS's, 209 UBS's com ESF, 11 NASF's e 36 Academias de Saúde ✓ Rede de Urgência e Emergência com quatro (4) veículos de intervenção rápida, 36 Ambulâncias Básicas, 14 Ambulâncias Avançadas e 10 UPA's ✓ Hospital São Lucas da PUC, Porto Alegre
<p style="text-align: center;">Linha de Cuidado das Regiões de Saúde 6, 7, 16, 17, 18, 19, 20 e 27 (142 municípios, com 2.118.632 hab.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 324 UBS's, 256 UBS's com ESF, 11NASF's e 103 Academias de Saúde ✓ Rede de Urgência e Emergência com 3 veículos de intervenção rápida, uma (1) moto, 37 Ambulâncias Básicas, cinco (5) Ambulâncias Avançadas e sete (7) UPA's

- ✓ Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Linha de Cuidado das Regiões de Saúde: 1,2,3,21 e 22

(71 municípios, com 2.032.368 hab.)

- ✓ 348 UBS's, 165 UBS's com ESF, 17 NASF's e 44 Academias de Saúde
- ✓ Rede de Urgência e Emergência com uma moto, 41 Ambulâncias Básicas, cinco (5) Ambulâncias Avançadas e duas (2) UPA's
- ✓ Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre

Fonte Resolução 589/15 CIB/RS, 2016. *Elaboração da autora

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; EFS – Estratégia Saúde da Família; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

A Portaria GM/ MS nº 424 de 10/03/2013 indica como diretriz para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade a “articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável” (BRASIL, 2013). A mesma legislação indica como atribuição da Atenção Básica:

Realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física (BRASIL, 2013).

Em relação a articulação intersetorial, a Resolução nº 589/14, do Estado do Rio Grande do Sul indica que:

No campo das políticas públicas atualmente a resposta mais adequada parece ser a conjugação de esforços intersetoriais e multidisciplinares para a implementação de ações articulada e condizentes com a necessidade do perfil de saúde e nutrição da população. Dentro desse propósito é imperativo a inclusão, na agenda da saúde de intervenções capazes de prevenir e evitar os agravos a saúde e os desfechos ocasionados pela transição demográfica e nutricional, destacando o papel 13 privilegiado de atuação a Estratégia Saúde da Família (ESF) (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

No que concerne a articulação com outras políticas sociais, é possível identificar legislações pertencentes a outras políticas que se refiram a direitos assegurados aos indivíduos com obesidade e, dessa maneira, colaboram para a assistência à essa população.

É possível identificar articulação legal com as políticas de Previdência Social e Assistência Social por meio dos benefícios de Auxílio Doenças e Benefício de Prestação Continuada, ambos contemplam, conforme seus critérios, os indivíduos com obesidade. Segundo a Lei Orgânica da Previdência Social (lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960): “O auxílio-doença será devido ao segurado que, após 12 (doze) contribuições mensais, ficar incapacitado para seu trabalho por prazo superior a 15 (quinze) dias” (BRASIL, 1960). Assim

como, a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993), aponta que:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993).

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) conforme determina a Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde: “Art. 198. [...] § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988). Tendo em vista o financiamento da Linha Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, a Portaria 424 de 2013 define que:

Art. 2º [...] III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da **garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo** e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

VII - garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

A Portaria especifica as fontes de financiamento do que tange aos serviços da Atenção Básica e da Alta Complexidade:

Art. 7º O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da **Atenção Básica** será realizado por meio do **Piso de Atenção Básica**, do **Piso de Vigilância e Promoção da Saúde**, do **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**, do **Programa Academia da Saúde**, do **Programa Saúde na Escola**, dos **Núcleos de Apoio à Saúde da Família** e do **apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional**.

Art. 8º O financiamento da organização das ações e serviços no âmbito do Componente **Atenção Especializada** será realizado conforme ato normativo específico do Ministério da Saúde, mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e estará condicionado à construção regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.

A Portaria 425 de 2013, que trata da Assistência de Alta Complexidade ao obeso, também indica fontes de financiamento para os serviços dessa complexidade:

Art. 6º Para os estabelecimentos que forem habilitados pelos critérios definidos no Anexo II a esta Portaria será concedido incremento no valor dos exames, quando realizados no pré-operatório de indivíduos com obesidade grau III e grau II associada à comorbidades, e que serão financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Art. 7º Fica definido que terão **incrementos** no componente SA (SERVIÇO AMBULATORIAL) os procedimentos relacionados quando realizados em estabelecimentos habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03) no pré-operatório de pacientes com os CID E66.0; E66.2; E66.8; e, E66.9.

Art. 24. Fica estabelecido que os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, correrão por conta do **orçamento do Ministério da Saúde**, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Em relação a organizações não governamentais promovidas pela sociedade civil referentes ao cuidado em saúde da população obesa, existe, no Estado, a Associação Brasileira de Apoio aos Operados Bariátricos (ABAOb), sendo essa uma OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público). A associação tem sua sede em Porto Alegre e se dedica ao cuidado de operados bariátricos e pessoas com sobrepeso.

A Associação tem como missão, visão e valores⁷, respectivamente:

Ser a associação de referência em cuidados com os operados bariátricos e das pessoas com sobrepeso, levando a informação e adquirindo direitos. Promovendo ações que conscientize sobre os riscos pós-cirúrgicos e da obesidade em todas as idades, com imparcialidade, integridade e clareza respeitando os princípios éticos

Tornar-se uma referência nacional junto à população brasileira, como representantes sociais dos operados bariátricos e pessoas com sobrepeso, defendendo os seus direitos, fiscalizando as questões pertinentes a cirurgia bariátrica, promovendo ações de combate à obesidade e sedentarismo, aproximando as equipes multidisciplinares dos pacientes, disseminando boas práticas para uma vida saudável.

Garantir o respeito, direitos e integridade à saúde dos operados bariátricos e das pessoas com sobre peso de todas as idades, sem distinção de classes, com transparência, respeito, responsabilidade social e ética.

A organização engloba a GABSul (Associação Rio-Grandense de Apoio ao Operado Bariátrico), a qual originou a associação tal como é hoje. A associação tem como projetos: Projeto DESOBESA BRASIL, Projeto DESOBESA BRASIL NAS ESCOLAS (Vida e Saúde em parceria com Desobesa Brasil na Escola) e Projeto POA ESPORTCHE. Em parceria com apoiadores, a Associação promove diversos eventos com o objetivo de orientar e esclarecer sobre a cirurgia bariátrica.

A organização não integra a Linha Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Rio Grande do Sul, não existe nenhum tipo de parceria com o governo. Os serviços prestados não substituem os serviços previstos pela Linha de Cuidado.

⁷ Site: <http://www.bariatricosdobrasil.com.br/abaob.php>. Acesso em 15 de janeiro de 2018.

No que tange a participação e o controle social no SUS, a Lei nº 8.142 de 1990 - Lei Orgânica da Saúde – trata especialmente do assunto. A legislação dispõe sobre o papel da participação social no Sistema Único de Saúde e institui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo. É importante apontar que, segundo essa legislação, o recebimento de recursos financeiros pelos municípios está condicionado à existência do Conselho Municipal de Saúde. Além desse, existem os Conselhos Estadual e Nacional de Saúde.

Não foi encontrado espaço de participação social específico para a população com obesidade no âmbito do SUS, ou mesmo que se voltassem às doenças crônicas. Dessa maneira, as instâncias de participação da política de saúde, as quais foram apontadas acima, constituem as possibilidades de espaços de participação para a população específica abordada nesse trabalho.

A Linha Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Estado do Rio Grande do Sul foi instituída recentemente e, por isso, não tem grande histórico. A Linha, na verdade, ainda está em implementação. A gestão em saúde do estado ainda está trabalhando no levantamento de informações sobre os serviços de saúde locais existentes e orientando as regiões de saúde na elaboração e implementação das linhas regionais de cuidado. Dessa maneira, tornar-se mais difícil encontrar dados concretos qualitativos e quantitativos dos serviços prestados pela linha.

3. APROXIMAÇÕES COM O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO COM PESSOAS COM OBESIDADE NO CAMPO DA SAÚDE

O presente capítulo trata da relação do Serviço Social brasileiro com a área da saúde, de modo a refletir sobre trabalho do/a assistente social nessa política, em especial ao que se refere ao atendimento à população obesa. Tal discussão surge do processo de Estágio Obrigatório em Serviço Social na política de saúde com a temática da obesidade e conforma-se como subsídio para a reflexão sobre a inserção no campo de estágio.

O segundo item desse capítulo apresenta a experiência de estágio no Programa de Cirurgia Bariátrica de um hospital escola, a qual será compartilhada a partir do projeto de intervenção elaborado e aplicado pela estudante estagiária no espaço sócio ocupacional. Nesse momento, discute-se os processos de trabalho instituídos no campo da saúde com pessoas com obesidade em articulação com a perspectiva teórica manifesta no Projeto Ético Político do Serviço Social.

3.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO PROFISSIONAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

O Serviço Social manifesta-se como profissão na sociedade, constituindo-se como “especialização do trabalho coletivo, inscrito da divisão social e técnica do trabalho” (IAMAMOTO, 2007 p.10). A profissão surge, no âmbito do capitalismo monopolista, para responder às expressões da questão social, sendo, essa, a manifestação da desigualdade intrínseca ao próprio modo de acumulação capitalista. O Serviço Social, enquanto profissão, tem sua existência e permanência condicionada à sua funcionalidade na divisão sócio-técnica do trabalho do modo de produção vigente.

A concepção de trabalho trata-se de um conceito caro ao Serviço Social, sendo uma compreensão construída historicamente pela profissão. Revela um veio analítico incorporado pela categoria após a década de 1980, momento em que se dá o amadurecimento profissional. Emerge-se o Serviço Social crítico como produto da vertente de ruptura, o qual estabelece uma interlocução com o marxismo. Nesse momento, a categoria propõe uma releitura de seu significado social, compreende-se enquanto especialização do trabalho coletivo. O trabalho passa a ser categoria central. Nesse sentido, Panozzo aponta que “o trabalho é o mediador

concreto das relações sociais e, assim, é o fundamento para a compreensão do Serviço Social inserido nos processos de trabalho da sociedade” (2009, p. 25).

Destaca-se que a concepção de trabalho parte da teoria crítica e define que:

Como criador de valores de uso, como trabalho útil, o trabalho é, assim, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas sociais, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana (MARX, p.120).

Compreende-se que, na sociedade capitalista, o trabalho, sendo esse apropriado pelo capital, se reproduz através da relação de exploração da classe subalterna - que vivem do trabalho- pela classe detentora de capital. Esta contradição entre o capital e trabalho dá origem a chamada questão social, a qual se expressa na vida dos sujeitos. As expressões da questão social constituem o objeto do trabalho profissional dos assistentes sociais. Segundo Iamamoto:

Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (...) que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. (2007, p. 27e 28).

A questão social constitui-se como base de fundação sócio-histórica do Serviço Social, provocando a necessidade da ação profissional frente às relações sociais. A partir disso, se estabelece o significado social da profissão, uma vez que o Serviço Social reconhece-se como profissão que atua na contradição entre o capital e trabalho e assume compromisso com as necessidades sociais produzidas pelo conjunto da classe trabalhadora.

O assistente social constitui-se, portanto, como um trabalhador especializado assalariado inserido no modo de produção capitalista, vivenciando as condições objetivas e subjetivas imposta por este. Dessa maneira, os assistentes sociais têm seu exercício profissional inscrito no âmbito de processos e relações de trabalho. Enquanto trabalhador pauta sua intervenção profissional no enfrentamento das expressões da questão social materializada na vida dos sujeitos.

Nos processos de trabalho realizados pelo assistente social, as dimensões da prática profissional estão presentes simultânea e integradamente para uma intervenção de qualidade. “No saber-fazer-bem o conhecimento está entrelaçado com o ético, o teórico e o metodológico” (LEWGOY, Alzira Maria Baptista, 2009, p.163). As três dimensões da competência profissional coexistem e devem ser preconizadas na intervenção da assistente social.

O assistente social insere-se nas instituições públicas estatais, empresas privadas e no terceiro setor. Iamamoto (2009), a partir da pesquisa realizada pelo CFESS em 2005, aponta

que, no Brasil, os assistentes sociais atuam majoritariamente em instituições públicas de natureza estatal, caracterizando-se, predominantemente, como funcionários públicos. Esse profissional atua nas diferentes políticas sociais, sendo requisitado para a formulação, planejamento e execução de políticas sociais, inserindo-se prioritariamente nas políticas que compõem o tripé da Seguridade Social, estando entre elas a saúde.

O Serviço Social relaciona-se fortemente com a área da saúde, inserindo-se historicamente nesse setor. Matos aponta que “a saúde é historicamente o maior campo de trabalho dos assistentes sociais” (2013, p. 55), sendo de fundamental importância a interlocução da profissão com esse setor na história do Serviço Social. Segundo Martinelli, “é bastante intensa a relação do Serviço Social com a área da saúde. Mais do que intensa, tal relação é, na verdade, histórica, sendo mesmo constitutiva de sua identidade profissional” (2003, p. 9).

De acordo com Martinelli (2003), o Serviço Social origina-se, nos Estados Unidos, por meio de sua inserção no campo da saúde através da visita domiciliar proposta por Mary Richmond como estratégia do fazer profissional. Essa pioneira da profissão valeu-se da estratégia operacional de “visitadores de saúde” concebida na área da enfermagem. Por meio dessa função de visitador domiciliar, o Serviço Social passou a compor as equipes de saúde ainda no fim do século XIX nos Estados Unidos.

Ainda nos Estados Unidos, foi criado o primeiro “Serviço Social Médico” em 1905 por meio da inserção da profissão no Hospital Geral de Massachussets, sendo requerido para o diagnóstico e tratamento médico-social junto à equipe de saúde. Posteriormente, outros hospitais do país demandaram a participação desse profissional (MARTINELLI, 2003).

No Brasil, de acordo com Martinelli (2003), já na década de 1930, em concomitância com o nascedouro da profissão no país, havia atividade profissional de assistentes sociais na saúde. Nessa década, ocorreu o processo de institucionalização do Serviço Social no Brasil, dando início a sua profissionalização. A década de 1940, no Brasil, foi marcada pela implantação de um novo modelo de saúde centralizado na assistência médica hospitalar e curativa. Nesse período, a saúde passou a se constituir como maior campo de atuação do Serviço Social, inserindo-se predominantemente na área hospitalar.

Assim como nos EUA, os assistentes sociais, no Brasil, inseriram-se nos hospitais compondo a equipe de saúde por meio do Serviço Social Médico. Segundo Matos:

Na área da saúde, o Serviço Social surge nos hospitais com a demanda de construir um elo da instituição com a família e com o usuário, visando a garantir o seu tratamento após a alta [...] A intervenção do assistente social era baseada no atendimento, com recurso à metodologia do Serviço Social de Casos (2013, p.57).

O Serviço Social Médico é cunhado na perspectiva⁸ presente à época de atribuir teorias e metodologia próprias para cada processo interventivo ou tipo de instituição. O Serviço Social, assim como os demais profissionais da saúde, se inseriu nos serviços de saúde a partir do modelo médico clínico, no qual o médico assumia a centralidade das ações e o papel de gestor, atribuindo caráter complementar para as demais profissões. Aos demais profissionais cabia qualificar o trabalho do médico (MATOS, 2013).

A atuação do assistente social se fazia no sentido de estimular os esforços, as capacidades e a responsabilidade do paciente com o tratamento médico e/ou hospitalar, de intermediar a relação, paciente/ médico/ organização, de dar seguimento ao tratamento médico proporcionando condições para tal. Contribuía ainda para a efetividade da administração hospitalar (Marsiglia et al, 2016, p.43).

Na inserção na saúde, o assistente social era atrelado ao trabalho com famílias, a profissão utilizava-se, prioritariamente, a entrevista para atender aos pacientes e seus familiares. O Serviço Social, utilizando-se da metodologia do Serviço Social de Caso, vinculava-se a compreensão de culpabilização dos sujeitos por sua situação social, entendendo-a como consequência de seu comportamento.

Esse modelo funcionalista, baseado no Positivismo, demarcou o Serviço Social Tripartite, baseado nas teorias do Serviço Social de Caso, do Serviço Social de Grupo e do Serviço Social de Comunidade, incorporando instrumentos, técnicas e modelos norte-americanos (PANOZZO, 2009, p. 40).

Na década de 1950, o Serviço Social, alinhado à perspectiva de política desenvolvimentista que marcava a conjuntura brasileira e latino americana, aponta para o Serviço Social de Comunidade, entendendo-o como mais uma especificidade da prática profissional. Neste período se tinha uma atuação burocrática e psicologizante, com forte viés centralizador no problema da doença. A década de 1960, é de extrema importância para o Serviço Social como um todo, pois é neste período que ocorre uma preocupação de inserir a profissão numa matriz teórico-metodológica, a partir do Movimento de Reconceituação. É neste momento que há um direcionamento do serviço social para a teoria social crítica, identificado a necessidade de pensar no seu significado social. Nesta época há uma grande inserção nos espaços da assistência médica e previdenciária (Bravo, 1996), e que dará sequência na década seguinte-1970- com o intuito de “mobilizar as capacidades próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com vistas a integração psicossocial dos beneficiários” (p. 103).

A década de 1980 representou um marco na construção da profissão no Brasil dando continuidade a um do processo histórico iniciado pelo Movimento de Reconceituação na década de 1960, quando iniciaram os questionamentos em torno da profissão. Como abordado

⁸ Nas décadas de 1940 e 1950, o Serviço Social brasileiro pautava sua prática profissional nas teorias de “Serviço Social de Caso”, “Serviço Social de Grupo” e “Serviço Social de Comunidade”.

anteriormente, houve um processo de conscientização da profissão quanto ao seu significado social. O Serviço Social passa a se compreender como especialização do trabalho coletivo, destacando-o como categoria central. Passa-se a compreender o assistente social como trabalhador assalariado atrelado a um projeto profissional construído historicamente pela categoria em interlocução com um projeto societário mais amplo. A respeito disso, Netto, revela que:

A experiência histórica demonstra que, tendo em seu núcleo a marca da classe social, a cujos interesses essenciais respondem, os projetos societários constituem estruturas flexíveis e cambiantes: incorporam novas demandas e aspirações, transformam-se e se renovam conforme as conjunturas históricas e políticas (2006, p.143).

Na trajetória do Serviço Social, os anos 1980 representaram um momento de ruptura, caracterizado pela construção de um novo projeto ético-político vinculado a um projeto societário radicalmente democrático, a partir do amadurecimento da vertente marxista. Segundo Iamamoto:

Esse rumo ético-político requer um profissional informado, culto, crítico e competente. [...] O requisito é, ao inverso, uma competência crítica capaz de decifrar a gênese dos processos sociais, suas desigualdades e as estratégias de ação para enfrenta-las. Supõe competência teórica e fidelidade ao movimento da realidade; competência técnica e ético-política que subordine o “como fazer ao “o que fazer” e, este, ao “dever ser, sem perder de vista seu enraizamento no processo social.” (2007, p. 79-80)

Na década de 1990 são instituídos documentos importantes no âmbito do Serviço Social como resultado do processo histórico de redirecionamento da profissão, em 1993 é publicado o Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação (Lei 8.662 de 1993) e, em 1996, as Diretrizes Curriculares. Esses documentos representam a materialidade concreta do projeto ético político do Serviço Social, o qual fundamenta-se na teoria social crítica. Segundo Iamamoto “o Código de Ética nos indica um rumo ético-político, um horizonte para o exercício profissional. O desafio é a materialização dos princípios éticos na cotidianidade do trabalho, evitando que se transformem em indicativos abstratos, descolados do processo social. ” (IAMAMOTO, 2007, p. 77) Na área da saúde, segundo Matos, “a partir dos anos 1990 podemos afirmar que há uma incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da reforma sanitária, que se constituem, na sua maioria, dos princípios do SUS” (MATOS, 2013, p. 59).

Em termos de lei, a inserção do Serviço Social como profissão da saúde se institui através da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 2018, de 6 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais da saúde. Além disso, no âmbito da categoria, o conselho profissional afirmou tal caracterização por meio da promulgação da Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, a qual caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

Em 2010, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publica os “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde” com a finalidade de orientar o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, tendo em vista as atribuições e competências profissionais no setor. O documento estabelece “orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde” (CFESS, 2010, p. 11-12).

O documento situa o trabalho dos assistentes sociais na saúde em quatro grandes eixos: atendimento direto ao usuário; mobilização, participação, e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. A partir disso, são indicadas as principais ações atribuídas aos assistentes sociais em cada um deles. Ainda, o eixo “atendimento direto ao usuário” se desdobra em três: ações socioassistenciais; ações de articulação com a equipe de saúde; ações socioeducativa.

Os Parâmetros de Atuação apontam para as particularidades da intervenção profissional na política de saúde, indicando demandas requeridas ao Serviço Social e sistematizando ações como respostas profissionais. Esse documento constituiu subsídio teórico prático na inserção no campo de estágio na área da saúde, promovendo a mediação teórica para a construção de processos de trabalho alinhados ao projeto ético-político profissional. O primeiro eixo indicado no documento, “atendimento direto ao usuário” constituiu a principal referência para a elaboração do projeto de intervenção desenvolvido no campo de estágio, esse processo será abordado no próximo item.

Pode-se dizer que os campos de atuação do assistente social, se configuram desde a atenção básica, em equipes multidisciplinares, atenção especializada, e ainda, na alta complexidade, sendo de fundamental importância em todos os níveis de saúde, a compreensão dos determinantes em saúde, para reconhecer a saúde como um direito social. Tendo as expressões da questão social como objeto profissional, os assistentes sociais inseridos na política de saúde necessitam abranger a concepção de determinantes sociais da saúde como objetivo de suas intervenções.

O objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. (CFESS, 2010, p. 28)

O Serviço Social, tendo em vista as perspectivas indicadas pelo projeto ético político, compreende a saúde em sua concepção ampliada, entendendo-a como uma acumulação social e considerando as condições sociais de vida no processo saúde-doença. Indica-se como fatores

determinantes e condicionantes da saúde: “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Segundo Martinelli, “o próprio processo de adoecer tem determinações sociais, uma vez que há fatores sócio-políticos, econômicos e culturais que pesam no engendramento das doenças “ (2003, p.12).

O período histórico atual abarca processos societários que afetam diretamente o conjunto da vida social e, por consequência, incidem fortemente sobre a profissão e seus espaços sócio-ocupacionais. Tais processos determinam seus processos de trabalho, seu alicerce teórico e sobre os espaços sócio ocupacionais em que atua.

A necessidade social do Serviço Social emerge justamente da contradição entre capital e trabalho, que se expressam na sociedade, portanto os processos em que os assistentes sociais se inserem estão intimamente (e dialeticamente) relacionados com a estrutura social. O assistente social precisa estar atento aos processos e transformações sociais, pois esses determinam seu trabalho. Frente a um cenário social permeado de contradições e confronto constante entre projetos societários, o/a assistente social precisa se posicionar e, assim, direcionar sua intervenção a partir das concepções éticas e políticas da profissão, tendo em vista a dimensão teleológica do trabalho. Segundo Yamamoto “As medidas de enfrentamento para a questão social expressam projetos para a sociedade. O aumento da desigualdade de classe radicaliza a questão social em suas múltiplas expressões” (2007, p.57).

O cotidiano do trabalho do assistente social na política de saúde é permeado por uma disputa de projetos para a saúde, que por sua vez, revelam projetos societários. A saúde constitui-se, historicamente, como campo de disputa entre projeto privatista e o projeto vinculado à Reforma Sanitária. Os assistentes sociais, portanto, precisam tomar posição frente as distintas propostas, tendo a clareza de que estão vinculadas a projetos para a sociedade mais amplos.

Ao longo da constituição da política no país no século XX, observou-se o confronto entre o projeto para a saúde privatista voltado ao mercado como estratégia do grande capital e o projeto de saúde estatal, público e universal. Tais concepções de saúde refletem a disputa permanente entre projetos societários vinculados à interesses econômicos e políticos. A respeito disso, Netto, revela que:

A experiência histórica demonstra que, tendo em seu núcleo a marca da classe social, a cujos interesses essenciais respondem, os projetos societários constituem estruturas flexíveis e cambiantes: incorporam novas demandas e aspirações, transformam-se e se renovam conforme as conjunturas históricas e políticas (2006, p.143).

A leitura histórica da conformação da questão saúde ao longo da história política brasileira, desvela a intrínseca relação entre a concepção de saúde e a política econômica adotada pela país. Desse modo, pode-se afirmar que os interesses econômicos hegemônicos orientam a organização da política de saúde.

Frente a isso, o assistente social ao se inserir em processos de trabalho realizados no campo da saúde, tendo em vista a intervenção profissional vinculada ao projeto ético político do Serviço Social, é convidado a pautar sua inserção em articulação com o Projeto da Reforma Sanitária. A inserção na política de saúde apresenta como desafio aos profissionais a consolidação e implementação dos princípios da Reforma Sanitária se somando a lutas coletivas no campo da saúde.

Sobre isso aponta-se que o “trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto de reforma sanitária” (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004 apud CFESS, 2010, p. 30). Sendo indispensável a defesa de sua implementação frente ao cenário de desmonte da política através de sucessivas tentativas de privatização.

3.2 EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL: PROCESSOS DE TRABALHO INSTITUÍDOS NO CAMPO DA SAÚDE COM PESSOAS COM OBESIDADE

O estágio é uma atividade de ensino inerente às profissões, que objetiva a capacitação do discente para a prática profissional. O processo de estágio em Serviço Social propicia a mediação entre os conhecimentos teóricos aprendidos durante a formação e a prática profissional através da observação e inserção dos processos de trabalho em que os assistentes sociais se inserem, envolvendo a dimensão investigativa, reflexiva e interventiva da profissão.

A imersão no espaço sócio ocupacional possibilita uma experiência integral que contempla e integra todas as dimensões da competência profissional. Como síntese, surgem reflexões a respeito da profissão, apreensão de conhecimento e o desenvolvimento da identidade profissional do estudante. “Sendo o estágio o momento em que se dá a construção da identidade profissional do aluno, tanto estes como o supervisor devem estar envolvidos num processo de reflexão e crítica alicerçado nos conhecimentos teórico-metodológicos do Serviço Social” (LEWGOY, 2009, p. 162).

O Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social na UFRGS configura-se em uma atividade de ensino que se desdobra em três semestres de inserção do discente no campo de

estágio sendo supervisionado por assistente social da instituição (supervisão de campo) e por docente da universidade (supervisão acadêmica). Os três níveis de estágio se complementam, cada etapa dá razão e fundamenta a sucessora, fomentando, assim, um processo integral e evolutivo.

No primeiro nível de estágio, se dá a aproximação inicial com o campo de estágio e com os processos de trabalho em que a assistente social se insere, sendo marcado pelo caráter de observação. O estágio I constitui campo de análise, resultando na construção da Análise Sócio Institucional. Nesse sentido, oferece subsídio para a intervenção do estagiário no campo de estágio, que se culmina no projeto de intervenção a ser desenvolvido, então, no segundo nível de estágio. Esse segundo momento de inserção do estagiário no espaço sócio ocupacional propicia a elaboração do projeto de intervenção a partir das demandas identificadas pelo discente na dinâmica socioinstitucional. Em sequência, no estágio III, executa-se o projeto de intervenção elaborado, assim como sua posterior avaliação. Esse terceiro momento tem como requisito a execução e avaliação do projeto de intervenção a partir da proposta elaborada no semestre anterior.

O processo de estágio, aqui referenciado, trata-se da experiência enquanto estagiária de Serviço Social no Programa de Cirurgia Bariátrica de um hospital escola de Porto Alegre. A partir da análise crítica dos processos de trabalho instituídos no programa, foi construído o projeto de intervenção denominado “**Acolhimento de novos pacientes do Programa de Cirurgia Bariátrica pelo Serviço Social**”, tendo em vista a qualificação da intervenção profissional do Serviço Social junto aos usuários e equipe.

3.2.1. Contextualizando o campo de estágio: o Programa de Cirurgia Bariátrica

O Programa de Cirurgia Bariátrica realiza a cirurgia bariátrica como tratamento cirúrgico da obesidade à usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e prevê acompanhamento pré-operatório e pós-operatório por equipe multiprofissional. O programa pode ser considerado relativamente novo, uma vez que fora iniciado no hospital em questão em 2008 e apenas em 2014 fora estruturado com a construção de critérios de ação e constituição da equipe multiprofissional.

A equipe do programa é composta por profissionais da medicina (endocrinologia, psiquiatria, cirurgia do aparelho digestivo, anestesia, pneumologia) enfermagem, nutrição, educação física, psicologia e serviço social. A composição multiprofissional propõe uma assistência integral à saúde, a fim de contemplar as diversas dimensões da saúde do sujeito.

Para a inserção no programa, o paciente é referenciado pela Atenção Básica de Saúde através do sistema AGHOS. Conforme alínea e, do inciso I, do Art.4º da Portaria 424/2013, enquanto componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, é atribuição da Atenção Básica: “coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC ≥ 30 kg/m² com comorbidades ou IMC ≥ 40 kg/m²” (BRASIL, 2013).

O hospital, por meio do Programa de Cirurgia Bariátrica, compõe a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas enquanto equipamento da Alta Complexidade, sendo habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade grave pela RESOLUÇÃO Nº 059/08 da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal [...]. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, [...] portanto é apenas uma ação dentro de toda a linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. (Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013)

É necessário que o paciente atenda a alguns critérios para a indicação para a cirurgia bariátrica, tal como ter Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 50 Kg/m² ou IMC 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal ou IMC acima de 35 kg/m² com comorbidades e sem sucesso no tratamento clínico longitudinal.

Espera-se com a realização da cirurgia a perda de peso, a melhora da qualidade de vida, mudança de hábitos de vida, melhora de comorbidades associadas e de problemas psicossociais dos pacientes. A fase pré-operatória envolve a avaliação dos pacientes pela equipe multiprofissional do programa, realização de exames, avaliação do risco cirúrgico, participação nos grupos para mudança de estilo de vida (MEV) e no grupo peso III, em que os pacientes praticam atividade física. A assistência pré-operatória tem o objetivo de avaliar e preparar os pacientes clínica, psicológica e socialmente a fim de garantir o sucesso da cirurgia.

A Portaria que orienta e direciona o programa considera como critério para a realização da cirurgia a compreensão do paciente e seus responsáveis de todos os aspectos do tratamento e o comprometimento com o segmento pós-operatório. Assim como o paciente deve firmar compromisso de participar em todas as etapas da programação, incluindo-se as avaliações multiprofissionais pré-cirúrgicas. Além disso, é contraindicado o procedimento para pacientes em uso de drogas ilícitas e alcoolismo e casos de limitação intelectual significativa, quando não se apresenta suporte familiar adequado. (BRASIL, PORTARIA 424 de 19 de março de 2013).

Crerios que relacionam com a materialidade do Serviço Social, fazendo-se necessrio a interveno desse como especialidade do programa.

O Serviço Social atende os pacientes e seus familiares na fase pré e pós-operatório. Na fase anterior a cirurgia, a assistente social tem como função avaliação de suporte familiar e social e da rede de apoio. Além disso, a demanda mais recorrente é o encaminhamento de aparelho respiratório necessário à cirurgia. Na fase pós-operatória, o processo de trabalho, anterior à inserção de estagiários, se dava por meio de atendimentos durante a internação para a realização da cirurgia a fim de avaliar refeição para acompanhante.

O Serviço Social participa das reuniões quinzenais da equipe multiprofissional, dos grupos de pacientes pré-operatórios, além de atender os pacientes do programa e seus familiares. O fluxo estabelecido de atendimento aos pacientes, previamente à proposição do projeto de intervenção, consistia no encaminhamento pelos demais profissionais da equipe através de consultorias e discussão em reunião.

3.2.2 O Projeto de Intervenção

A exposição de projeto de intervenção construído no processo de estágio obrigatório em Serviço Social faz sentido na medida em que representa a síntese da aproximação com os processos de trabalho em que os assistentes sociais se inserem na política de saúde. Este representa a materialização das reflexões acerca do Serviço Social em sua inserção na saúde, por meio da instituição de processos de trabalho vinculados as perspectivas éticas e políticas do projeto profissional do Serviço Social, tendo em vista a clareza de finalidade e seus significados.

No fazer profissional é essencial sustentar e atribuir significado à intervenção, tendo em vista a dimensão teleológica do trabalho. A intervenção dos/as assistentes sociais requer articulação entre os eixos teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, tendo como norte o Projeto Ético Político Profissional. Assim sendo, “coloca-se como desafio à profissão, a consolidação do Projeto Ético-Político, onde se destaca a necessidade de que este se materialize desde o processo de formação, [...] com vistas a dar respostas profissionais criativas e competentes” (REIDEL, 2010, p.42).

O projeto de intervenção proposto consistiu no acolhimento e acompanhamento de pacientes do Programa de Cirurgia Bariátrica pelo Serviço Social ao longo do processo pré-operatório. A proposição surgiu como produto da problematização da linha de cuidado do paciente obeso no Programa de Cirurgia Bariátrica e da intervenção e contribuição do Serviço Social na fase pré-operatória a partir do questionamento da linha de cuidado desde o

referenciamento para o tratamento cirúrgico na Alta Complexidade até a realização da cirurgia bariátrica no programa.

A partir desse processo reflexivo, identificou-se que o fluxo do Serviço Social no programa, então, instituído consistia no atendimento de pacientes encaminhados pelos demais profissionais do programa por meio de consultoria ou de discussão na reunião quinzenal de equipe. Desse modo, o Serviço Social não atendia a todos os usuários do programa, somente quanto era identificada, por outras profissões, a necessidade de avaliação social, sendo, assim, constatada a existência de uma demanda reprimida⁹. Nesse momento, também, observou-se que era desconhecido, pelo Serviço Social, o fluxo de atendimento do paciente no programa ao longo da fase pré-operatória.

O projeto de intervenção consistiu-se na reformulação do fluxo de atendimento do Serviço Social no Programa de Cirurgia Bariátrica na fase pré-operatória através da realização de acolhimento de pacientes que ingressaram no programa durante o período de sua execução e da continuidade do acompanhamento. O acolhimento fora proposto com a intenção de atender a todos os novos pacientes do programa, de modo a reprimir a continuidade do desenvolvimento de demanda reprimida pelo Serviço Social. Partiu-se, também, do entendimento que o/a assistente social deveria identificar a necessidade da intervenção do Serviço Social, compreendendo-se que a profissão abrange uma competência particular de realizar leituras da realidade.

Outra linha de ação do projeto, foi a proposição do desvelamento da linha de cuidado do paciente obeso ao longo da fase pré-operatória do programa, desde o referenciamento pela Atenção Básica. A proposta foi de contribuir com a apropriação pelo Serviço Social dessa linha de cuidado para qualificar a intervenção enquanto uma especialidade do programa e buscando, assim, a integralidade da atenção à saúde do paciente bariátrico. Partiu-se do entendimento que se faz essencial, para a qualificação dos processos de trabalho em que o assistente social se insere, a compreensão ampla e total da dinâmica institucional, a fim de melhor atender ao usuário.

Percebe-se que a proposição do acolhimento parte da perspectiva de identificação de possíveis expressões da questão social materializadas na vida dos sujeitos, de modo a subsidiar as intervenções a serem realizadas pelo Serviço Social. Nesse sentido, compreende-se a concepção de acolhimento conforme CHUPEL e MIOTO (2010), “espaço de ouvir, de conhecer

⁹ É importante apontar que entende-se que a demanda reprimida surge das limitações impostas pela precarização do trabalho que se concretiza na sobrecarga de demandas atribuídas às profissionais assistentes sociais.

as necessidades de saúde dos usuários, com vistas à integralidade da atenção e da busca pela maior resolutividade. Assim como, a apresentação

O acolhimento fornece subsídio para a intervenção nas situações de vulnerabilidade social que comprometem o direito dos indivíduos à saúde. Segundo CHUPEL e MIOTO,

Pode-se dizer que, para o Serviço Social, o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais. Ele congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. Objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção. (2010, p.37)

Compreende-se, assim, o acolhimento como um importante espaço para a apresentação do Serviço Social para os usuários, assim como seus objetivos, atribuições no programa e competências, possibilitando o reconhecimento do Serviço Social pelos pacientes enquanto uma especialidade do programa e as possibilidades de intervenções.

O acolhimento pressupõe um trabalho realizado diretamente com os usuários à medida que no encontro entre eles há o reconhecimento mútuo entre usuário e profissional. Ou seja, é pelo acolhimento que estes sujeitos se conhecem e reconhecem (CHUPEL; MIOTO, 2010, p. 53)

Propôs-se, com a reformulação do fluxo de atendimento do Serviço Social no programa através da realização do acolhimento, a ressignificação do trabalho do assistente social no programa e, assim, contribuir com a construção da identidade profissional do Serviço Social.

O projeto indicava a apresentação do mesmo perante a equipe multiprofissional do Programa de Cirurgia Bariátrica na reunião de equipe, tendo em vista a utilização do espaço como oportunidade para evidenciar o Serviço Social, seu objeto e suas atribuições, através da apresentação dos objetivos do projeto e exposição de conceitos chaves tais como: determinantes sociais da saúde, expressões da questão social, rede intersectorial.

Para a realização do acolhimento, fora indicada a realização de uma entrevista inicial com os pacientes ingressantes no programa, apontando-a como instrumental para a realização do acolhimento, uma vez que, segundo Chupel e Miotto (2010):

É por ela que haverá captação de dados junto ao usuário e aos outros membros da equipe profissional. Mesmo na diversidade de abordagens, individuais ou coletivas, em reuniões ou em idas aos leitos, é a entrevista que norteará o processo de acolhimento. (p. 54).

A entrevista, no Serviço Social, constitui o instrumental da profissão, compondo prioritariamente a dimensão técnico-operativa. A entrevista é um processo de relação direta com o usuário e suas demandas, é momento de identificação das expressões da questão social que se materializam no sujeito. “É um instrumento que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os

sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos” (LEWGOY, A.M. B; SILVEIRA, E.M. C, 2007, p. 235).

A entrevista, enquanto instrumentos da profissão, constitui meio entre o trabalhador (assistente social) e o objeto (expressões da questão social) materializado nas demandas dos usuários. Na perspectiva dialético-crítica, a centralidade é atribuída à finalidade e não ao instrumental em si, os instrumentos são estratégia utilizadas no cotidiano profissional como mediação com vistas a uma finalidade.

Tendo em vista a realização da entrevista, instrumento pelo qual foi realizado o acolhimento e acompanhamento, fora construído o formulário de acolhimento, visando a coleta de informações acerca dos usuários, suas condições de vida, contexto familiar, acesso à rede intersetorial. Sua elaboração foi conduzida a partir de referencial teórico específico sobre a temática da documentação, MATOS (2013), com vistas a fundamentá-lo teoricamente em articulação com a dimensão técnico-operativa.

Figura 5 – Modelo de formulário de acolhimento a pacientes candidatos à cirurgia bariátrica



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



**PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA
SERVIÇO SOCIAL
ACOLHIMENTO**

Data: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ **Prontuário:** _____

Cartão SUS: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ **Idade:** _____

Gênero: () M () F **Cor:** () branca () preta () amarela () parda () indígena

Escolaridade: () não alfabetizado () fundamental incompleto () fundamental completo

() médio incompleto () médio completo () técnico () superior incompleto () superior completo

Procedência: _____ **Endereço:** _____

Telefones: () _____ () _____ () _____

2. Inserção no trabalho

Profissão:

Renda Familiar:

Ativo	Inativo
() Com vínculo	() Auxílio Doença
() Autônomo	() Aposentadoria
() Informal	() Desempregado
Local:	Renda:
Renda:	

É contemplado com algum tipo de Direito Social?

() não () sim

() Bolsa Família R\$ _____ () BPC () Outros

Figura 6 - Modelo de formulário de acolhimento a pacientes candidatos à cirurgia bariátrica



4.3 Histórico do tratamento a obesidade

4.4 Porque procurou o Programa de Cirurgia Bariátrica - expectativas para a cirurgia bariátrica ?

4.5 Compreensão dos cuidados em saúde necessários no pré-operatório:

4.6 Quando se percebeu obeso?

5. REDE INTERSETORIAL

Recebe acompanhamento do CRAS ou CREAS na sua comunidade?

Referência de Saúde na Comunidade:

UBS () ESF (): _____ Agente de Saúde: _____

Fone: _____

Outros Serviços: _____

Observações Gerais:

Fonte: Elaboração da autora

O documento foi constantemente avaliado ao longo da execução do projeto, sendo submetido a processos de reelaboração: por três vezes fora modificado. Conforme fora sendo

utilizado nas entrevistas com os usuários, foi possível identificar necessidades de ajustes a partir das relações com os pacientes atendidos. Foram acrescentados itens em referência a questões que surgiram nas entrevistas, assim como suprimidos outros, os quais foram percebidos como desnecessários. O formulário disponibilizado nesse documento consiste na última versão do documento, ele fez parte da documentação do Serviço Social no Programa, sendo assim, pode ser identificado como uma contribuição do projeto para a instituição.

Após a realização do acolhimento dos pacientes fora dada continuidade à intervenção por meio de ações que compuseram o acompanhamento. As atividades foram realizadas a partir das necessidades sociais identificadas no acolhimento. O acompanhamento se faz necessário para dar continuidade ao atendimento, possibilitando intervir nos determinantes sociais da doença e viabilizar os direitos dos usuários à saúde em articulação com a rede socioassistencial.

Essa etapa compreendeu agendamento de atendimento com usuários e familiares. O atendimento foi realizado através de entrevistas presenciais aos familiares e amigos dos pacientes acolhidos, quando se objetivou a avaliação e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, entendendo-os como fundamentais para a realização da cirurgia. As intervenções com os usuários e seus familiares compreenderam orientações quanto a serviços, políticas públicas e a direitos sociais, assim como orientações acerca do Programa de Cirurgia Bariátrica. Foi possível observar o desconhecimento por parte dos usuários em relação aos serviços da política de assistência social, frente a isso, procurou-se esclarecer sobre o CRAS, serviço da Proteção Social Básica, indicando o serviço de referência para os pacientes além de esclarecer acerca do Cadastro Único e os benefícios para os quais dá acesso.

Foram, também, realizadas articulações com equipamentos e recursos da rede socioassistencial, principalmente com a Atenção Básica de Saúde (UBS e ESF) e CRAS, tendo em vista a viabilização do acesso a direitos sociais através do trabalho de rede. Assim como articulação com Clínicas privadas de saúde e contato com SMS de diferentes municípios e com o setor de transporte dos municípios. Além da revisão do prontuário eletrônico dos pacientes, a fim de mapear a linha de cuidado ao longo da fase pré-operatória.

Para o acompanhamento aos usuários acolhidos a partir do projeto em intervenção, abriu-se uma pasta eletrônica, a fim de armazenar as fichas¹⁰ dos pacientes (Apêndice A). Essas fichas foram elaboradas especificamente para o projeto, nelas constavam os dados de identificação dos usuários (nome, IMC, gênero, idade, cor, procedência, escolaridade, profissão e renda), o fluxo particular dos atendimentos no programa e registro de todas ações realizadas

¹⁰ O modelo da ficha eletrônica de acompanhamento dos pacientes encontra-se disponível em apêndice.

em referência àquele paciente. O objetivo da elaboração das fichas, portanto, foi o registro das ações realizadas e sistematização do fluxo de atendimento individual dos usuários no programa, visando a análise e avaliação do projeto executado e o mapeamento da linha de cuidado do programa. O registro fundamenta-se

“no direito do usuário em ter a evolução do seu atendimento documentado e no acesso aos dados registrados, sendo este intrasferível. O registro também tem como objetivo contribuir para a integralidade do atendimento e compartilhar o conhecimento com os demais trabalhadores da instituição. ” (LEWGOY, A.M. B; SILVEIRA, E.M. C, 2007, p. 238).

Todas ações referentes ao usuário foram devidamente registradas na ficha correspondente, assim como a evolução em prontuário eletrônico, sendo resguardado o sigilo profissional e avaliada a pertinência do compartilhamento das informações com a equipe multiprofissional. Todos os pacientes acolhidos, tiveram mapeados seu fluxo de atendimento no Programa.

Ao longo do período de execução do projeto, foram reunidas informações acerca da linha de cuidado dos pacientes no programa, essas foram sistematizadas em documento (Apêndice B) disponibilizado ao Serviço Social. Em conformidade com a proposta do projeto, entende-se que a sistematização dessas informações contribui para a apropriação destas pelo Serviço Social visando a qualificação da intervenção.

Tendo em vista a linha de cuidado dos pacientes no programa, segue abaixo o fluxo mapeado:

FLUXO PRÉ - OPERATÓRIO DA CIR. BARIÁTRICA

Atenção Básica---->HCPA

1ª CONSULTA: Cirurgia do Aparelho Digestivo, quando é solicitada a realização de exames e encaminhado o paciente para a Enfermagem Clínica Cirúrgica. O paciente retorna para Cirurgia do Aparelho Digestivo, antes ou depois de consultar com a Enfermagem, para mostrar os exames realizados. Então, libera-se o paciente com a indicação de retorno somente quando estiver liberado pelas demais especialidades.

A Enfermagem Clínica Cirúrgica, então, realiza o acolhimento do paciente e o vincula oficialmente no Programa de Cirurgia Bariátrica, a profissional, então, encaminha para as especialidades de Endocrinologia, Psiquiatria, Nutrição, Serviço Social (desde a implantação do projeto) e Educação Física(às vezes).

PESO III (Atividade Grupal realizada pela Educação Física)

Agenda:

CP3 - 13h - semanal = TERÇA - FEIRA

CP2 - 14h - quinzenal = TERÇA - FEIRA

Zona 15 ou 6

Atividades do Grupo:

Segundas e quintas-feiras às 14h

FLUXO PÓS - OPERATÓRIO DA CIR. BARIÁTRICA

Por 2 anos, os pacientes são acompanhados pela Endocrinologia, após esse período, passam a ser acompanhados pela Nutrologia com a intenção de dar alta para os pacientes (a partir de critérios para a alta).

ENFERMAGEM (do pós)

NUTRIÇÃO (do pós)

PSICOLOGIA

ENDOCRINOLOGIA

NUTROLOGIA

* Não tem psiquiatria no pós operatório

** Nutrologia está com 100 paciente no momento (maio de 2017)

As informações foram coletadas através das observações dos grupos MEV (Melhora do Estilo de Vida) durante a exposição dos profissionais, além das conversas realizadas com os profissionais do programa individualmente, quando foi questionado acerca do funcionamento do programa. Percebeu-se que a enfermagem, através da gestão de casos, consiste da especialidade com maior domínio do fluxo do programa, de modo que a maioria dos esclarecimentos foram realizados pelas enfermeiras.

Além disso, foram sistematizadas informações, em formato de documento, acerca das ações realizadas, tendo em vista a comunicação dos fluxos operacionais desvelados pela

estagiária de maneira clara e objetiva. Tal ação tinha como finalidade o compartilhamento das informações, de modo a facilitar sua operacionalização. Um exemplo disso, foi a elaboração de um documento síntese de solicitação de medicamentos pela defensoria pública (Anexo D). Esse documento também foi compartilhado com usuários no sentido de instrução, adquirindo caráter socioeducativo.

O projeto de intervenção apresentado fora proposto com vista a dar respostas no âmbito do Serviço Social as demandas profissionais que emanam do campo da saúde partindo da perspectiva da concepção ampla de saúde vinculada a determinação social da saúde. Tendo-se como base as particularidades do espaço socio institucional em questão.

Conforme apontado anteriormente, a elaboração e execução do projeto de intervenção pautou-se no diálogo com o projeto ético político e com as atribuições específicas do trabalho profissional na saúde. Para tanto, utilizou-se como referência o Código de Ética profissional e os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, constituindo alicerce teórico para a inserção no campo de estágio.

A partir do exposto propõe-se a construção do quadro, tendo em vista demonstrar sistemática e objetivamente a articulação do projeto de intervenção com os documentos norteadores do trabalho do/a assistente social no campo da saúde: Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde e Código de Ética, tendo em vista a conformação da mediação dos princípios e atribuições profissionais nos processos de trabalho estabelecidos.

Tabela 2 – Articulação do Projeto de Intervenção com os princípios do Código de Ética profissional e com os Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde no que tange ao atendimento direto ao usuário

AÇÕES DESENVOLVIDAS	OBJETIVOS PRECONIZADOS NO PROJETO DE INTERVENÇÃO	PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE	PRINCÍPIOS DO CÓDIGO DE ÉTICA
Discussão da proposta do programa com a enfermeira responsável pelo acolhimento dos pacientes que ingressam no programa			<p>Das Relações com Assistentes Sociais e outros/as Profissionais</p> <p>Art. 10 São deveres do/a assistente social:</p> <p>incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar</p>
Apresentação da proposta do projeto para a equipe do Programa de Cirurgia Bariátrica		<p>* Esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;</p> <p>* Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura</p>	

		espontânea e no tratamento isolado das doenças	
Construção do formulário de acolhimento e da ficha de acompanhamento		<p>* Elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação</p> <p>* Identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros</p>	
<p>Acolhimento de novos pacientes do programa</p> <p>- Entrevista</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u></p> <p>Propor o acolhimento pelo Serviço Social no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre a fim de identificar as expressões da questão social e intervir nos determinantes e condicionantes sociais da doença numa perspectiva da integralidade</p> <p>Qualificar o trabalho da Assistente Social no Programa de Cirurgia Bariátrica com vistas a contribuir para a construção da identidade profissional frente a equipe do programa e aos usuários</p>	<p>* Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária</p> <p>* Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação</p> <p>* Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação</p>	<p>Princípios Fundamentais:</p> <p>Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras</p> <p>Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional</p> <p>DOS DIREITOS E DAS RESPONSABILIDADES GERAIS DO/A ASSISTENTE SOCIAL</p>

		<p>* Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social</p> <p>* Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;</p> <p>* Garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde</p> <p>* Sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos</p>	<p>Art. 2º Constituem direitos do/a assistente social:</p> <p>a- garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código</p> <p>TÍTULO III DAS RELAÇÕES PROFISSIONAIS</p> <p>CAPÍTULO I Das Relações com os/as Usuários/as</p> <p>Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as:</p> <p>c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as</p> <p>f- fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social</p>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> * Democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade * Democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade * Socializar informações e potencializar as ações socioeducativas * Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados * Elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe * Criar estratégias e rotinas de ação, como por exemplo fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais 	<p>e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional</p> <p>g- contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados</p> <p>h- esclarecer aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional</p>
<p>Acompanhamento dos pacientes acolhidos:</p>	<p>Reconhecer as necessidades sociais dos usuários do programa</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação 	

	a fim de garantir o acesso aos direitos sociais em articulação com a rede socioassistencial e familiar	apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida	CAPÍTULO II Das Relações com as Instituições Empregadoras e outras Art. 8º São deveres do/a assistente social: d- empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos/as usuários/as, através dos programas e políticas sociais
- Revisão do prontuário eletrônico			
- Articulação com a rede socioassistencial dos usuários e serviços que pudessem viabilizar direitos sociais.		* Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços * Articulação com serviços afim de garantir o acesso a direitos pelos usuários, quando pauta a autonomia e ampliação da cidadania	
- Entrevista com familiares e amigos/ Articulação sociofamiliar		* Avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe	
- Realização de entrevistas com os usuários		* Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção,	

		prevenção, recuperação e reabilitação da saúde	
- Encaminhamento dos pacientes para serviços internos e externos ao hospital		* Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços	
Visita Institucional à Associação Brasileira de Apoio ao Operados Bariátricos (ABA OB)		* Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social	
Sistematização das informações coletadas acerca da linha de cuidado do paciente no programa e das características dos usuários atendidos	Contribuir para a apropriação do Serviço Social da linha de cuidado do paciente no programa visando a qualificação da intervenção junto aos usuários Sistematizar informações que contribuam para a avaliação e construção do programa acerca das condições de vida e necessidades sociais dos pacientes	* Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde * Realizar investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiências, entre outros), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e	CAPÍTULO I Das Relações com os/as Usuários/as Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as: d- devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/às usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses Das Relações com as Instituições Empregadoras e outras Art. 7º Constituem direitos do/a assistente social:

		mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias	c- ter acesso a informações institucionais que se relacionem aos programas e políticas sociais e sejam necessárias ao pleno exercício das atribuições profissionais
Avaliação do projeto com base nas metas e objetivos propostos	Qualificar o trabalho da Assistente Social no Programa de Cirurgia Bariátrica com vistas a contribuir para a construção da identidade profissional frente a equipe do programa e aos usuários		
Retorno para as equipes acerca do projeto executado e seus resultados			

Fonte: Elaboração da autora

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de formação oportunizou a aproximação com a política social de saúde brasileira e sua operacionalização através do SUS, quando identificou-se a necessidade de contextualiza-la em sua instituição no país, entendendo-a como produto histórico social. Frente a isso, compreendeu-se a importância de analisá-la a partir da Reforma Sanitária, entendendo-a como movimento determinante no redirecionamento da compreensão de saúde e consolidação do SUS.

Observou-se, ao longo da constituição da política no país no século XX, o confronto entre o projeto para a saúde privatista voltado ao mercado como estratégia do grande capital e o projeto de saúde estatal, público e universal. Tais concepções de saúde refletem a disputa permanente entre projetos societários vinculados à interesses econômicos e políticos.

A trajetória da conformação da questão saúde ao longo da história política brasileira, desvela a intrínseca relação entre a concepção de saúde e a política econômica adotada pela país. Desse modo, pode-se afirmar que os interesses econômicos hegemônicos orientam a organização da política de saúde.

As políticas sociais, como um todo, estão inscritas na estrutura social e são determinadas pelo modo de organização da sociedade ao mesmo tempo que o determinam. A política social é parte estrutural da totalidade, sendo, ela, processo social resultante da relação entre sociedade e Estado. A respeito disso, podemos observar os processos de resignificação e redirecionamento do papel do Estado ao longo da história, o que interfere diretamente na condução das políticas sociais. Na constituição da política de saúde, especificamente, nota-se a disputa em torno do tamanho, centralidade e financiamento do Estado.

Atualmente, ainda depara-se com sucessivos investimentos para o desmonte da saúde pública do país, através do sucateamento concomitante a iniciativas de privatização. Frente a isso, os profissionais da saúde, são convocados a travar resistências em defesa do Projeto de Reforma Sanitária, tendo em vista o direito à saúde.

Na inserção no campo da saúde com pessoas com obesidade, foi problematizada a linha de cuidado do paciente bariátrico, sendo a questão chave do Projeto de Intervenção, tendo em vista que enquanto executores da política, os assistentes sociais precisam estar a par dos mecanismos e propostas do Estado para a assistência à população com obesidade. Além de analisar criticamente os mecanismos do Estado e os processos de trabalho em que se insere.

O tratamento a obesidade é um processo complexo, pois intervém em uma doença que contempla diversas dimensões do sujeito. Os assistentes sociais, enquanto profissionais da saúde, inserem-se em processos de trabalho com a temática, os programas de cirurgia bariátrica são campos sócio ocupacionais da categoria. Ao trabalhar com pessoas com obesidade, o profissional é convidado a olhar a doenças em sua complexidade, a fim de intervir nas expressões da questão social.

Cabe ao assistente social refletir sobre os processos sociais que determinam a obesidade no modo de produção capitalista a partir do método crítico, entendendo a doença como produto social de uma sociedade doente, problematizando sua relação causal com a estrutura social na perspectiva de, na relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações. A noção de determinação social da saúde, principalmente a relação do processo saúde/doença com a totalidade concreta, constitui o ponto de análise central da obesidade no trabalho do/a assistente social com pessoas obesas.

Tendo em vista a especificidade do trabalho profissional com pessoas com obesidade, é importante reconhecer a obesidade como uma doença crônica com crescente incidência em nível mundial e que se constitui como fator de risco para diversas doenças. A obesidade é uma doença com causa multifatorial, inclusive sociais, e influi na vida social dos indivíduos, contribuindo para a exclusão social devido às limitações físicas e psíquicas impostas pela doença.

A obesidade necessita ser assistida multiprofissional e intersetorialmente, de modo que os cidadãos obesos sejam resguardados pelas diferentes políticas públicas. O assistente social, inserido na política de saúde, sob a concepção ampliada de saúde e perspectiva de integralidade e intersetorialidade, é convidado a potencializar e qualificar sua intervenção em articulação com a rede sócio assistencial dos sujeitos. Para tanto, é necessário estar a par das legislações e políticas públicas que garantam direitos à pessoa com obesidade.

Nesse sentido, foi realizada uma revisão bibliográfica e documental acerca dos direitos das pessoas com obesidade, tendo em vista a conhecer os direitos dessa população garantidos pelas legislações, apontando-as e relacionado com as políticas sociais que compõe a Seguridade Social com especial ênfase à política de saúde.

A aproximação com a intervenção do assistente social com pessoas com obesidade mórbida instigou a apreender os direitos dessa população, enquanto transversalidade nas políticas públicas, a fim de qualificar a prática profissional. Entendendo que, a viabilização do acesso a direitos é inerente à práxis profissional do assistente social e compromisso ético-político com os usuários.

O conhecimento da legislação pertinente à temática em que o assistente social trabalha qualifica as dimensões teórico-metodológica e ético-política da intervenção profissional. É necessário ter conhecimento dos direitos dos usuários nas diferentes políticas sociais, principalmente as que compõem a seguridade social, de tal modo a dar sentido intersetorial e integral à intervenção.

Isso possibilita uma precisão analítica que permita uma intervenção profissional mais completa e de qualidade, o que faz sentido tendo em vista a atuação do assistente social na saúde, quando esse atua interdisciplinarmente buscando a totalidade e integralidade da atenção ao paciente dentro de uma perspectiva do conceito ampliado de saúde.

O processo de graduação foi permeado de desafios. Por vezes fora conflitante diante da preocupação com a qualidade da formação profissional. No entanto, vivenciou-se momentos encantadores como a inserção no campo de estágio, que possibilitou experimentar e aprimorar a prática profissional, experienciando a relação com os usuários através dos instrumentais. A inserção no espaço sócio institucional oportunizou o aprofundamento no caráter interventivo da profissão, consolidado no projeto de intervenção. A intervenção requer a articulação entre os eixos teórico-metodológico, técnico-operativo e ético político, estando em sintonia com o Projeto Ético político profissional.

A formação se desdobrou em aprendizagem e crescimento pessoal e profissional com os processos vividos, sendo caracterizado pelo investimento no aprofundamento teórico e pelo constante “desafiar-se”. Apesar das angústias, vivenciou-se o a concretização da identidade profissional ao longo do processo.

O processo de formação foi uma construção coletiva, sendo fruto de uma articulação de processos. Muitas pessoas estiveram presentes e construíram esse momento tão fundamental na formação em Serviço Social. Entre elas, estão as supervisoras, os grupos de supervisão acadêmica, os colegas e professores da universidade, a equipe do Serviço Social e dos programas da instituição.

Por fim, diante do processo vivido, compreende-se que o processo de formação é permanente, constituindo-se como compromisso profissional. Se faz necessário a educação continuada, tendo em vista qualificação da intervenção e a vinculação com o projeto ético político.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. - (Biblioteca básica do serviço social; v.2).

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: CFESS; ABEPSS (org). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.. Brasília: CFESS, 2009.

BRASIL. CONASS. Seminário sobre modelo de Atenção à saúde no SUS, CONASS, em Brasília, 2009.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. 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. 2011.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. *Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)*. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

_____. Ministério da Saúde. 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. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao indivíduo com Obesidade. Brasília, DF, 2013.

_____. 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). 2010.

_____. PORTARIA. 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). 2013.

_____. PORTARIA. PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. 2014.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In: ABEPSS. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e Trabalho Profissional. Cortez, 2006.

BRAVO. M. I. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo, Cortez, 1996.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI, Alberto *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMPOS, Gastão WS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde. In: CAMPOS, Gastão WS; MERHY, Emerson; NUNES, Everardo D. Planejamento sem normas. São Paulo: HUCITEC, 1989

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010

CFESS (Org.). Assistentes Sociais no Brasil. Elementos para estudo do perfil profissional. Brasília /Maceió, UCFESS-UFALCRESS, 2005. 73 p.

CFESS. Maio, 2013. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/960>> Acesso em dez de 2016.

CHUPEL, C.P; MIOTO, R.C. ACOLHIMENTO E SERVIÇO SOCIAL: CONTRIBUIÇÃO PARA A DISCUSSÃO DAS AÇÕES PROFISSIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE. Revista Serviço Social e Saúde. UNICAMP. Campinas, v. IX, n. 10. Dez, 2010.

COSTA, Nilson de Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. *In: Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

DIAS, Míriam Thais. Como se movimenta o Assistente Social frente aos avanços e retrocessos na implantação e implementação do SUS a Luz da Reforma Sanitária. Porto Alegre, 2016a. 7 f. (Texto digitado).

Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 589/14 – CIB/RS. 2014

FAUSTO, Boris. História do Brasil. 5. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fundação do Desenvolvimento da Educação, 1997.

FEE. Estimativas Populacionais. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/indicadores/populacao/estimativas-populacionais/>>. Acesso em 15 de janeiro de 2018.

FRANCO, C.M; FRANCO, T.B. Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf>: Acesso em: 15 de janeiro 2018.

G1 RS. RS é o estado com maior percentual de pessoas com excesso de peso. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2015/08/rs-e-o-estado-com-maior-percentual-de-pessoas-com-excesso-de-peso.html>>. Acesso em 15 de janeiro de 2018.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 11. ed. São Paulo. Cortez, 2007

IAMAMOTO, Marilda Vilella. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS. SERVIÇO SOCIAL: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 2009.

IZIDORO, Rosane; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. Serviço Social e Programa de Cirurgia Bariátrica: sistematizações iniciais. Argumentum, Vitória: v.4, n.2, p. 145-160, jul/dez. 2012

LEWGOY, Alzira M^a B. Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional. São Paulo : Cortez, 2009.

LEWGOY, Alzira Maria; SILVEIRA, Esalba Maria. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 6 n. 2 p. 233-251. jul./dez. 2007.

Malta DC et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. Ciência & Saúde Coletiva, 21(6):1683-1694, 2016.

MARSIGLIA, Regina Maria G; CARREIRA, Maria Olinda C; AMARAL, Denise P. DO SERVIÇO SOCIAL MÉDICO AO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: MEIO SÉCULO DE HISTÓRIA EM SÃO PAULO. Ser. Soc. & Saúde, Campinas, SP, v. 15, 1 (21), p. 37-50., jan/jun. 2016.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. Intervenção Social, 28, 2003: 9 - 18.

MARX, Karl. O Capital: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. Tradução Rubens Enderle. – 2.ed. – São Paulo: Boitempo, 2017.

MATOS, Maurílio Castro de. Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL 2011-2022. 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIGITEL BRASIL 2016: ESTIMATIVAS SOBRE FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NAS CAPITAIS DOS 26 ESTADOS BRASILEIROS E NO DISTRITO FEDERAL EM 2016. Brasília, DF. 2017

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: ABEPSS. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e Trabalho Profissional. Cortez, 2006.

PANOZZO, Vanessa Maria. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE. 2009.

REIDEL, T. A indissociabilidade entre o projeto ético-político e a formação em

serviço social: uma materialização em xeque. 2010. PUCRS.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960)1. Editora UFPR. Educar em Revista, Curitiba, Brasil, n. especial 2, p. 277-290, 2010.

SILVA, Bárbara Virgínia Groff da. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. Aedos, nº 12 vol. 5 - Jan/Jul 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). Consenso Bariátrico Brasileiro. São Paulo, 2008. Disponível em <<http://www.sbc.org.br/cbariatrica.php?menu=1>> Acesso em 15 de dez. 2017.

APÊNDICE A – Modelo de ficha digital de acompanhamento de pacientes acolhidos no Programa de Cirurgia Bariátrica pelo Serviço Social



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



**PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA
SERVIÇO SOCIAL
ACOLHIMENTO**

Nome: _____ **Prontuário:** _____

IMC: _____

Gênero: _____

Idade: _____ - Data de Nascimento: ____/____/____

Cor: autodeclarado/a _____

Procedência: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Renda: _____ **Renda Familiar:** _____

Data: ____/____/____ (do acolhimento)

~ Registro da entrevista~

FLUXO NO PROGRAMA:



**PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA
SERVIÇO SOCIAL
ACOMPANHAMENTO**

Nome: _____ Prontuário: _____

Conduta - Data: ____/____/____

Conduta - Data: ____/____/____

Conduta - Data: ____/____/____

Conduta - Data: ____/____/____

APÊNDICE B - Sistematização das informações coletadas acerca da linha de cuidado dos pacientes no Programa de Cirurgia Bariátrica



O programa iniciou no hospital em 2008, quando o HCPA foi habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade grave pela RESOLUÇÃO Nº 059/08 da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. No ano de 2014, começou-se a seguir a Portaria 425/2013 que "estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade." Nesse ano, foram desenvolvidos os critérios de ação e constituída a equipe multiprofissional do programa.

A equipe do programa é composta por profissionais da medicina (endocrinologia, psiquiatria, cirurgia do aparelho digestivo, anestesia, pneumologia) enfermagem, nutrição, educação física, psicologia e serviço social. A composição multiprofissional propõe uma assistência integral à saúde, a fim de contemplar as diversas dimensões da saúde do sujeito a partir de uma concepção ampliada de saúde, indo ao encontro do princípio de integralidade do SUS, que entende a pessoa como "um todo indivisível e integrante de uma comunidade" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 5)

Para a inserção no programa, o paciente é referenciado pela Atenção Básica de Saúde através do sistema AGHOS. Conforme alínea e, do inciso I, do Art.4º da Portaria 424/2013, enquanto componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, é atribuição da Atenção Básica: "coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitarem de outros pontos de atenção, quando apresentarem $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades ou $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ " (BRASIL, 2013).

Além disso, é necessário que o paciente atenda a alguns critérios para a indicação para a cirurgia bariátrica. Segundo o Anexo I da Portaria 424/2013, são indicações para a cirurgia:

- a. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 50 Kg/m²;
- b. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- c. Indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos. (BRASIL, 2013)

Considera-se critério para a realização da cirurgia a compreensão do paciente e seus responsáveis de todos os aspectos do tratamento e o comprometimento com o segmento pós-operatório. Assim como o paciente deve firmar compromisso de participar em todas as etapas da programação, incluindo-se as avaliações multiprofissionais pré-cirúrgicas. Além disso, é contraindicado o procedimento para pacientes em uso de drogas ilícitas e alcoolismo e casos de limitação intelectual significativa, quando não se apresenta suporte familiar adequado. (BRASIL, PORTARIA 424 de 19 de março de 2013).

A cirurgia bariátrica realizada na instituição é a Gastroplastia com derivação intestinal ou Bypass Gástrico, sendo realizadas, em média, 60 cirurgias por ano. Espera-se com a realização da cirurgia a perda de peso, a melhora da qualidade de vida, mudança de hábitos de vida, melhora de comorbidades associadas e de problemas psicossociais dos pacientes.

A fase pré-operatória envolve a avaliação dos pacientes pela equipe multiprofissional do programa, realização de exames, avaliação do risco cirúrgico, participação nos grupos para mudança de estilo de vida (MEV) e no grupo peso III, coordenado pela educadora física, em que os pacientes praticam atividade física. No grupo do MEV, cada encontro é conduzido por determinadas especialidades do programa, o serviço social coordena um dos encontros junto com a psicologia. A assistência pré-operatória tem o objetivo

de avaliar e preparar os pacientes clínica, psicológica e socialmente a fim de garantir o sucesso da cirurgia.

INFORMAÇÕES SOBRE O PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA – HCPA

- 2 pacientes são acolhidos por semana no programa, quem realiza o acolhimento é a enfermeira Andressa, esse ocorre nas segundas-feiras pela manhã (10h e 11h).
- Os pacientes podem ser atendidos pelas enfermeiras Beatriz e Luciana nas segundas- feiras de manhã - atendimento "portas-abertas"
salas: 1501 e 1503
- A pneumologia atende toda quarta-feira a partir das 8:00 na zona 8. Atendimento entre portas para preenchimento de documentos e esclarecimentos
- A cirurgia realizada pelo programa é o Bypass Gástrico com "corte cirúrgico" (Não é com os 5 furos). São aproximadamente 13 cm de corte.
- O paciente interna um dia antes da realização da cirurgia, que dura em torno de 3 horas, junto com um acompanhante maior de 18 anos.
- É necessário que o paciente traga consigo seus medicamentos de uso regular para manter o uso ao longo da internação. É importante comunicar a equipe de enfermagem do uso dos mesmo, para evitar a ingestão duplicada (o médico pode ter receitado também).

- Na internação, o acompanhante utiliza banheiro em separado (localizado no 10º andar) para banho. Se for dormir no hospital, é necessário solicitar uma cadeira na secretaria do andar (a cadeira existente no quarto é para o paciente). Durante o dia, são permitidos até 2 visitantes por vez, à noite apenas 1.
- Após a realização da cirurgia, os pacientes podem ter que utilizar meia especial, o hospital cede para quem tem panturrilha com até 50 cm, para os que tem maior é necessário comprar.
- É possível também a necessidade de tomar anticoagulante na internação - também cedido pelo hospital.
- Reunião de equipe quinzenal
- Pacientes assinam um termo ao ingressar no programa
- 3 Faltas consecutivas excluem o paciente do programa
- Todos passam pela psicologia após a realização do procedimento cirúrgico, nem todos passam no pré-operatório, quando é obrigatória a avaliação da psiquiatria.

FLUXO PRÉ - OPERATÓRIO DA CIR. BARIÁTRICA

Em relação a linha de cuidado dos pacientes no Programa de Cirurgia Bariátrica, foi possível mapear o seguinte fluxo a partir da realidade vivida pelos usuários atendidos:

Atenção Básica---->HCPA

1ª CONSULTA: Cirurgia do Aparelho Digestivo, quando é solicitada a realização de exames e encaminhado o paciente para a Enfermagem Clínica Cirúrgica. O paciente retorna para Cirurgia do Aparelho Digestivo, antes ou depois de consultar com a Enfermagem, para mostrar os exames realizados. Então, libera-se o paciente com a indicação de retorno somente quando estiver liberado pelas demais especialidades.

A Enfermagem Clínica Cirúrgica, então, realiza o acolhimento do paciente e o vincula oficialmente no Programa de Cirurgia Bariátrica, a profissional, então, encaminha para as especialidades de Endocrinologia, Psiquiatria, Nutrição, Serviço Social (desde a implantação do projeto) e Educação Física (às vezes).

FLUXO PÓS - OPERATÓRIO DA CIR. BARIÁTRICA

Por 2 anos, os pacientes são acompanhados pela Endocrinologia, após esse período, passam a ser acompanhados pela Nutrologia com a intenção de dar alta para os pacientes (a partir de critérios para a alta).

ENFERMAGEM (do pós - Andressa)

NUTRIÇÃO (do pós - Sigléia)

PSICOLOGIA

ENDOCRINOLOGIA

NUTROLOGIA

* Não tem psiquiatria no pós operatório

** Nutrologia está com 100 paciente no momento (maio de 2017)

A Nutrologia estima o gasto de R\$ 200 mensais no pós operatório (polivitamínico, ferro).

PESO III (Atividade Grupal realizada pela Educação Física)

Agenda:

CP3 - 13h - semanal = TERÇA - FEIRA

CP2 - 14h - quinzenal = TERÇA - FEIRA

Zona 15 ou 6

Atividades do Grupo:

Segundas e quintas-feiras às 14h

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO USUÁRIA

(A partir do Projeto de Intervenção)

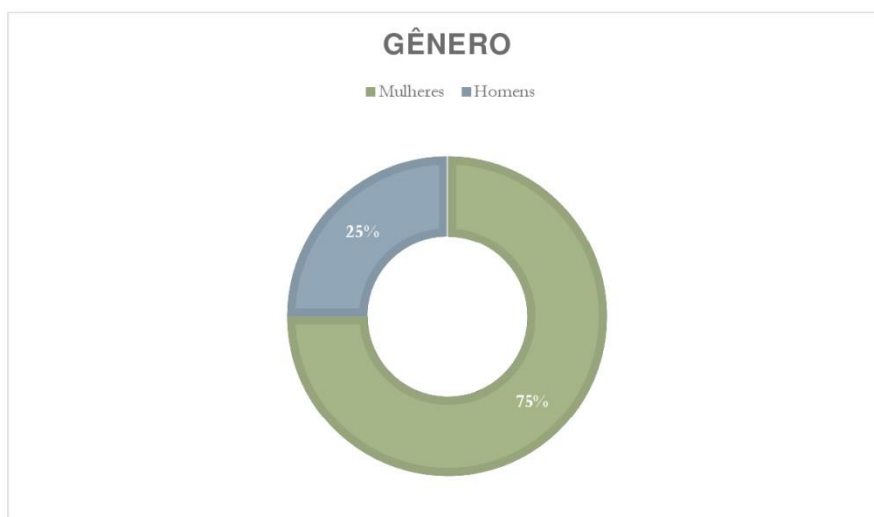
Período em que se executou o acolhimento: de janeiro, com a realização da testagem nos dias 23 e 30, à junho de 2017

Chegaram ao Serviço Social 19 pacientes encaminhados pela enfermagem, dos 24, atendidos pela enfermagem

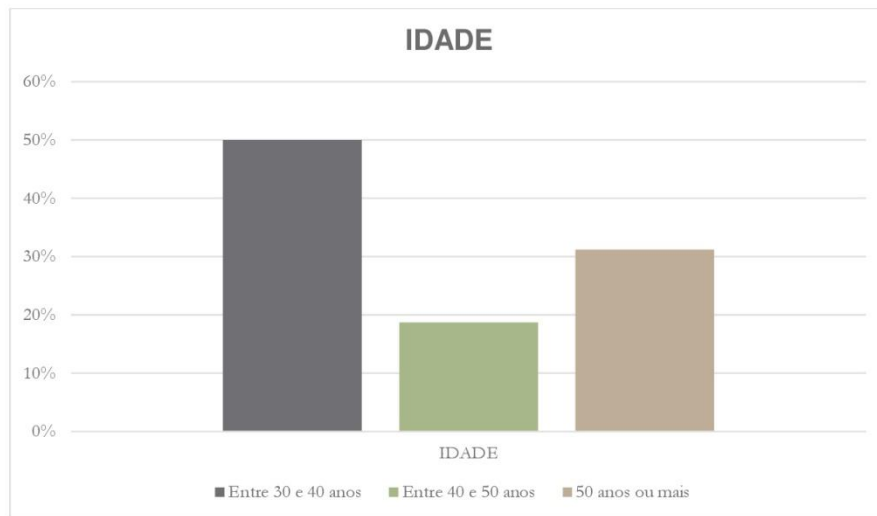
Os dados foram gerados a partir dos 16 pacientes acolhidos:

IMC: Média de 50,39 kg/m²

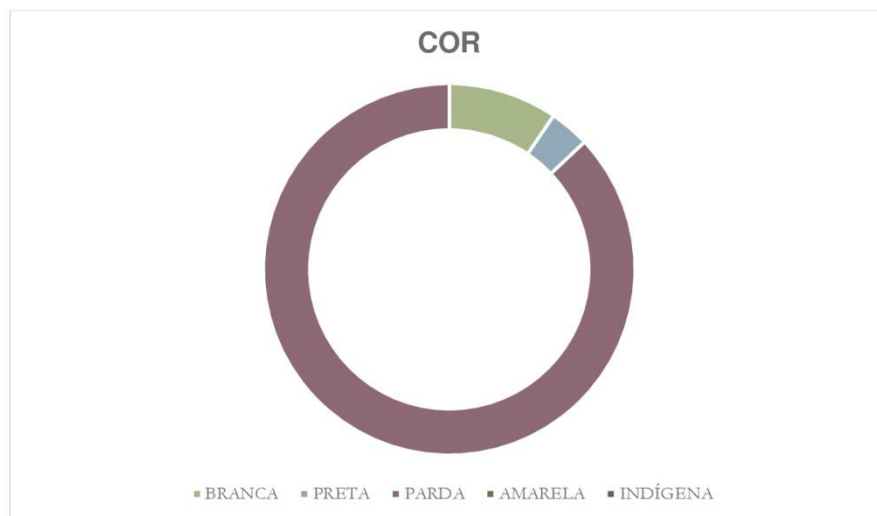
Gênero: 12 mulheres (75%) e 4 homens (25%)



Idade: Média de 42, 6 anos, sendo a idade mínima de 32 anos e, máxima de 59 anos - (50%) tinham idade na faixa entre 30 e 40 anos.



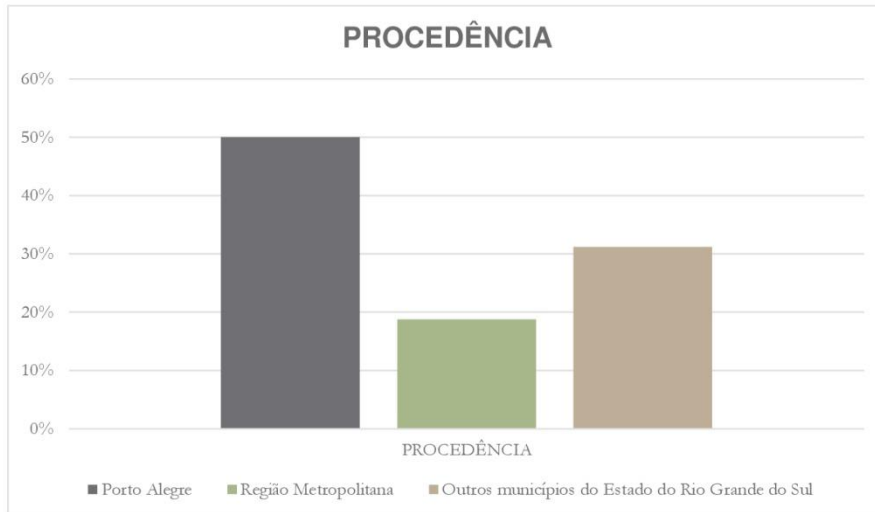
Cor: 11 pacientes (68%) se autodeclarou branco(a), 4 (25%) preto (a) e apenas 1(6,2%) pardo(a). Nenhum paciente atendido identifica-se como amarelo ou indígena



Procedência:

8 pacientes (50% eram provenientes de Porto Alegre, 3, eram oriundos da Região Metropolitana, sendo 1 de Esteio, 1 de Gravataí e 1 de Sapucaia do Sul. Ainda 5 pacientes (31,2%) eram provenientes de outros municípios do

estado, sendo 1 de Venâncio Aires, 1 de Uruguaiana, 1 de Marque de Souza, 1 de Sapiranga e outro de Tramandaí. Todos pacientes acolhidos são procedentes do estado do Rio Grande do Sul.



Escolaridade:

Ensino Fundamental Incompleto: 56% dos pacientes (9 pacientes)

Ensino Fundamental Completo: 2 pacientes

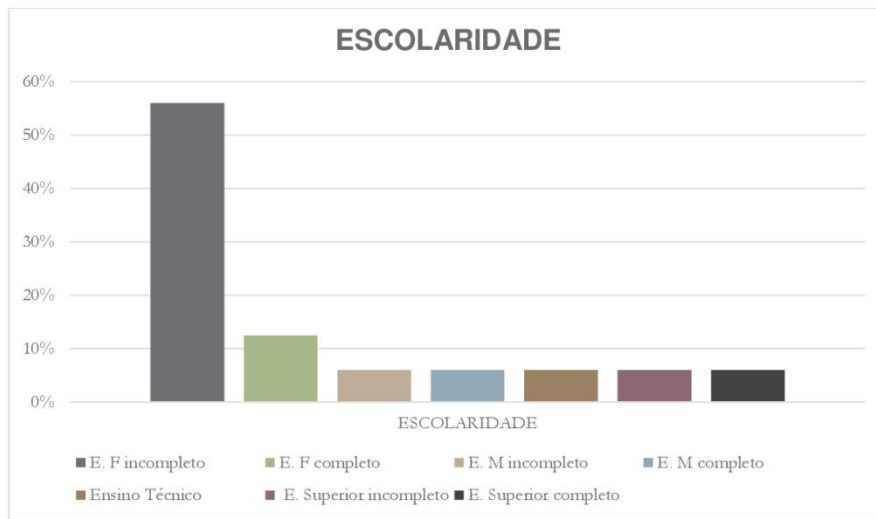
Ensino Médio incompleto: 1 paciente

Ensino Médio Completo: 1 paciente

Ensino Superior Incompleto: 1 paciente

Ensino Técnico (técnico em enfermagem): 1 paciente

Ensino Superior Completo: 1 paciente



Em relação ao vínculo com o trabalho, fora relatado, quase que pela totalidade dos pacientes, a dificuldade em empregar-se devido ao grande estigma social da obesidade perante a lógica produtivista do mercado capitalista. Foi recorrente, também, o relato das dificuldades no desenvolver das suas funções devido às limitações físicas imposta pela obesidade, assim como na execução das atividades diárias, inclusive as que envolvem o autocuidado. Os números expressam tal realidade: 6 pacientes (37,5%) estão desempregados no momento, 4 (25%) estão vinculados a benefícios previdenciários (3 pacientes recebem Auxílio-Doença e 1 paciente é aposentado por invalidez).

APÊNDICE C – Documento síntese: solicitação de medicamentos pela defensoria pública

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELA DEFENSORIA PÚBLICA

Situações para solicitar o medicamento via defensoria pública:

- Quando o medicamento não estiver na tabela do SUS (não for fornecido pelo SUS)
- Quando não houver estoque (pelo SUS)

Documentos Necessários levar na Farmácia Estadual - Av Borges de Medeiros:

- RG
- CPF
- Cartão SUS
- Comprovante de Residência
- Laudo médico indicando a necessidade do medicamento

* Importante salientar quando for urgente

Levar na Defensoria Pública:

- Negativa da SES
- RG
- CPF
- Cartão SUS
- Comprovante de Residência