UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

FRANCYNI MARILÍVIA DA SILVA XAVIER

GRAZIELLY HELLEN NASCIMENTO DA SILVA

VITÓRIA VIRGÍNIA BATISTA DA SILVA

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAVE: Uma experiência de estágio no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas EBSERH/UFPE

RECIFE

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADA

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

FRANCYNI MARILÍVIA DA SILVA XAVIER

GRAZIELLY HELLEN NASCIMENTO DA SILVA

VITÓRIA VIRGÍNIA BATISTA DA SILVA

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAVE: Uma experiência de estágio no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas EBSERH/UFPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do curso de graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.º Dr.º Ana Cristina de Souza Vieira

RECIFE

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Xavier, Francyni Marilívia da Silva .
ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAVE: Uma experiência de estágio no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas EBSERH/UFPE / Francyni Marilívia da Silva Xavier, Grazielly Hellen Nascimento da Silva, Vitória Virgínia Batista da Silva. - Recife, 2024.
110 p. : il., tab.

Orientador(a): Ana Cristina de Souza Vieira
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2024.
Inclui referências, anexos.

1. Obesidade grave. 2. Serviço Social. 3. Sistema único de saúde (SUS). 4. Atuação do/a assistente social. 5. Saúde. I. Silva, Grazielly Hellen Nascimento da. II. Silva, Vitória Virgínia Batista da . III. Vieira, Ana Cristina de Souza. (Orientação). IV. Título.

360 CDD (22.ed.)

FRANCYNI MARILÍVIA DA SILVA XAVIER

GRAZIELLY HELLEN NASCIMENTO DA SILVA

VITÓRIA VIRGÍNIA BATISTA DA SILVA

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAVE: Uma experiência de estágio no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas EBSERH/UFPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do curso de graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 18 / 10 / 2024.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Dr.ª Ana Cristina de Souza Vieira (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

_____

Prof.ª Sandra Maria Batista Silveira (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

_____

Prof.ª Dr.ª Renata Ramos Severo (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco

Dedicamos este trabalho a todos/as os/as usuários do Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas - UFPE e os/as assistentes sociais que cumprem a sua função com grande empenho, dedicação e amor.

AGRADECIMENTOS

Francyni Marilívia da Silva Xavier

A Deus toda honra e toda glória, pois sem Ele nada poderia fazer. “Que darei eu ao Senhor, por todos os benefícios que me tem feito?” (Salmos 116:12).

Aos meus pais, Geremias e Francileide, sou imensamente grata pelo suporte em todos os momentos. Sem o apoio de vocês, carinho e sacrifícios ao longo da minha vida, não teria conseguido chegar até aqui. Vocês sempre estiveram presentes, acreditando e incentivando-me a seguir em frente. E ao meu irmão, Edson Neto, por estarmos sempre juntos. Este trabalho é uma pequena parte de tudo que fazem, e por isso, dedico-os a esta conquista.

Ao meu noivo e melhor amigo, João Vinícius, um grande encorajador de tudo que eu faço. Agradeço por todo o apoio, paciência e compreensão nos momentos mais desafiadores deste processo. Obrigada por estar ao meu lado em cada etapa, sempre com um sorriso e uma palavra de motivação. Você é o maior presente que Deus me deu!

Aos meus familiares, agradeço demais, especialmente às minhas primas, Francianny e Marília, e a minha avó, Lucinha, obrigada por todo carinho e por sempre regozijar comigo no meu crescimento profissional.

Minha gratidão a, Grazielly, Cleyciane, Suelayne, Ana Karla e Luiza, que estiveram comigo na maior parte dessa trajetória nos momentos que mais precisei ao longo dos anos na universidade. Vivi momentos desafiadores, mas também de enorme crescimento pessoal e acadêmico. Nenhuma dessas conquistas seria possível sem o apoio de vocês, que foram muito mais do que simples colegas de curso. Vocês fizeram esta caminhada mais leve, mais divertida e, certamente, mais enriquecedora. Agradeço, sobretudo, à minha dupla de estágio, Laura Miranda, obrigada pela parceria incansável, pela troca de ideias e pelo apoio mútuo em cada desafio que enfrentamos. O estágio foi uma fase intensa e, sem sua dedicação, companheirismo e comprometimento, o caminho teria sido bem mais difícil. Juntas, superamos dificuldades, aprendemos e evoluímos como profissionais e como

pessoas. Para todas, desejo um percurso profissional de muito sucesso, lembrarei sempre de vocês!

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento à Grazielly e Virgínia que estiveram comigo nesta jornada do TCC. Foi uma caminhada cheia de desafios, mas também de muitos aprendizados. Enfrentamos prazos apertados, revisões intermináveis e momentos de incerteza, mas também celebramos pequenas vitórias e compartilhamos conhecimentos que fizeram toda a diferença. Agradeço pela paciência, pelas inúmeras horas de trabalho em equipe, pelas discussões construtivas e pela amizade que se fortaleceu ao longo deste percurso. Esta conquista é nossa!

Deixo também a minha gratidão para a nossa professora e supervisora, Ana Vieira, que se disponibilizou para estar conosco nesta orientação. Seus ensinamentos, paciência e dedicação foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço pelas sugestões valiosas, pelas correções minuciosas e por estar disponível para nos guiar.

Todos vocês são bênçãos em minha vida!!

Grazielly Hellen Nascimento da Silva

Elevo os meus olhos para os montes; de onde me vem o socorro? O meu socorro vem do Senhor, que fez os céus e a terra (Salmos 121:1-2).

Primeiramente, agradeço a Deus por ser minha fortaleza durante esses anos de grande dificuldade e superação em minha vida, sou grata ao eterno pela força que até então não reconhecia em mim e as oportunidades proporcionadas pela permissão dele em minha vida.

Agradeço aos meus pais, Adriano José e Jacinta de Fátima, por serem tão presentes em minha vida e acreditarem sem receios no meu potencial. Sou grata por todas as noites que passaram acordados comigo em momentos de ansiedade e angústia do que estava por vir no futuro. Painho, obrigada por todas as vezes que me levou de bicicleta debaixo de sol e chuva para a universidade e não me deixou desistir de tudo, reconheço o seu esforço e singularidade paterna. Mainha, obrigada

por todos os conselhos que me trouxeram conforto e vontade de recomeçar todos os dias, você é a minha força.

Expresso a minha eterna gratidão e saudades aos meus familiares, sobretudo, a minha querida tia e madrinha, Lúcia de Fátima, ao meu tio, Eduardo Daniel e a minha vovó Zyta, os quais devido à pandemia da Covid-19, descansam em paz nos braços de Deus e acompanharam meu crescimento, sendo exemplos de força, deixando marcas na minha trajetória de vida que jamais esquecerei. Sou muito grata também às minhas queridas tias, Luzia Maria, Alcilene Maria e Maria José por sempre estarem disponíveis a me ajudar e me apoiarem nos momentos mais difíceis, amo vocês.

Agradeço também a todos os meus amigos que me acompanharam na durante essa jornada que está apenas iniciando e estiveram comigo em tempos difíceis, me dando apoio nesses anos tão decisivos em minha vida, vocês foram essenciais para o meu crescimento pessoal e acadêmico.

Às minhas amigas da universidade, especialmente as procrastinadoras, Francyni Marilívia, Suelayne Silva, Cleyciane Silva, Vitória Virgínia, Luiza Duarte e Ana Karla. Amigas essas que viveram momentos de choros, discussões e risadas comigo. Vocês foram a minha válvula de escape em momentos de tensão. Desejo o melhor para cada uma de vocês e as levarei para a vida. À minha amiga da adolescência, Nicole Portela e aos meus primos Adilson José e Laís Zyta por toda parceria em momentos difíceis e felizes que compartilhamos juntos, mesmo diante de conflitos internos entre nós, reconheço a presença significativa de todos em minha trajetória de vida e guardo vocês com carinho em meu coração. Não poderia deixar de fora o meu agradecimento ao meu cachorro, Fofucho Colibri, por todas as recepções felizes após a minha chegada dos dias cansativos na universidade, você é a minha vidinha.

Às minhas amigas de estágio e TCC, Francyni Marilívia e Vitória Virgínia, deixo meu profundo agradecimento, foi uma jornada de muita superação de medos, prazos a cumprir, textos para ler, inúmeras revisões e dúvidas se estávamos no caminho certo, mas apesar dos desafios também celebramos algumas vitórias que jamais esquecerei, agradeço por toda a empatia, disponibilidade, atenção e não me julgarem em nenhum momento. Estamos de posse da vitória!

Por fim, expresso minha gratidão à professora Ana Cristina por toda a disponibilidade, direcionamento, e conhecimento compartilhados nas orientações, à professora Delâine Cavalcanti pelas orientações durante a preparação do projeto de intervenção e a minha querida supervisora de estágio, Renata Severo por todo o conhecimento compartilhado durante a minha experiência de estágio e elaboração da intervenção, vocês foram fundamentais para a construção desse trabalho. Agradeço pelos conselhos, ensinamentos e as críticas construtivas que foram cruciais para a minha formação profissional.

Vitória Virgínia Batista da Silva

Toda a glória seja a Deus que, por seu grandioso poder que atua em nós, é capaz de realizar infinitamente mais do que poderíamos pedir ou imaginar (Efésios 3:20-21)

Eu, Vitória, quero inicialmente expressar minha profunda gratidão a Deus pela sabedoria que recebi ao longo da minha jornada na graduação. Ele foi meu porto seguro, sempre esteve ao meu lado, me apoiou e me sustentou nos dias difíceis. Sei que cada passo da minha vida foi perfeitamente escrito por Ele e que tudo será cumprido no seu determinado tempo.

Agradeço aos meus pais, Virgínia Maria e Marcos Batista, pelo apoio e confiança. Reconheço todo o esforço que fizeram e fazem por mim e, muitas vezes, abdicaram de seus sonhos para me proporcionar uma vida melhor. Pai, obrigada por toda a preocupação e amparo quando precisei. Mãe, obrigada por todos os conselhos e por não me deixar desistir; és exemplo de mulher e minha inspiração. A senhora é sinônimo de força e resiliência.

Ao meu noivo e melhor amigo, Luiz Fernando, por todo o amor, paciência, apoio, amizade e por sempre estar ao meu lado, compartilhando alegrias, desafios e, muitas vezes, sacrifícios. Você foi essencial, meu amor; obrigada por tudo!

Minha imensa gratidão aos meus familiares, sobretudo à memória do meu avô José Virgínio, cuja vida e ensinamentos continuam a inspirar cada passo que dou. Seus cuidados e o seu amor me moldaram para eu ser quem sou hoje. Esta conquista é reflexo do legado que ele deixou em mim. Te amo para sempre, vovô!

À minha tia Erika Caroline, por todo o apoio e carinho que sempre me ofereceu ao longo dessa jornada. Seus conselhos, incentivo e palavras de sabedoria foram fundamentais para que eu pudesse manter o foco e a determinação. Além de ser um pilar emocional, sua generosidade e atenção contribuíram diretamente para que eu alcançasse este objetivo.

Ao meu irmão Filiphy Marcos, que tanto amo, gratidão por cuidar de mim do seu jeitinho.

À minha avó Carmem Lúcia, que sempre esteve ao meu lado durante toda a caminhada, me impulsionando a não desistir e me ajudando como podia. Te amo vovó!

Aos meus queridos amigos da graduação, em especial Welluska Souza, Emanuelle Santos, Victoria Maria, Jéssica Cristina, Suelayne Silva e às minhas grandes companheiras de estágio, Grazielly Hellen e Francyni Marilívia, que estiveram ao meu lado nos momentos difíceis da graduação, fazendo com que a caminhada fosse mais leve. Cada conversa, os momentos de descontração e o suporte emocional foram, sem dúvida, essenciais para a realização deste projeto. Obrigado por acreditarem em mim e por serem parte desta jornada.

Gostaria de agradecer à minha supervisora de estágio, Renata Severo, por ter compartilhado os seus saberes durante todo o estágio supervisionado e por ter me ensinado ainda mais sobre a obesidade. Sua dedicação e profissionalismo me inspiraram e contribuíram significativamente para o sucesso deste trabalho. Foi uma honra ter você como mentora durante essa fase tão importante da minha formação.

Por fim, agradeço imensamente à minha professora orientadora, Ana Cristina, pela orientação excepcional e por todos os conselhos, ensinamentos e conversas que tivemos durante toda a construção do trabalho. Sinto-me privilegiada por ter tido a oportunidade de aprender com uma profissional tão admirada. Gratidão por tudo.

A obesidade é uma doença que exige tratamento sério e intervenção consistente. Não deve ser tratada como se bastasse fazer a dieta da internet. Obesidade não tem a ver com gordura física que deforma o corpo: tem a ver com descompensações emocionais que destroem a alma. O corpo é apenas reflexo.

Antony Valentim

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema a atuação do serviço social no tratamento da obesidade grave: Uma experiência de estágio no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas EBSERH/UFPE. A obesidade é uma doença crônica, com diversos fatores associados e permeada por dificuldades, inclusive para realizar as atividades diárias. Dessa forma, a obesidade grave é considerada quando existe uma quantidade extrema de gordura corporal e um índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 40 Kg/m². A aproximação ao tema deu-se a partir da experiência de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social no Hospital Universitário. O objetivo geral é problematizar a dimensão social da obesidade sob a ótica da atuação do Serviço Social. Como objetivos específicos, foram determinados a identificação dos determinantes e condicionantes sociais que influem nas condições de saúde da pessoa com obesidade; refletir sobre as implicações da precarização do acesso aos serviços de saúde; explicitar as especificidades da atuação do Serviço Social no Programa de Cirurgia Bariátrica - UFPE. No que se refere à metodologia, esta pesquisa é de caráter exploratório e descritivo, com uso dos procedimentos de levantamento bibliográfico e documental. A análise bibliográfica incluiu artigos, livros, trabalhos de conclusão de cursos de graduação, dissertações e trabalhos apresentados nos últimos três Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS). A base documental foi estruturada por Resoluções do Ministério da Saúde, Portarias, Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Serviço Social. A partir da análise realizada, conclui-se que a atuação do Serviço Social é fundamental no enfrentamento da obesidade grave, uma condição que demanda uma abordagem multidimensional. A pesquisa evidenciou que os determinantes sociais influenciam significativamente a saúde das pessoas com obesidade, destacando a necessidade de uma intervenção que leve em consideração as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. As especificidades da atuação no Programa de Cirurgia Bariátrica mostram que o trabalho do assistente social vai além da assistência individual, englobando uma perspectiva de promoção da saúde e defesa dos direitos dos usuários. Assim, este Trabalho de Conclusão de Curso contribui para o entendimento da obesidade como um fenômeno social complexo e reforça a importância da atuação do Serviço Social

na construção de políticas públicas que visem a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Palavras-chave: Obesidade grave; Serviço Social; Sistema único de saúde (SUS); Atuação do/a assistente social; Saúde.

ABSTRACT

This Final Course Work has as its theme the role of social service in the treatment of severe obesity: an internship experience in the Bariatric Surgery Program of the Hospital das Clínicas EBSERH/UFPE. Obesity is a chronic disease, with several associated factors and permeated by difficulties, including in carrying out daily activities. Thus, severe obesity is considered when there is an extreme amount of body fat and a body mass index (BMI) equal to or greater than 40 kg/m². The approach to the theme came from the experience of a Mandatory Curricular Internship in Social Services at the University Hospital. The general objective is to problematize the social dimension of obesity from the perspective of the performance of Social Services. As specific objectives, the following were determined: to identify the social determinants and conditioning factors that influence the health conditions of people with obesity; to reflect on the implications of precarious access to health services; to explain the specificities of the performance of Social Services in the Bariatric Surgery Program - UFPE. Regarding the methodology, this research is exploratory and descriptive, using bibliographic and documentary survey procedures. The bibliographic analysis included articles, books, undergraduate course completion papers, dissertations and papers presented at the last three Brazilian Congresses of Social Workers (CBAS). The documentary base was structured by Resolutions of the Ministry of Health, Ordinances, Resolutions of the National Health Council and the National Council of Social Service. Based on the analysis carried out, it is concluded that the role of Social Service is fundamental in tackling severe obesity, a condition that demands a multidimensional approach. The research showed that social determinants significantly influence the health of people with obesity, highlighting the need for an intervention that takes into account inequalities in access to health services. The specificities of the work in the Bariatric Surgery Program show that the work of the social worker goes beyond individual assistance, encompassing a perspective of health promotion and defense of users' rights. Thus, this Final Course Work contributes to the understanding of obesity as a complex social phenomenon and reinforces the importance of the role of Social Services in the construction of public policies that aim to improve the living conditions and health of the population.

Keywords: Severe obesity; Social Services; Unified Health System (SUS); Social worker's role; Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Vênus de Willendorf

FIGURA 2 - Mapa da Obesidade

FIGURA 3 - Percentual de homens (≥18 anos) com obesidade (IMC ≥30 kg/m2), segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal

FIGURA 4 - Percentual de mulheres (≥18 anos) com obesidade (IMC ≥30 kg/m2), segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal

FIGURA 5 - Levantamento segundo Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (Vigisan)

FIGURA 6 - Levantamento de dados sobre insegurança alimentar com perspectiva de gênero e raça

FIGURA 7 - Modelo Dahlgren e WhiteHead

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Quantidade de publicações dos Anais do XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) do CBAS sobre obesidade

TABELA 2 - Titulação das/os autoras/es das publicações selecionadas

TABELA 3 - Delineamento das publicações selecionadas

QUADRO 4 - Anais do XV CBAS (2016) sobre a atuação profissional na cirurgia bariátrica

QUADRO 5 - Anais do XVII do CBAS (2022) sobre a atuação profissional na cirurgia bariátrica

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ADUFES Associação Brasileira de Estudantes das Universidades Federais

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

APS Atenção Primária de Saúde

BPC Benefício de Prestação Continuada

CAPS Caixas de Aposentadoria e Pensões

CBAS Conselho Brasileiro de Assistentes Sociais

CEFESS Centro de Estudos e Formação de Servidores Públicos

CLT Consolidação das Leis do Trabalho

CNDSS Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CRESS Conselho Regional de Serviço Social

DCNTs Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DF Distrito Federal

EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC Emenda Constitucional

ENESSO Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social

FHC Fernando Henrique Cardoso

GM/MS Gabinete da Ministra/Ministério da Saúde

HC-UFPE Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

HU-UFSC Serviço Social do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

IAP Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC Índice de Massa Corporal

IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

KG Quilograma

LEI LCP Lei de Licitações e Contratos Públicos

LOAS Lei Orgânica da Assistência Social

MPC Modo de Produção Capitalista

MEC Ministério da Educação

MPF Ministério Público Federal

MS Ministério da Saúde

NAF Novo Arcabouço Fiscal

NASF-AB Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NIR Núcleo Interno de Regulação

OMS Organização Mundial da Saúde

PNS Política Nacional de Saúde

PNPS Política Nacional de Promoção à Saúde

PEC Proposta de Emenda à Constituição

PE Pernambuco

POF Pesquisa de Orçamentos Familiares

RAS Rede de Atenção à Saúde

SBCBM Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SISVAN Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional

SPA Serviço Personalizado de Atendimento

SUS Sistema Único de Saúde

TFD Tratamento Fora do Domicílio

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

TEA Transtorno do Espectro Autista

VEM Vale Eletrônico Metropolitano

VIGISAN Vigilância da Segurança Alimentar e Nutricional

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

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 22

2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES SOCIAIS QUE INFLUEM NA SAÚDE DA PESSOA COM OBESIDADE GRAVE..... 26

2.1 Historicidade da Obesidade..... 27

2.2 Caracterização da obesidade..... 29

2.3 Determinantes e Condicionantes da saúde e sua relação com a obesidade.. 39

2.4 O impacto da condição socioeconômica e Questão Social..... 44

3. REFLETIR SOBRE QUAIS AS IMPLICAÇÕES DA PRECARIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE..... 49

3.1. O surgimento da política de saúde pública brasileira..... 49

3.2 Ofensiva neoliberal e a política de saúde..... 54

3.3 Promoção e prevenção da saúde como estratégias para o enfrentamento da obesidade..... 64

4. EXPLICITAR AS ESPECIFICIDADES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE. 68

4.1 As produções com a temática da obesidade nos Anais dos XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS).....69

4.2 O Programa de Cirurgia Bariátrica e as particularidades da atuação do Serviço Social..... 84

4.3 O estágio supervisionado.....91

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 98

REFERÊNCIAS..... 104

1. INTRODUÇÃO

A obesidade grave é uma condição crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, que está associada a uma série de complicações de saúde e a um aumento significativo da mortalidade. Nas últimas décadas, a obesidade tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência da obesidade tem crescido de forma alarmante, impactando tanto indivíduos quanto os sistemas de saúde, que enfrentam desafios complexos para lidar com essa epidemia. Para Halpern, a obesidade nada mais é que “[...] a situação em que determinado indivíduo apresenta uma quantidade de gordura maior do que a quantidade considerada normal” (Halpern, 2001, p.14).

A obesidade está relacionada a várias condições como hipertensão arterial, diabetes mellitus, certos tipos de câncer, complicações vasculares, lesões osteoarticulares e problemas psicológicos e psiquiátricos. Além disso, a obesidade pode também limitar a capacidade de realização de determinadas atividades relacionadas ao trabalho, fazendo com que o impacto social seja ainda maior.

A obesidade não é um acontecimento recente. Sabe-se da existência de indivíduos obesos já na era paleolítica. Ao longo da história da humanidade, as maneiras de produzir e consumir alimentos essenciais para a sobrevivência mudaram conforme ocorreram transformações nas estruturas e organizações sociais. Nas sociedades primitivas, as atividades de caça, pesca e coleta eram as principais fontes de alimento, garantindo a subsistência de todos os membros. Com o surgimento da agricultura, o desenvolvimento de novas ferramentas e técnicas, além do crescimento populacional, a produção de alimentos aumentou progressivamente, gerando excedentes além das necessidades imediatas. Isto possibilitou, com o tempo, a troca de produtos entre diferentes grupos sociais. Vargas e Silva (2016) apontam que nesse período:

> As melhores terras foram sendo tomadas por aqueles que tinham mais poder, os que se apropriavam dos excedentes da produção da comunidade. Aqueles que tinham menos foram obrigados a trabalhar para quem tinha mais. Com isso, a sociedade tornou-se desigual e a propriedade da terra deixou de ser coletiva, passando a ser privada (Vargas; Silva, 2016, p. 26).

Com o desenvolvimento do capitalismo, estabeleceu-se uma nova forma das sociedades se organizarem, o que também transformou a maneira de produzir e consumir alimentos. Vale destacar que, nas sociedades anteriores, havia uma grande variedade de alimentos. No entanto, com o capitalismo, a produção alimentar passou a ser dominada pela monocultura, caracterizada pelo cultivo de um único tipo de grão, semente ou fruto, entre outros, com a produção voltada principalmente para a exportação e visando ao lucro. Além disso, o processo de expropriação de terras forçou milhares de trabalhadores rurais a abandonarem o campo e se tornarem assalariados nas grandes indústrias capitalistas, buscando garantir sua sobrevivência, já que perderam o controle sobre suas terras.

A partir da década de 1990, a indústria de alimentos ultraprocessados ganhou destaque no Brasil, impulsionada pelos ajustes neoliberais implementados pelo governo. Em meio à busca por soluções para superar a crise econômica, uma das principais estratégias adotadas foi a abertura da economia ao capital estrangeiro. De acordo com Afiune (2020, p. 3), “[...] a ideia era estimular novos negócios e atrair investimentos estrangeiros que ajudariam a recuperar a economia do país”.

Dessa forma, as grandes empresas investem fortemente nas propagandas de seus produtos, o que gera uma grande influência no que as pessoas escolhem para a alimentação, no caso, nesse cenário é voltado para o consumo de alimentos não saudáveis. No entanto, é fundamental destacar que os produtos industrializados e ultraprocessados são extremamente prejudiciais à saúde e podem contribuir para o desenvolvimento de doenças crônicas, como a obesidade.

Por meio desses apontamentos, compreende-se que a doença em questão é uma expressão da questão social na contemporaneidade, estando os assistentes sociais inseridos neste cenário.O Serviço Social, como profissão, tem a capacidade de integrar e formar equipes multidisciplinares na área da saúde (CFESS, 1999), sobretudo, tem um compromisso ético e político de atuar na viabilização dos direitos dos indivíduos, promovendo o acesso aos serviços de saúde de forma integral e humanizada. No campo do tratamento da obesidade, os profissionais de Serviço Social têm o desafio de lidar com fatores que vão além das questões biomédicas, como as condições socioeconômicas, os estigmas sociais e as barreiras de acesso a tratamentos adequados. No âmbito hospitalar, essa atuação se torna ainda mais

essencial, uma vez que a obesidade grave frequentemente demanda intervenções multidisciplinares, nas quais o assistente social atua como articulador entre os diversos profissionais e as necessidades sociais dos pacientes. Nesse contexto, o papel do Serviço Social no acompanhamento e tratamento de pessoas com obesidade grave assume uma importância singular, sobretudo por seu enfoque nas dimensões sociais, econômicas e emocionais que permeiam essa condição. Dessa forma, as/os assistentes sociais precisam:

> Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença e buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde (CFESS, 2010, p. 30).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso se deu a partir da experiência de Estágio Curricular Obrigatório do Curso da Graduação em Serviço Social vivenciada no Hospital Universitário: Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC/UFPE). Esse hospital se configura como um dos principais centros de tratamento da obesidade grave no Nordeste do Brasil, oferecendo atendimentos especializados que vão desde o acompanhamento ambulatorial até intervenções cirúrgicas, como a cirurgia bariátrica. O estágio foi um facilitador para aproximação com a temática, de modo que viabilizou a oportunidade de sermos supervisionadas pela assistente social que compõe o Programa de Cirurgia Bariátrica, o que permitiu a aproximação das intervenções e vivências direcionadas a usuários/as que foram diagnosticados/as com obesidade grave, tendo suas vidas marcadas pela dificuldade de inserção na sociedade, preconceitos e constrangimentos. Além disso, foi responsável por proporcionar ao estudante vivenciar a prática profissional de forma intensa, sendo confrontado com os desafios e potencialidades da intervenção social junto a pacientes, que enfrentam não apenas as dificuldades impostas pela obesidade mas também questões relacionadas à vulnerabilidade social, baixa escolaridade, desemprego, e exclusão social.

Outrossim, investigar a obesidade é relevante, pois essa condição apresenta particularidades ligadas a preconceitos e estigmas. Essas características envolvem tanto as pessoas afetadas quanto a necessidade de adaptação dos indivíduos obesos no contexto social em que vivem. A obesidade constitui um problema social, pois parte do princípio de ser fruto da desigualdade social. Contudo, esse fator não

deve ser considerado o único indicador, já que grupos vulneráveis enfrentam condições de escassez alimentar, resultando na falta de acesso a alimentos saudáveis. Ademais, a sociedade ainda associa a obesidade à "preguiça" e não a reconhece como uma condição médica legítima, o que intensifica a discriminação e o preconceito em relação a essa doença grave. Essa hipótese foi confirmada durante o estágio, uma vez que os participantes obesos relataram não ter acesso a alimentos saudáveis devido à baixa renda, além de mencionarem a falta de compreensão da sociedade sobre a obesidade.

O estudo se debruça sobre as interfaces entre a saúde e o social, evidenciando como o tratamento da obesidade, especialmente em seus casos mais graves, exige um olhar para além do clínico, considerando as implicações sociais que afetam diretamente o curso do tratamento e a qualidade de vida dos pacientes. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, adotando como procedimentos metodológicos o estudo bibliográfico e a análise documental. A revisão bibliográfica foi pautada a partir de: artigos, revistas, livros e congressos específicos, TCCs e dissertações relacionados com o tema do estudo, além das elaborações publicadas nas últimas três edições do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), efetuados em 2016, 2019 e 2022. Com base na leitura, interpretação e organização dos dados, foram considerados os aspectos ligados à prática do Serviço Social no Tratamento da Obesidade, devidamente mencionados e referenciados. A coleta de dados e a análise documental foi realizada com a identificação de documentos públicos, constituídos por Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde, Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Federal de Serviço Social.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos, sendo o primeiro a introdução e o último as considerações finais. O segundo capítulo é pautado na contextualização sócio-histórica da obesidade e suas especificações. Na segunda subseção, tem-se a concepção da Obesidade dentro da Política Nacional de Saúde (PNS). A terceira, por sua vez, trata dos determinantes e condicionantes da obesidade. A quarta subseção retrata a obesidade como questão social e seus impactos na sociedade. O terceiro capítulo é direcionado para as implicações da precarização do acesso aos serviços de saúde. Inicialmente, é discutido o surgimento e a contextualização da Política de Saúde no Brasil. Na sequência, o

capítulo aborda a ofensiva liberal e a política de saúde. Na última subseção, é analisada a promoção da saúde como estratégia de enfrentamento contra a obesidade.

O quarto capítulo discorre sobre o levantamento de produções teóricas brasileiras e dos trabalhos publicados relacionados à Atuação Profissional do Assistente Social no Tratamento da Obesidade nos Anais dos XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), produções essas ainda incipientes no quesito obesidade. Em seguida, aborda reflexões quanto à atuação do Serviço Social no Programa de Cirurgia Bariátrica no Hospital das Clínicas/UFPE. Trata-se do surgimento do Programa de Cirurgia Bariátrica dentro da instituição, regulação dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e toda a sua estrutura para atender os usuários que são diagnosticados com obesidade. Dando continuidade, o capítulo relata como é o estágio supervisionado de Serviço Social dentro do Programa, trazendo as características da integralidade no espaço da assistência em saúde e da sua importância para a prática profissional e para o trabalho multidisciplinar.

Esta pesquisa poderá enriquecer a discussão teórico-metodológica, ético-política e interventiva do Serviço Social dentro do campo da Obesidade, compreendendo o acesso ao tratamento e intervenções como direito social dos/das usuários/as que os necessitam e, considerando as expressões da questão social que se manifestam na realidade dos pacientes com obesidade e de suas famílias.

2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES SOCIAIS QUE INFLUEM NA SAÚDE DA PESSOA COM OBESIDADE GRAVE

A saúde das pessoas com obesidade é influenciada por uma variedade de determinantes e condicionantes sociais. Esses fatores vão além do indivíduo e estão enraizados em aspectos sociais, econômicos e culturais que afetam a saúde de maneira direta ou indireta. Os determinantes e condicionantes sociais da obesidade são complexos e interligados, requerendo abordagens multidisciplinares para a prevenção e tratamento eficazes. Políticas públicas que promovam a educação, o

acesso a alimentos saudáveis e espaços para atividade física são essenciais para aprimorar as condições de saúde da pessoa com obesidade.

O capítulo em questão irá discorrer sobre as transformações sócio-históricas relacionadas à alimentação e à obesidade, partindo de um contexto pré-histórico, trazendo a reflexão dos impactos da Revolução Industrial e de suas transformações urbanas, que implicaram diretamente na insegurança alimentar contemporânea. Em seguida, serão mencionadas as características da obesidade, Resoluções do Ministério da Saúde, a Portaria das Diretrizes da Organização da prevenção e do Tratamento da Obesidade. A terceira subseção destaca os determinantes e condicionantes da saúde que perpetuam a obesidade. Por fim, na quarta subseção discutiremos os impactos sociais no tratamento da obesidade, e como a desigualdade social influencia na disponibilidade de alimentos saudáveis na mesa dos indivíduos, a partir do seu valor econômico.

2.1 Historicidade da Obesidade

Historicamente, por um longo período, a obesidade tem sido retratada pela sociedade como sinônimo de fartura, riqueza e elevação social. O padrão de beleza que atualmente valoriza e sexualiza a estética da magreza, no período em que antecede o surgimento do homem moderno, já cultuou e expressou em forma de arte o corpo com excesso de peso. Não muito distante do que se considera construir uma idealização do corpo com sobrepeso a um sentido sexual, especificamente, a figura feminina com excesso de peso, nos primórdios da humanidade, tem sido apresentada e expressa em arte como um símbolo fértil e que esbanja saúde. A título de ilustração, pode-se observar a escultura feminina (figura 1) denominada “Vênus de Willendorf”, que é considerada uma espécie de amuleto que carrega consigo uma representação pré-histórica munida de um significado espiritual relacionado à fertilidade.

FIGURA 1 - Vênus de Willendorf

Fonte: Revista Galileu (2022).

Segundo Warangham (2009), Crispim (2010) e Távora (2011), pode-se refletir que, no período paleolítico, em que a escultura da “Vênus Willendorf” era utilizada de forma espiritual/mitológica, sua importância era proveniente de uma força sobrenatural relacionada à sobrevivência de grupos caçadores e coletores, e também às ameaças vivenciadas quanto à escassez de alimento em decorrência das mudanças climáticas. Por apresentar uma estrutura corporal com proporções e formas avantajadas, alguns historiadores acreditam que o amuleto era passado a cada geração entre as mulheres como uma forma de atrair para si a fartura do excesso de peso, considerado como uma idealização estética bastante rara de ser encontrada, em decorrência do cenário de escassez que a humanidade vivia na época das sociedades comunais.

Diante do recorte histórico abordado, é importante refletir como as práticas de consumo, assim como o surgimento da obesidade, apresentam uma camada de significados socioculturais diferentes, à medida que ocorrem mudanças no tempo e espaço. É interessante como o fogo, apesar de ser um elemento poderoso, mas comum nos dias atuais, contribuiu para a dispersão geográfica da humanidade, assim como teve influência no processo de inovações culturais e transformações no

ato de consumir. Portanto, o homem, a partir da criação de instrumentos de caça, conseguiu selecionar os animais que seriam usados para alimentação, o fogo possibilitou que a humanidade pudesse desfrutar de uma deglutição mais prazerosa dos alimentos. É nítido que esses fatores influenciaram significativamente no desenvolvimento do processo de armazenamento e manejo dos alimentos durante as migrações de grupos ancestrais.

A relação de dependência do homem com a disponibilidade de alimento e as variações da natureza ao longo do tempo foram deixando de ser um problema no que consiste à evolução da humanidade. O desenvolvimento da agricultura possibilitou a fixação dos grupos de humanos nos territórios e a diminuição do deslocamento constante de um território para outro, muitas vezes de forma sazonal, em busca de alimento e segurança, como ocorria anteriormente durante o predomínio do estilo de vida nômade. Com o passar dos séculos e aprimoramento da vida doméstica, a humanidade vivenciou um aumento da concentração populacional nas cidades que foram estabelecidas e as transformações advindas da revolução industrial, inserindo-se de maneira alienada em uma sociedade do consumo excessivo, o que, consequentemente, resultou na lógica do abastecimento e no aumento da produção de alimentos.

No entanto, a vida nos grandes aglomerados urbanos, ainda que fosse mais segura quando comparada aos perigos enfrentados durante a sobrevivência nas sociedades pré-capitalistas, passou a desafiar cada vez mais o bem-estar humano em troca de segurança, pois viviam como moribundos adoecidos por longas jornadas de trabalhos em fábricas insalubres, com moradias em péssimas condições e sujeitos a inúmeras doenças. Diante desses fatores, observa-se os primeiros indícios do que podemos considerar como uma preocupação com a segurança alimentar.

2.2 Caracterização da obesidade

A obesidade é um problema de saúde pública crescente que se verifica no mundo todo e atinge todas as camadas sociais; configura-se como uma doença crônica de natureza multifatorial (fatores nutricionais, genéticos e sociais) caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo, o qual acarreta prejuízos

à saúde que tornam difícil o tratamento da doença. Segundo a definição da Portaria Nº 424 de 19 de março de 2013 do Ministério da Saúde, a obesidade é uma condição crônica e fator de risco para outras doenças como diabetes; hipertensão arterial; doenças cardiovasculares; câncer; entre outras, é também uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida, considerando os aspectos que possui e que dizem respeito aos hábitos do indivíduo e determinações sociais relacionadas à produção e distribuição de alimentos, condições materiais de existência das populações e a forma de organização e gestão de políticas públicas. Uma pessoa é considerada obesa quando o:

> peso corporal está grosseiramente acima do peso aceitável ou ideal, geralmente devido a acúmulo excessivo de gorduras no corpo. Os padrões podem variar com a idade, sexo, fatores genéticos ou culturais. Em relação ao índice de massa corporal, um indivíduo com IMC maior que 30,0Kg/m2 é considerado obeso e com IMC acima de 40,0 km/m2 é considerado morbidamente obeso. (CID-10 Extended, 2023).

É evidente que as discussões sobre as determinações sociais, econômicas, políticas e culturais que influenciam no desenvolvimento da obesidade são bastante novas na esfera hospitalar, assim como o debate sobre a inserção do serviço social no tratamento da obesidade. No Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas, identifica-se um público de maior complexidade, que é o subgrupo com o Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou acima de 40 kg/m², o qual consiste em uma parcela de usuários/as que necessitam urgentemente da cirurgia, mas que não podem realizá-la na celeridade em função da situação clínica e social. Nessa perspectiva, o olhar social se faz necessário no processo de compreensão dos fatores determinantes e condicionantes que estão interligados com o surgimento da obesidade, especificamente, em uma população que apresenta uma situação de extrema vulnerabilidade social.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2016), a obesidade é classificada com base no índice de massa corporal (IMC) definido pelo cálculo do peso corporal, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura, em metros quadrados (IMC =kg/h2 [m]), e também pelo risco de mortalidade associada. Os indivíduos com indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade são aqueles com obesidade grau

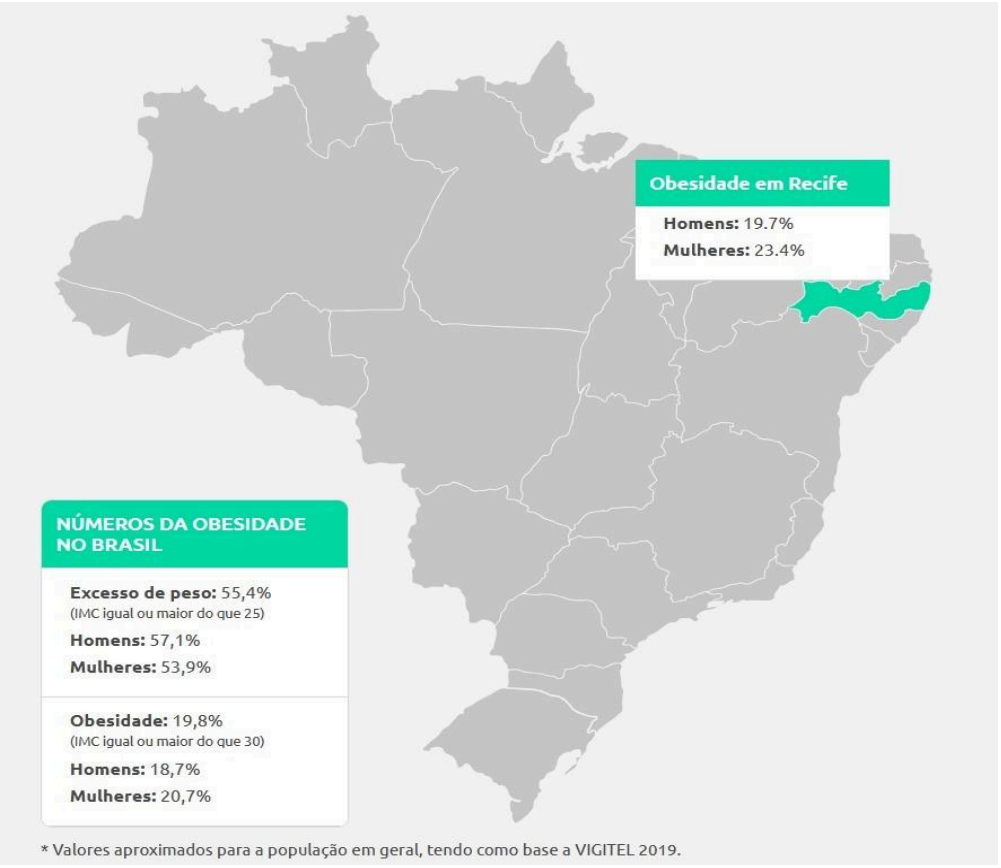
III e obesidade grau II com comorbidades, conforme os critérios estabelecidos na Portaria Nº 424/GM - Gabinete do Ministro/MS - Ministério da Saúde, de 19 de março de 2013, da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Para organização do cuidado aos indivíduos nas demais fases do curso da vida que apresentem sobrepeso e obesidade deverá ser observada a equivalência dos critérios de classificação por IMC e as especificidades do tratamento. A Portaria informa que os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade nas diferentes fases do curso da vida devem seguir as referências do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), no caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC ³ 25 kg/m2 e < 30 kg/m2 e com obesidade aqueles com IMC ³ 30 kg/m2, sendo a obesidade classificada em: I - Grau I: indivíduos que apresentem IMC ³ 30 kg/m2 e < 35 kg/m2; II - Grau II: indivíduos que apresentem IMC ³ 35 kg/m2 e < 40 kg/m2; e III - Grau III: indivíduos que apresentem IMC ³ 40 kg/m2.

Entre os graus da obesidade, o grau I é também considerado como sobrepeso quando o indivíduo está com o índice de massa muscular (IMC) mais elevado do que deveria. Mesmo considerada leve, pode acarretar riscos para a saúde, como complicações metabólicas e cardiovasculares. A obesidade de grau II é conhecida como obesidade moderada, os riscos para a saúde são mais elevados e, desse modo, o acompanhamento médico é mais rigoroso com esses pacientes. A obesidade grau III, conhecida como mórbida, é quando o indivíduo possui um grande excesso de peso e um risco elevado de complicações. Além disso, os indivíduos com obesidade mórbida podem apresentar dificuldade em realizar atividades diárias, problemas respiratórios, dores articulares, dificuldade de mobilidade, entre outros. Os pacientes que apresentam esse grau de obesidade são os que mais necessitam do tratamento da obesidade. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde PNS/2020 em 2021, 9,1 milhões de indivíduos adultos atendidos na Atenção Primária de Saúde (APS) já tinham diagnóstico de excesso de peso e, mais de 4 milhões, de obesidade, sendo que 624 mil tinham obesidade grave (grau III).

De acordo com dados divulgados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO), a Organização Mundial de Saúde afirma: a obesidade é um dos mais graves problemas de saúde que temos para enfrentar. Em 2025, a estimativa é de que 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo

estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade, isto é, com um índice de massa corporal (IMC) acima de 30. No Brasil, essa doença crônica aumentou 72% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019. Diante dessa prevalência, vale chamar a atenção que, de acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a frequência de obesidade é semelhante em homens e mulheres. Nestas, a obesidade diminui com o aumento da escolaridade. Já em relação à obesidade infantil, o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde apontam que 12,9% das crianças brasileiras entre 5 e 9 anos de idade têm obesidade, assim como 7% dos adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos. A figura 2 destaca a obesidade no estado de Pernambuco e demonstra que no conjunto das 27 cidades, a frequência de excesso de peso foi de 55,4%, sendo ligeiramente maior entre homens (57,1%) do que entre mulheres (53,9%).

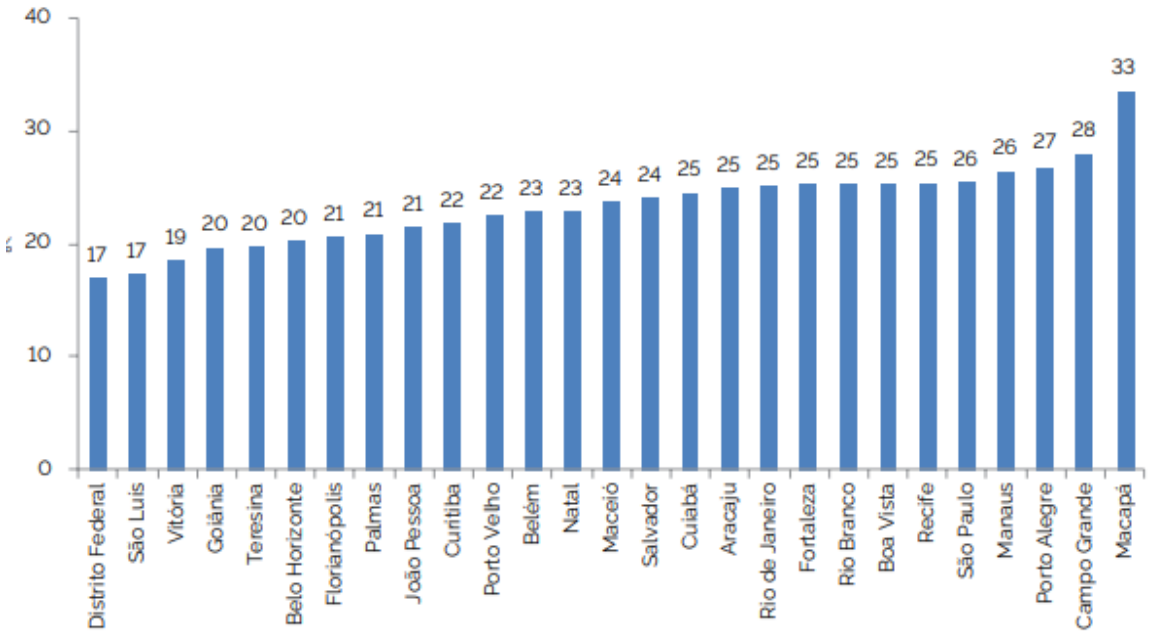
FIGURA 2 - Mapa da Obesidade



Fonte: Vigitel, 2019.

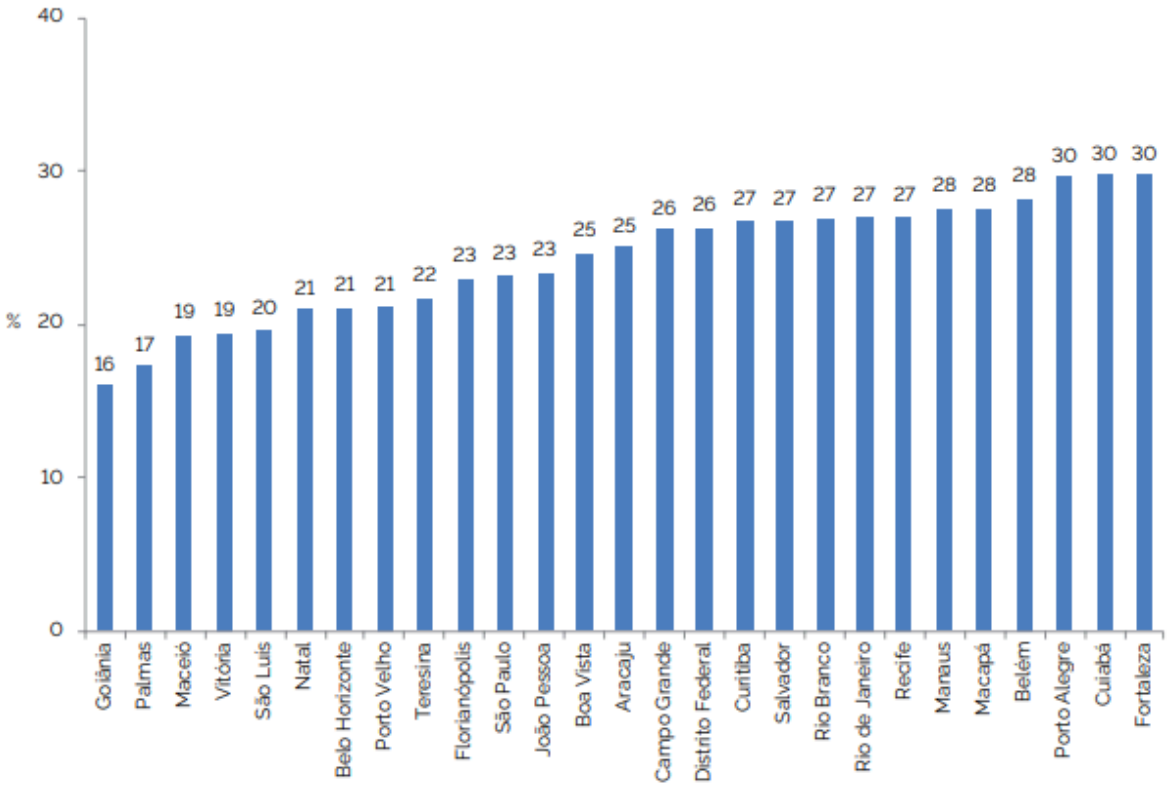
Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2023, no conjunto das 27 cidades, a frequência de excesso de peso foi de 61,4%, sendo maior entre os homens (63,4%) do que entre as mulheres (59,6%). No total da população, a frequência dessa condição aumenta até 54 anos. Comparando com os dados coletados da VIGITEL 2019 pela ABESO, apresentado nas figuras 3 e 4, observou-se um aumento de 6% na frequência de excesso de peso no ano de 2023.

FIGURA 3 - Percentual de homens (≥18 anos) com obesidade (IMC ≥30 kg/m2), segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal.



Fonte: Vigitel, 2023.

FIGURA 4 - Percentual de mulheres (≥18 anos) com obesidade (IMC ≥30 kg/m2), segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal.



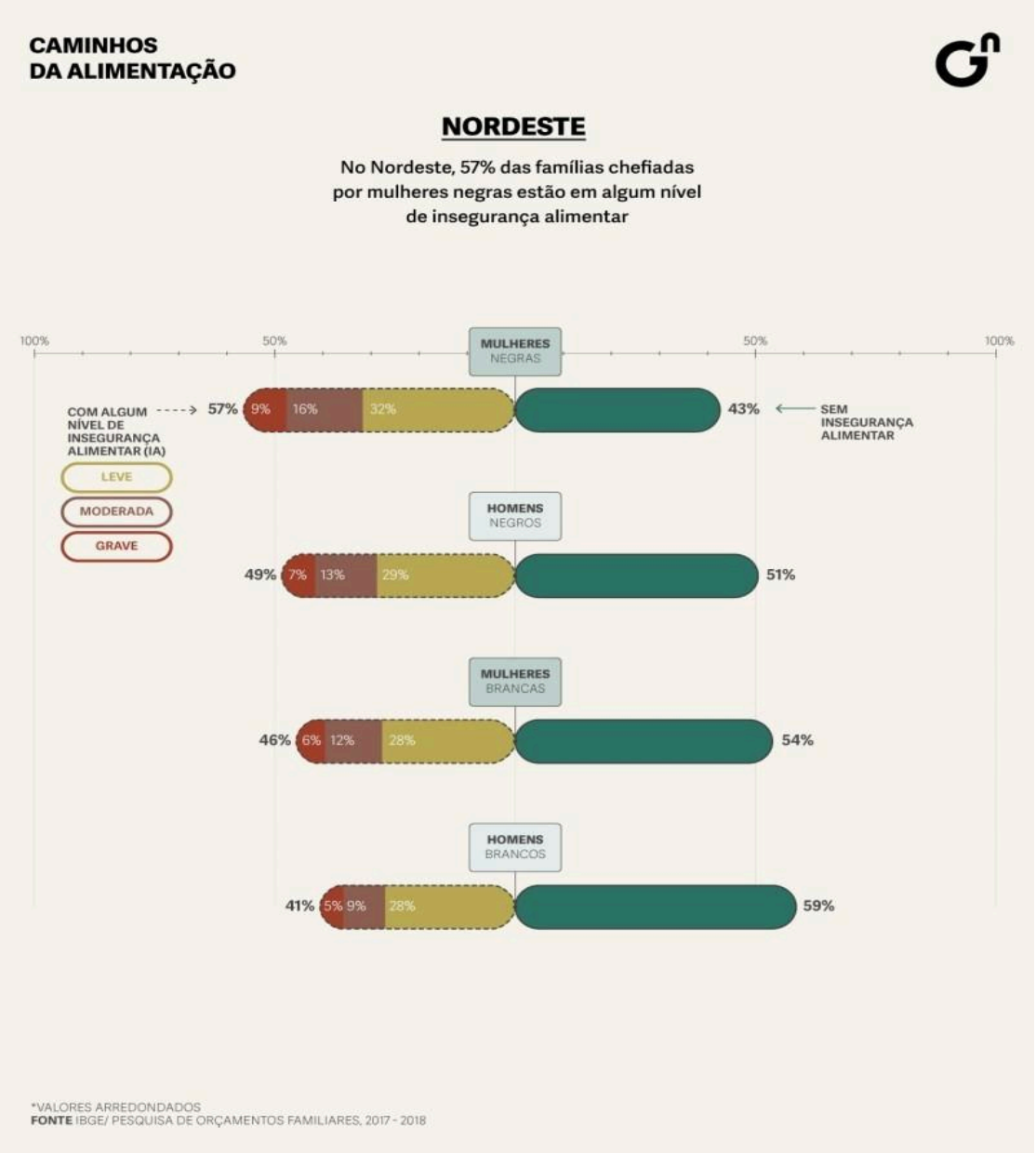
Fonte: Vigitel, 2023.

No conjunto das 27 cidades, conforme foi de 24,3%, semelhante entre as mulheres (24,8%) e os homens (23,8%). A frequência de obesidade tendeu a ser maior nas faixas etárias com a idade até os 54 anos na população total e para os homens, e até 64 anos para mulheres. Para a população total e para as mulheres, a frequência de obesidade diminuiu com o aumento da escolaridade.

FIGURA 5 - Levantamento segundo Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (Vigisan)

Fonte: Inquérito Nacional sobre insegurança alimentar no contexto da Pandemia da Covid-19 (2023).

FIGURA 6 - Levantamento de dados sobre insegurança alimentar com perspectiva de gênero e raça



Fonte: IBGE/ Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017-2018).

A fome no Brasil tem raça e gênero. A partir dos dados de privação alimentar comparados entre a população negra feminina e as demais raças nas figuras 5 e 6, torna-se relevante refletir sobre o que chega à mesa das mulheres pretas, principalmente, no nordeste brasileiro. A insegurança alimentar entre mulheres pretas inclui diversos fatores sociais, como renda, acesso a transporte e saúde,

sobreposição de jornada de trabalho, além do desequilíbrio emocional devido à rotina exaustiva com o trabalho e atividades do lar, entre outros fatores. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares, 57% das famílias chefiadas por mulheres negras na região Nordeste sofrem com a insegurança alimentar, enquanto a média nacional para o mesmo grupo populacional é de 51%. O debate sobre os caminhos da alimentação e o acesso da comida saudável a partir de uma perspectiva de gênero, raça e território é algo que deve ser considerado como fundamento para o desenvolvimento das políticas públicas de combate à fome no Brasil. Desvelar a realidade social vai muito além de apenas percorrer pelo trajeto histórico do cotidiano de uma população que encontra-se em situação de vulnerabilidade, mas também envolve traçar estratégias como forma de diminuir as desigualdades sociais. A título de exemplo, mergulhar na trajetória de vida de uma mulher negra, chefe de família e mãe de filhos com diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA), a qual a única renda é proveniente do Bolsa Família e apresenta quadros de depressão e ansiedade, expressa o quanto o olhar social é necessário para o conhecimento dos fatores que culminam na insegurança alimentar de uma pessoa e, posteriormente, no diagnóstico da obesidade, além das dificuldades enfrentadas para dar continuidade ao tratamento em decorrência das limitações financeiras. A atuação profissional “requer ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes” (Iamamoto, 2001, p. 21).

A canção “Sementes”, dos artistas Emicida e Drik Barbosa (2020), reflete a realidade social de jovens pretos periféricos frente a uma sociedade em que a desigualdade social impera:

> [...] Com 8 ela limpa casa de família, em troca de comida
> Mas só queria brincar de adoleta
> Sua vontade esconde-esconde
> Já que a sociedade pega-pega sua liberdade
> E transforma em tristeza
> Repetiu na escola por falta, ele quer ir mas não pode
> Desigualdade é presente e tira seus direitos
> Sem escolha: trabalha ou rouba pra viver
> Sistema algoz, que o arrancou da escola
> E colocou pra vender bala nos faróis

> Em maioria, jovens pretos de periferia
> Que tem direito a vida plena
> Mas só conhece o que vivencia:
> Insegurança, violência e medo
> Trabalho infantil é um crime e tem cor e endereço
> Prioridade nossa é assegurar que cresçam e floresçam
> Alimentar a potência delas
> A liberdade delas não tem preço
> Merecem o mundo como um jardim e não como uma cela [...].

Marques e Gaya (1999), afirmam que a escola é sugerida como o local mais apropriado para as intervenções relacionadas à saúde, é o espaço de construção do conhecimento e da autonomia crítica acessível para crianças e adolescentes. Tanto a música quanto a citação fazem uma grande referência sobre a importância da educação como uma ferramenta de transformação social. Ambas destacam a educação para além de um aprendizado acadêmico, mas também um espaço que possa promover intervenções relacionadas à criação de uma autonomia crítica para que jovens e crianças tomem decisões conscientes que promovam a eles escolhas positivas, proporcionam a transformação em sua realidade social e melhore a qualidade de vida das futuras gerações.

Dessa forma, o acesso a informações pode promover uma vida mais saudável, como a prevenção de doenças, em especial a obesidade. O acesso à escolaridade proporciona melhores oportunidades de emprego e renda, que influenciam na capacidade de consumir alimentos mais benéficos para a saúde. A autonomia crítica permite com que as pessoas avaliem suas escolhas alimentares e padrões de comportamento oferecidos pela sociedade, o que se torna fundamental em um mundo onde a publicidade dos alimentos ultraprocessados é massiva.

No entanto, nem toda a sociedade consegue acesso a uma educação de qualidade, uns não conseguem ao menos aceder à escola, tendo como exemplo a população preta, que em muitos países enfrenta uma grande vulnerabilidade socioeconômica, o que acaba limitando a disponibilidade a alimentos nutritivos, a falta de orientação nutricional e o acompanhamento médico adequado para prevenção da obesidade. De acordo com estudos brasileiros realizados, foi

verificado que o predomínio de obesidade em mulheres negras é superior ao que foi constatado em mulheres brancas, os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) atestam que a prevalência de obesidade foi maior entre as mulheres pretas (20,6%) quando comparadas às pardas (16,5%) e brancas (15,9%), refletindo questões da desigualdade estrutural e socioeconômica.

2.3 Determinantes e Condicionantes da saúde e sua relação com a obesidade

A expressão “Determinantes e condicionantes sociais da saúde”, ganhou destaque nas últimas décadas no campo da saúde e vem sendo incorporada ao arcabouço conceitual do mesmo. Contudo, desde o século XIX, pesquisadores e cientistas já investigavam em seus estudos a influência dos fatores sociais na saúde da sociedade. Diversos conceitos foram adotados com o objetivo de caracterizar a relação entre os elementos histórico-sociais e o adoecimento. Em comum, todas as definições sobre os conceitos de determinantes e condicionantes da saúde ressaltam que as condições em que as pessoas vivem e trabalham influenciam diretamente os padrões de morbidade e mortalidade, favorecendo o surgimento de determinadas doenças e impactando a saúde da população de maneira significativa.

Nessa linha de pensamento, compartilhando do pensamento de Patrícia Rodrigues da Rocha e Helena Maria Scherlowski Leal David (2015), compreendemos que o processo saúde-doença, mediante avanços teóricos, foi distanciando-se de sua compreensão restrita ao conceito de um fenômeno biológico e individual, tratando, assim, a discussão da determinação social da saúde, enquanto um referencial teórico que abrange a coletividade e o caráter histórico-social do processo saúde-doença. É interessante destacar os aspectos comparativos apontados pelas autoras entre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e determinações sociais, em que os estudos atuais sobre os determinantes sociais tornam-se limitantes no tocante à correlação entre variáveis sociais e eventos de morbimortalidade, de modo contrário ao que era pesquisado nos anos de 1970 e 1980, em que se buscava compreender o conceito à luz da teoria marxista de sociedade, com base na vertente crítica do pensamento social. Nessa perspectiva, para Rocha e David (2015)

> O nível de saúde seria decorrente da estratificação social, determinante do contexto ou do território, assim como da distribuição desigual dos fatores produtores de saúde: materiais, biológicos, psicossociais e

> comportamentais. A desigualdade econômica, caracterizada pela posição que o indivíduo ocupa na estratificação social, determinaria uma desigualdade de acesso aos fatores de boa ou má saúde, implicando o aumento das iniquidades da área. Combater a desigualdade significaria melhorar o nível de saúde, mas para tal, faz-se necessário desenvolver políticas intersetoriais (econômicas, de emprego, de renda, moradia, educação, etc.), garantindo a participação e empoderamento das populações, para que estas possam colaborar com a transformação da sociedade. Portanto, esta ênfase na revalorização dos indivíduos como sujeitos de suas ações sugere que os mesmos estão implicados nas estruturas e estas, por sua vez, nos significados das ações sociais (Rocha; David, 2015, p. 4).

O Brasil foi o primeiro país do mundo a comprometer-se diretamente com a superação das iniquidades sociais (Buss, 2007), ao criar a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Desde a sua criação, essa comissão tem se dedicado ao estudo da influência das condições socioeconômicas na saúde da população. Composta por membros da sociedade civil, artistas e cientistas de diversas áreas do conhecimento, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) evidencia o conceito de saúde como um bem social pertencente a todos, o que fundamenta sua classificação como um direito social, conforme estabelecido no caput do artigo 6º da Constituição Brasileira. Junto a outros direitos, a saúde é reconhecida como parte dos direitos e garantias fundamentais (Brasil, 1988).

É importante destacar que diversos modelos explicativos foram desenvolvidos com o objetivo de facilitar a compreensão da complexa teia dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Entre eles, o modelo mais conhecido e amplamente utilizado é o de Dahlgren e Whitehead, também conhecido como "Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde", amplamente utilizado para analisar as influências sociais sobre a saúde. Desenvolvido em 1991, este modelo é representado por um diagrama em forma de arco-íris que ilustra como diferentes camadas de fatores sociais, econômicos e ambientais interagem para impactar a saúde dos indivíduos. No centro do diagrama, estão as características individuais, como idade, sexo e fatores genéticos. Em torno deste núcleo, as camadas subsequentes representam o estilo de vida pessoal, as redes sociais e comunitárias, as condições de vida e trabalho, e, finalmente, as condições macroeconômicas, culturais e ambientais mais amplas. A abordagem de Dahlgren e Whitehead ilustrada na figura abaixo, destaca a importância de políticas públicas integradas que discutam as desigualdades em

saúde, reconhecendo que a saúde é influenciada por um conjunto complexo de fatores que vão além dos cuidados médicos tradicionais.

Figura 7- Modelo Dahlgren e WhiteHead

Fonte: WHITEHEAD; DAHLGREN (1991).

A obesidade é uma condição de saúde complexa e multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos, ambientais, comportamentais e sociais. Do ponto de vista genético, a predisposição à obesidade pode ser influenciada por mutações específicas que afetam o metabolismo e o armazenamento de energia. Além disso, o ambiente ao redor do indivíduo, como o fácil acesso a alimentos altamente calóricos e pobres em nutrientes, contribui significativamente para o aumento da incidência da obesidade. Fatores comportamentais, como a falta de atividade física regular e hábitos alimentares inadequados, também desempenham um papel crucial. Paralelamente, fatores sociais, como o nível socioeconómico, podem impactar o acesso a alimentos saudáveis e a oportunidades de exercício, perpetuando o ciclo da obesidade em determinadas populações. Assim, a compreensão da obesidade exige uma abordagem integrada, considerando a complexidade e a interação desses múltiplos fatores. 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).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os determinantes sociais da saúde como: condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Os determinantes sociais são os responsáveis pelas diferenças injustas e evitáveis entre pessoas e países. Percebemos que a saúde é um processo social e os aspectos sociais e as decisões políticas interferem nas condições de vida e na saúde das populações, além de favorecer o adoecimento.

No quesito da obesidade, há um conjunto de determinantes e condicionantes sociais, econômicos e culturais que influem no aumento e no tratamento da doença. A inserção no mercado de trabalho, a concentração das populações no meio urbano e a diminuição do esforço físico e, consequentemente, do gasto energético, tanto no trabalho quanto na rotina diária, assim como a crescente industrialização dos alimentos (Motta et al., 2004).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) têm se encontrado entre as principais causas de morte e adoecimento no mundo. Segundo Nilson, Andrade, Brito e Oliveira (2018),

> As DCNTs associadas à alimentação inadequada têm grande impacto direto e indireto sobre a mortalidade precoce no país. Entre as 10 principais causas de morte prematura (de 30 a 69 anos), tanto para mulheres quanto para homens, estão as doenças cardiovasculares, o diabetes, as doenças renais crônicas e alguns cânceres associados à dieta inadequada (Nilson, Andrade, Brito, Oliveira, 2018, p. 2).

Esses problemas de saúde geralmente estão associados a fatores de risco modificáveis, como dietas inadequadas, sedentarismo, uso excessivo de substâncias e estresse, que podem ser abordados por meio de estratégias de prevenção e promoção da saúde. No Brasil, o excesso de peso e a obesidade têm crescido significativamente e aliado a esses fatores aumentam também os diagnósticos médicos de diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças renais e câncer (Dias, 2019).

Fatores como renda, educação, ambiente físico, condições de trabalho e moradia, além do acesso a serviços de saúde, são determinantes que podem afetar o nível de atividade física da população. Indivíduos de menor nível socioeconômico frequentemente enfrentam maiores barreiras para a prática regular de exercícios, como a falta de espaços adequados e seguros para a atividade física e o menor acesso a informações sobre saúde. A ausência de políticas públicas que incentivem a atividade física e ofereçam ambientes que promovam estilos de vida ativos agrava ainda mais essa situação, contribuindo para o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente a obesidade. Portanto, falar sobre essa questão requer uma abordagem integrada que considere os determinantes sociais de saúde e incentive a prática regular de atividades físicas, criando condições favoráveis para uma vida mais saudável.

A obesidade também está intimamente ligada aos hábitos alimentares e ao estilo de vida. Com o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares e gorduras saturadas, a prevalência da obesidade tem crescido globalmente, associado também à inatividade física. Esses alimentos, frequentemente acompanhados por uma baixa ingestão de frutas, vegetais e grãos integrais, contribuem para um desequilíbrio energético e um aumento do acúmulo de gordura corporal.

Além disso, padrões alimentares inadequados, como comer em excesso por estresse ou falta de tempo para preparar refeições equilibradas, exacerbam o problema. Mudanças sociocomportamentais implicam aumento da ingestão alimentar e, portanto, aparecimento da obesidade, tais como: a diminuição do número de refeições em casa; o aumento da ingestão de *fast food*; menor consumo de frutas e hortaliças; maior consumo de gordura; açúcar e alimentos processados. O quesito renda e escolaridade são identificados como variáveis que interferem na forma como os indivíduos escolhem os alimentos, na adoção de comportamentos saudáveis e na interpretação das informações sobre a importância do cuidado com a saúde.

Durante o governo Collor, entre março de 1990 e janeiro de 1995, as facilidades para importações levaram ao crescimento das grandes marcas multinacionais no setor alimentar, o que alterou os hábitos alimentares drasticamente, aumentando a oferta e procura de novos produtos alimentícios não

essenciais, o que produziu um efeito prazeroso aos olhos dos consumidores, à medida em que a indústria alimentícia criou uma falsa ilusão de refeição tipo *fast food*, em decorrência da sua praticidade. Para o consumidor, de maneira errônea, esse tipo de alimento aparenta ser mais vantajoso, quando comparado a uma refeição produzida do zero, por apresentar um custo mais baixo. Por meio desse comércio, os

indivíduos reagem a estímulos frequentemente distantes da informação e da análise crítica, perdendo de vista a realidade a que são submetidos. É importante pontuar que a obesidade está fortemente associada à alimentação, mas não necessariamente ao ato de sentir fome de maneira compulsória, o consumo em excesso, em partes, está corretamente relacionado ao aumento de peso, mas existem muitos equívocos sobre a causalidade da doença, muitas vezes associada à falta de disciplina alimentar e fatores genéticos, deixando de considerar a totalidade social do indivíduo.

A informação, o conhecimento, a sua produção, o acesso e o compartilhamento são essenciais para qualquer estratégia que vise à radicalização dos processos democráticos devido à sua relação com o poder. O avanço tecnológico perde seu valor se a informação e a formação, fundamentais para a conscientização, não forem democratizadas e amplamente divulgadas por meio da comunicação. A comunicação, muitas vezes, tem servido para fortalecer o sistema capitalista e promover a alienação, criando mitos e impondo ideologias e valores voltadas para os interesses do capital. Essa comunicação, que transforma as relações em mercadorias e limita os gostos, pode, por outro lado, funcionar como um meio de conscientização e transmitir ideias e reflexões. Embora possa levar à alienação, também tem o potencial de liberar e ajudar na superação de desafios.

2.4 O impacto da condição socioeconômica e Questão Social

> Nas terras pobres e famintas do Nordeste brasileiro, onde nasci, é hábito servir-se um pedacinho de carne sêca com um prato bem cheio de farofa. O suficiente de carne - quase um nada - para dar gôsto e cheiro a tôda uma montanha de farofa feita de farinha de mandioca, escaldada com sal. Foi, talvez, por fôrça dêste velho hábito da minha terra, que resolvi servir ao

> leitor dêste livro, muita farofa com pouca carne (Castro, Josué de, 1967, p. 11).

É fato que o rendimento familiar é crucial para a determinação do fluxo da vida de cada indivíduo, assim como também é um fato que o desemprego distancia o indivíduo do que é considerado um fluxo de vida saudável, ou seja, acesso a uma alimentação de qualidade; moradia em condições adequadas; lazer e tempo para socializar com entes queridos; educação e informações sobre os direitos sociais, políticas de saúde e atendimento com qualidade, no entanto, na maioria das vezes está sujeito a uma situação de sobrevivência totalmente contrária ao que se pode considerar como o ato de viver. Diante desse pensamento, ao resgatar um ditado popular: “Nós somos o que comemos”, identificamos o quanto essa expressão não passa de uma manutenção do senso comum e superficialidade do saber limitando a cientificidade. É interessante questionar o fato de, ao nascer, nos primeiros momentos de vida, se temos escolhas quanto à comida e ao lar que nos serão oferecidos? Obviamente que o acesso é negado à população em situação de extrema pobreza desde o berço e a desigualdade social é sentida no primeiro soluçar da fome. 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).

O padrão alimentar e os hábitos familiares são significativamente influenciados pelo status socioeconômico; alimentos mais saudáveis, como frutas, legumes e verduras, tendem a ser mais caros. Isso tem tornado mais difícil para as pessoas manterem uma alimentação saudável. Ao mesmo tempo, os alimentos ultraprocessados, que são menos nutritivos, ficaram mais baratos e acessíveis, o que incentiva o consumo desses produtos ao invés de opções mais saudáveis.

Compreendemos como relevantes os apontamentos realizados por Alejandra Pastorini Corleto (2004), a qual afirma que não existe uma “nova” questão social e nem tampouco uma “antiga”, pois, mesmo que existam diferentes expressões da

questão social, a mesma mantém traços essenciais e constitutivos da sua origem. De maneira análoga, a compreensão da obesidade enquanto uma expressão da questão social, apesar de ser uma condição de saúde a qual a discussão em torno dos fatores relacionados ao desenvolvimento da doença sejam recentes nos debates do âmbito hospitalar como insegurança alimentar, pobreza, desemprego, violência, falta de acesso à educação, saúde e moradia, como aponta a autora, esses fatores não são novos e tampouco antigos, tendo em vista a compreensão de uma realidade social demarcada por desigualdades sociais. Iamamoto cita que:

> A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (Carvalho; Iamamoto, 1983, p. 77).

Alguns clássicos da literatura brasileira retratam em suas obras as mazelas sociais que perpassam o cenário socioeconômico brasileiro, anunciando uma crítica à realidade vivenciada pelo povo nordestino através de debates sobre escassez de alimentos, fome e pobreza. Destaca-se o autor Graciliano Ramos em sua obra “Vidas Secas” (1938), o qual disserta os anseios da fome e a escassez de alimentos decorrente dos períodos históricos de seca no sertão que assombra a população com a fome. A fome tem sido um fenômeno complexo até os dias de hoje, sendo associado a diversos fatores como pode-se observar no presente trabalho. Josué de Castro, em sua obra “Homens e Caranguejos”, revela uma segregação socioespacial vivenciada na cidade do Recife, em que é nítida a marginalização dos habitantes dos manguezais e a falta de acesso a condições dignas de vida como aspectos principais dessa realidade. Assim, o autor retrata a fome como uma problemática histórica na sociedade brasileira, que é produzida e reproduzida por manifestações econômicas e políticas.

A fome é interpretada como uma consequência da desigualdade social, além de ser considerada como uma das principais expressões da questão social. Na música “Da lama ao caos”, Chico Science (1994) canta

> [...]Peguei um balaio, fui na feira roubar tomate e cebola la passando uma véia, pegou a minha cenoura
> **"Aê minha véia, deixa a cenoura aqui**
> **Com a barriga vazia não consigo dormir"**

> E com o bucho mais cheio comecei a pensar
> Que eu me organizando posso desorganizar[...].

A canção expressa uma crítica social ao aumento da criminalidade no Brasil causados pela fome, fenômeno que reflete a acentuada desigualdade social no país, tendo em vista a grande demanda de produção de alimentos para a exportação. Nessa perspectiva, Eduardo Galeano (1971) em seu Livro “As veias abertas da América Latina”, retrata que desde o início do processo de colonização a fama e profissão da América Latina sempre foram reconhecidas como alvo de exploração. Portanto, o desenvolvimento em larga escala na produção e exportação do “novo mundo” não eram vistos como um potencial para a evolução nacional, pois, aos olhos dos colonizadores os países da América Latina eram verdadeiras “dispensas” lotadas de suprimentos, as quais sustentavam os países dominantes. Esse cenário é vivenciado até os dias atuais, atingindo as populações em situação de vulnerabilidade social por meio da fome e do desemprego, os quais são considerados elementos que influem na incidência da obesidade, especificamente, em uma população que encontra-se em situação de extrema pobreza, são resultantes de interferências nos fatores sociais, econômicos, psicológicos, culturais e comportamentais da população submetida às ofensivas do sistema capitalista.

Segundo Ferreira e Magalhães (2005), a relação da pobreza com a obesidade consiste em um debate recente, tendo em vista a forma limitante em que as discussões sobre a doença em grande maioria centralizam-se em aspectos biológicos e sociais. Dito isso, as autoras acreditam que, valendo-se de estudos epidemiológicos e trabalhos provenientes do campo das ciências econômicas e sociais, existe a possibilidade de uma maior aproximação da relação entre obesidade e pobreza, possibilitando o reconhecimento dos fatores e situações relacionados à prevalência da obesidade em grupo feminino de baixa renda no Brasil. Desse modo, as autoras abordam o peso do papel social exercido pela mulher obesa argentina em situação de extrema pobreza, no exercício de suas atividades como dona de casa e controle do alimento, em que, na maioria das vezes, renuncia a sua alimentação para priorizar os filhos e o marido. Segundo Aguirré (2000, p.13), condutas de sub consumo alimentar têm afetado particularmente as mulheres pobres como consequência da “auto-exclusão de comida em favor das crianças e do marido” (*apud* Ferreira; Magalhães, 2005, p. 3). De acordo com a autora, a negligência do seu próprio consumo é algo comum entre

mulheres obesas, as quais recorrem ao consumo de pães e infusões açucaradas, assim como esse padrão alimentar está relacionado à desvalorização social do corpo sofrida por essas mulheres, além de contribuir para a prevalência de obesidade no grupo.

De acordo com Marilda Villela Iamamoto (2001), “a questão social é objeto e espaço da intervenção do (a) assistente social, que atua na relação direta com a população usuária dos serviços”. Analogamente, pode-se compreender a importância do fazer profissional do assistente social no tratamento da obesidade grave, assim como a relevância de sua intervenção profissional no desvelamento da realidade social, algo crucial no processo de identificação do impacto social da obesidade, ou seja, o modo como a doença surge ou é acentuada em decorrência das relações pessoais que incluem um conjunto de fatores considerados como expressão da questão social como pobreza, desemprego, violência, falta de acesso à saúde, discriminação, exclusão social, etc.

O impacto social da obesidade é tanto político quanto econômico, e, portanto, é de natureza social. O termo "peso social" refere-se à maneira como a obesidade afeta as relações interpessoais, englobando estigmas, discriminação e preconceito que influenciam a forma como os indivíduos são percebidos e tratados (Puhl R. M.; & Heuer, C. A., 2009). Esse impacto social abrange as interações do indivíduo com o mundo e com os outros, incluindo relações de trabalho, familiares e comunitárias, e se estende também aos aspectos de prazer e lazer. Observa-se com preocupação que as pessoas estão cada vez mais envolvidas em atividades de compra ou consumo, movidas por uma necessidade compulsiva de adquirir algo, o que pode refletir uma busca por um estilo de vida ou uma promessa de felicidade, por propaganda do sistema de acumulação capitalista.

Neste tópico foi priorizado o destaque à necessidade urgente de políticas públicas robustas que promovam a educação nutricional e melhorem o acesso a alimentos saudáveis e espaços para atividade física. Além disso, reforça a importância de abordar as desigualdades sociais para garantir que todas as pessoas possam ter uma alimentação equilibrada e acesso adequado ao tratamento. Reconhecemos que a análise apresentada tem suas limitações, como a abrangência das políticas discutidas e as variações nas condições socioeconômicas entre diferentes contextos. Futuras pesquisas poderiam beneficiar-se de uma análise mais detalhada das políticas específicas e suas implicações diretas sobre diferentes

grupos sociais, bem como de uma avaliação mais aprofundada da eficácia das intervenções em variados contextos.

Neste capítulo, exploramos as transformações históricas e sociais que moldaram o panorama atual da obesidade, começando com uma análise das práticas alimentares na pré-história e avançando até os efeitos da Revolução Industrial. Observou-se que a Revolução Industrial, com suas profundas mudanças urbanas e econômicas, introduziu novos desafios relacionados à segurança alimentar e à qualidade da dieta, que ainda reverberam na saúde pública contemporânea. A discussão das características da obesidade, acompanhada pela revisão das políticas públicas, como as Resoluções do Ministério da Saúde e as Diretrizes Internacionais de Prevenção e Tratamento da Obesidade, revelou a importância de uma abordagem integrada para lidar com esta condição. Identificamos que os determinantes e condicionantes sociais, incluindo fatores como o nível educacional, a desigualdade econômica e as práticas culturais, desempenham um papel significativo na perpetuação da obesidade e no acesso a alimentos saudáveis.

3. REFLETIR SOBRE QUAIS AS IMPLICAÇÕES DA PRECARIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste capítulo, serão analisadas as implicações decorrentes da precarização do acesso aos serviços de saúde no Brasil, abordando como esse processo compromete a qualidade da assistência prestada à população, especialmente aos grupos mais vulneráveis. Será discutido o surgimento das políticas de saúde no país, destacando as principais transformações históricas e o papel desempenhado pelo Estado na consolidação de um sistema de saúde pública. Em seguida, será examinada a influência da ofensiva liberal, particularmente a partir dos anos 1990, quando reformas de cunho neoliberal moldaram de forma significativa a organização das políticas de saúde. Por fim, o capítulo investigará a promoção da saúde como uma estratégia essencial no enfrentamento da obesidade, uma das principais crises de saúde pública contemporâneas. Serão destacadas as ações preventivas e educacionais adotadas para enfrentar essa condição, mesmo diante das dificuldades impostas pela precarização dos serviços de saúde no país.

3.1. O surgimento da política de saúde pública brasileira

A política de saúde no Brasil é resultado de um processo histórico, político, social e econômico que permite entender o sistema atual, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS). Durante os anos anteriores à implementação do SUS, a população brasileira era desprovida do sistema de saúde que conhecemos atualmente como universal e igualitário. Portanto, a saúde no Brasil colônia era reconhecida como a ausência de doença, logo, a assistência de saúde pública à população vulnerável era realizada por meio de ações curativas de caridade cristã das Santas Casas de Misericórdia, entidades filantrópicas e única alternativa para o tratamento de doenças da população em situação de vulnerabilidade no Brasil dessa época, pois o segundo acesso à assistência a saúde era realizado pelo meio privado, ou seja, apenas famílias abastadas tinham esse privilégio. Como foi pontuado, a saúde antes do surgimento do SUS era considerada um privilégio, o qual foi negado por décadas à grande massa populacional que sustentava a economia brasileira da época; reconhecida posteriormente como classe trabalhadora. Nessa perspectiva de luta por reconhecimento e implementação de uma política pública no Brasil, em 1923, foi promulgada a Lei Eloy Chaves que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), as quais possibilitaram que os trabalhadores, inicialmente os ferroviários tivessem direito à aposentadoria por tempo de contribuição, pensão por morte e assistência médica. Desse modo, com o passar dos anos, em 1933, foram instituídos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), os quais abrangiam e garantiam assistência médica por categorias de trabalhadores. Ao longo dessa trajetória histórica, o sistema ainda longe da universalidade e gratuidade, possuía um caráter contributivo, em que o acesso à saúde apenas era concedido aos que contribuíram com a previdência social, portanto, apenas tinham acesso aqueles que possuíam carteira assinada.

Entre as mudanças e conquistas da sociedade brasileira, destaca-se o movimento de Reforma Sanitária, que começou na década de 1970. Esse movimento se fundamentou no princípio de que "saúde é um direito de todos e dever do Estado", promovendo a ideia de que a saúde deve ser universal e igualitária. A crise do capital e a tensão nos modelos de Estado de bem-estar social, nos anos 1970, criaram um ambiente propício para a emergência de um movimento sanitário brasileiro que reivindicava a reavaliação das políticas de saúde. Esse movimento foi

fundamental para fomentar um debate crítico sobre as condições de saúde da população, evidenciando as desigualdades e a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e universal. A Constituição Federal de 1988, um produto de um contexto de redemocratização, incorporou essas demandas ao estabelecer a saúde como um direito universal e um dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas — que visam à recuperação do risco de doença e de outros agravos —, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Esse reconhecimento não apenas formalizou a responsabilidade do governo em garantir o acesso à saúde, mas também fez das políticas sociais uma prioridade na agenda pública. A premissa de que a saúde deve ser acessível a todos, independentemente de classe social, raça ou localização geográfica, é um avanço significativo em direção à equidade.

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu bases sólidas para a promoção da saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos, enfatizando a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma estrutura que transcende o oferecimento de serviços médicos. Considerando que o SUS é constituído como uma política pública com maior inclusão social de toda a história do Brasil, o SUS representa um modelo que busca garantir a equidade no acesso à saúde, reconhecendo as vastas desigualdades sociais e regionais que permeiam o Brasil. No entanto, a efetivação desse modelo enfrenta diversos desafios, especialmente em um contexto de desfinanciamento, onde recursos insuficientes comprometem a qualidade e a abrangência dos serviços oferecidos. Além disso, pressões políticas que visam à privatização ou fragmentação do sistema ameaçam a universalidade e a integralidade, princípios basilares do SUS. Assim, a luta pela defesa do SUS não é apenas uma questão de política pública, mas um compromisso ético e social com a justiça e a dignidade humana.

A conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil representa um marco histórico e social, surgindo em um período de profundas transformações políticas e econômicas. Assim, a saúde abandona os traços focados em ações curativas, e passa a possuir um caráter preventivo, sendo reconhecida como um direito social. Nesse contexto, passam a influir sobre a saúde questões ligadas à renda, emprego e acesso a terras para morar e trabalhar. Além disso, passa a ser observado que os direitos promovidos pelas políticas sociais, como: educação, lazer, esporte, cultura,

segurança pública, previdência e assistência social, possuem capacidades de redução de risco de doenças e agravos. Engana-se quem acredita que o conceito ampliado de saúde surgiu como um presente imediato em resposta às necessidades da população em extrema pobreza, no entanto, esteve ligado a muitas mobilizações e lutas da classe trabalhadora e de profissionais da saúde. O SUS, a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), incorporou o conceito ampliado de saúde que leva em consideração os modos de vida das pessoas e também a forma como se organiza e produz a saúde a partir de um contexto histórico social e cultural, buscando superar a concepção de saúde que, até então, era vista apenas como a ausência de doenças. O conceito ampliado de saúde observa todos os aspectos sociais e culturais trazendo repercussões na vida das pessoas, considerando a autonomia e a singularidade de cada sujeito, a coletividade e o território.

A defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma prioridade que deve unir todos os segmentos da sociedade. O SUS representa não apenas uma conquista histórica no Brasil, mas também um compromisso com a inclusão e a equidade no acesso à saúde para todos os cidadãos. Para que essa ferramenta continue a cumprir seu papel fundamental, é preciso que a sociedade civil, os profissionais de saúde e os gestores públicos atuem em conjunto. Um dos primeiros passos para fortalecer o SUS é promover debates públicos que sejam informativos para o público. Essas discussões devem englobar não apenas os desafios enfrentados pelo sistema, mas também as melhores práticas e inovações que podem ser implementadas. O envolvimento da população é crucial, pois permite que as vozes de diferentes grupos sociais sejam ouvidas, garantindo que as soluções propostas reflitam as necessidades reais da comunidade. Além disso, a pressão por mais recursos é vital. O financiamento adequado é um dos pilares para a sustentabilidade do SUS. Sem investimentos suficientes, a qualidade do atendimento e a capacidade de inovação ficam comprometidas. É essencial que os gestores públicos reconheçam a importância do SUS e priorizem a alocação de verbas, de modo a garantir que todos os serviços sejam mantidos e aprimorados.

A busca por inovações deve ser uma constante na gestão do SUS. Isso inclui a adoção de tecnologias que melhorem a eficiência dos serviços, a capacitação contínua dos profissionais de saúde e a implementação de políticas que tornem o sistema mais ágil e responsivo às demandas da população. Inovações podem, por

exemplo, facilitar o acesso à informação, melhorar o agendamento de consultas e exames, e otimizar a logística de medicamentos e insumos. Dessa forma, o engajamento coletivo é a chave para assegurar que todos os brasileiros tenham acesso a um atendimento digno e de qualidade. A saúde é um direito fundamental, e a mobilização da sociedade civil é essencial para que o Estado cumpra seu papel de bem-estar e proteção da população.

Neste cenário, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, foi um momento crucial na história da saúde pública no Brasil, inserindo-se em um contexto de transição democrática após o período da Ditadura Militar. Essa conferência não apenas refletiu as mudanças políticas do país, mas também representou a emergência de novos atores sociais na discussão sobre saúde, permitindo que diferentes segmentos da sociedade civil, incluindo movimentos sociais, trabalhadores da saúde e usuários, pudessem expressar suas demandas e perspectivas. O evento foi um espaço de diálogo e formulação de propostas que culminaram na construção do SUS, que se baseia nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, e exigia do Estado a garantia do direito à saúde, mediante: promoção de políticas sociais públicas; adoção de medidas preventivas e de educação em saúde; melhor qualidade dos serviços oferecidos; e criação de uma esfera pública com controle social (Bravo, 2006). Além disso, a Conferência destacou a importância da saúde como um direito humano, enfatizando a necessidade de um sistema de saúde que fosse acessível a todos, que buscava não apenas tratar doenças, mas promover o bem-estar e a qualidade de vida da população. Portanto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde representa não apenas uma pauta de reivindicações, mas um símbolo do fortalecimento da democracia e da participação cidadã na formulação de políticas públicas, consolidando a saúde como uma questão central nas lutas sociais e na construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

A Constituição de 1988, ao promover a descentralização e a municipalização das políticas de saúde, representou um marco fundamental na transformação do sistema de saúde brasileiro. Com a ênfase na mudança do modelo curativo para o preventivo, buscou-se não apenas tratar doenças, mas também promover a saúde e o bem-estar da população, reconhecendo a importância de ações que visem à promoção da qualidade de vida. A regulamentação da participação direta dos

usuários no sistema de saúde, através da criação dos conselhos de saúde, foi uma inovação significativa que fortaleceu a democracia e a cidadania no Brasil e garantiu a participação direta da população, tornando-se uma articulação entre sociedade e Estado (Brasil, 1988). O movimento da reforma sanitária, conforme afirmado por Bravo (2006), não apenas reafirma a importância da saúde como um direito social, mas também enfatiza a necessidade de firmar os direitos políticos e sociais em um país onde há desigualdade social, universalizando direitos.

Respaldado pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentado na Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, a integralidade, a equidade e a descentralização. Essa legislação regulamenta a organização do sistema, definindo as responsabilidades dos diferentes níveis de gestão — federal, estadual e municipal — e a articulação entre eles. Além disso, a lei prevê a oferta de serviços de saúde em diversas áreas, incluindo atenção básica, média e alta complexidade. Como também, na Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que complementa a estrutura do SUS ao tratar do financiamento do sistema e da participação da comunidade. Ela estabelece mecanismos de financiamento das ações e serviços de saúde, definindo a responsabilidade do governo federal, dos estados e dos municípios. Também ressalta a importância da participação social na gestão do SUS, permitindo que a população tenha voz nas decisões relacionadas à saúde, por meio de conselhos de saúde e conferências. A promulgação da Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Ministério da saúde, 2000).

Destaca-se que a primeira aparição da abordagem do tratamento da obesidade no SUS consiste na Cirurgia Bariátrica inserida na tabela de procedimento do SUS, através da Portaria GM/MS Nº 252, de 30 de março de 1999, que incluiu o procedimento de gastroplastia na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS e capacitou hospitais para realizá-lo.

3.2 Ofensiva neoliberal e a política de saúde

O neoliberalismo consiste em um modelo econômico implementado no Brasil no ano de 1990, período em que o Estado brasileiro passou por um processo de reestruturação que privilegiou a eficiência econômica em detrimento das suas funções sociais tradicionais. A Reforma do Estado, denomina-se em virtude do processo de desmonte do que anteriormente estava garantido como direitos sociais. Buscou diminuir a presença do Estado na economia por meio do aceleramento do livre mercado, diminuição dos gastos públicos e de investimentos em programas sociais, além de promover a privatização de serviços públicos, incluindo saúde e assistência social. Essa mudança de foco resultou em uma gestão de políticas que priorizava a produtividade e a eficiência financeira em vez do atendimento às necessidades sociais da população. Como consequência, muitos serviços essenciais foram repassados ao setor privado, que nem sempre possui a mesma preocupação com a equidade e a universalidade do acesso.

No Brasil, a primeira fase do neoliberalismo iniciou no governo de Fernando Collor de Melo e se intensificou no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) a partir da década de 90, em que foi formulado o Plano Diretor da Reforma do Estado, iniciando-se uma contrarreforma nas políticas públicas. Nesse viés, a direção da reforma dita como indispensável foi justificada com a crise econômica, em que suas raízes tinham sido localizadas nas dívidas criadas pelo Estado e fazia-se necessário reformá-lo.

O Plano Diretor, nesse sentido, identifica o esgotamento das estratégias estatizantes, que, em muitas situações, levaram à burocratização excessiva e à falta de inovação na administração pública. A proposta de um novo modelo gerencial sugere uma abordagem que prioriza a descentralização do poder e a autonomia das instâncias administrativas, permitindo que decisões mais rápidas e adaptativas sejam tomadas em níveis mais próximos à realidade local. A ênfase na eficiência e no controle dos resultados implica adoção de métricas e indicadores que possibilitem avaliar o desempenho dos serviços públicos, assim como a necessidade de redução de custos, que busca otimizar a utilização dos recursos disponíveis. O Estado, portanto, deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, transferindo suas atividades ao setor privado (Pereira, 1995).

Nessa ótica, com o passar dos anos, nos governos que se sucederam, foi possível observar a aceleração dos processos que envolvem a contrarreforma. Portanto, sob a orientação do ajuste fiscal, percebe-se que este cenário, tomado pelo desmonte do Estado e precarização do acesso à saúde no Brasil, teve seus rebatimentos dos constantes cortes em investimentos com gastos públicos e ataque às políticas sociais, assim, aumentando as privatizações e dando início a um processo de mercantilização da saúde e previdência.

Diante de um cenário marcado pelo neo, o pós neo e, hodiernamente, o ultraneoliberalismo, assim como foi mencionado por Virgínia Fontes (apud Bravo; Matos; Freire, 2020, p. 13), é possível analisar de modo constante nos diversos governos o Estado arrancando os direitos da população. Ao mencionar sobre a chamada austeridade fiscal, a autora disserta que

> O termo é em geral apresentado como algo familiar, como o equivalente ao acerto de contas doméstico…, mas é todo o contrário. Em primeiro lugar, o acerto doméstico precisa ser coletivo, garantir que todos serão contemplados e assegurar a qualidade de vida das crianças e dos idosos. Já o ajuste fiscal está longe de significar que os impostos serão efetivamente recolhidos e utilizados conforme destina a lei; tende a penalizar os mais frágeis, e não a ampará-los. No Estado contemporâneo, a fiscalidade será austera com os que pagam os impostos – cuja maior parte no Brasil é indireta, regressiva e sustentada pela maioria da população trabalhadora, aquela que não tem como fugir das tributações. Além dos impostos indiretos, há também aqueles recolhidos da massa assalariada, descontados em folha e que muitas vezes sequer são repassados pelos empregadores ao Estado. É como se a família, em lugar de amparar os seus e atuar coletivamente, entregasse todos os meses mais da metade do que recebe para os vizinhos que os ameaçam e chantageiam. (Fontes, 2020, apud Bravo; Matos; Freire, 2020, p. 13-14).

Contudo, pode-se observar, a partir do pensamento da autora, como a austeridade fiscal se faz presente no ato de penalizar a classe trabalhadora, a qual, além de ser sugada no que refere ao pagamento dos impostos, não recebe o amparo do Estado. Frente a alguns aspectos, como apontam Elaine Rossetti Behring, Juliana Fiúza Cislaghi e Giselle Souza de Matos (apud Bravo; Matos; Freire, 2020, p. 115) no tocante à previdência social, observam-se os rastros da contrarreforma no processo de apropriação de fundos previdenciários pelo capital financeiro a partir da ampliação das alíquotas de contribuição previdenciária, parcelas de salários para compor o fundo público e redução dos direitos, para assim, estimular o capital. Nesse contexto, o impacto da ofensiva neoliberal sob o argumento da contenção da dívida pública segue passando por cima da qualidade

de vida dos usuários que utilizam os serviços públicos, visto que o acesso está cada vez mais difícil, pois as políticas vêm sofrendo uma redução significativa.

Segundo Evilasio Salvador (2024), em decorrência do corte de recursos ou limitação da expansão das despesas sociais no orçamento público e de alguns instrumentos de desvinculação de recursos para garantir a captura do fundo público, para o pagamento de juros e encargos da dívida pública, o Novo Arcabouço Fiscal (NAF) surge em substituição à Emenda Constitucional (EC) 95/2016 (Brasil, 2016), a qual é responsável por dar continuidade ao processo de congelamento dos gastos sociais e desfinanciamento das políticas sociais. Sendo assim, com o NAF, os gastos constitucionais com benefícios e aqueles que são destinados para a saúde e educação sofreram contingenciamento de recursos, o que afeta a garantia dos direitos sociais, considerando que a nova lei LCP 200/2023 estabelece mecanismos que visam inibir a expansão dos gastos sociais. Como afirma Evilasio Salvador (2024), para compreender os impactos causados pelo regime fiscal é importante observar a partir do primeiro mecanismo, o qual estabelece que as despesas primárias que englobam os gastos sociais do governo federal ficam limitadas a 70% das receitas. Logo, como foi apontado pelo autor, é evidente como o Novo Arcabouço Fiscal (NAF) foi estruturado apenas para dar continuidade ao controle das despesas públicas, principalmente, os gastos sociais que serão restringidos com as novas regras.

Considerando que no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), o Serviço Social atua desempenhando um papel fundamental na assistência e na promoção da saúde, durante o estágio supervisionado no espaço sócio-ocupacional do Ambulatório de Cirurgia Geral / Programa de Cirurgia Bariátrica, foi possível analisar o cotidiano profissional criticamente de modo a problematizar os desafios vigentes que regem o fazer do Serviço Social. Dessa forma, compreende-se que a formação profissional e, posteriormente, a prática profissional do Serviço Social, são marcadas pelos dilemas da contradição capital/trabalho — que caracteriza o modo de produção capitalista. Dilemas esses, que requerem o entendimento da realidade em sua totalidade e historicidade. E, a partir desse entendimento, estarão dadas as possibilidades de os/as assistentes sociais construírem as estratégias sócio-políticas e profissionais para responderem às demandas e requisições profissionais. É no decorrer da prática profissional que

se compreende a necessidade — para estar em consonância com o projeto ético-político da profissão — de não somente atender às requisições do mercado de trabalho, mas também de buscar, constantemente, ter uma sólida formação teórico metodológica em termos de conhecimentos teóricos e interventivos (Guerra 1995).

Foi possível identificar também que o Serviço Social desempenha um papel crucial na integração, organização, atuação e resistência dentro da política de saúde e nas disputas para preservar o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Constituição Federal, além de desenvolver estratégias de resistência diante das ameaças do modelo privatista de saúde, centrado na medicalização e na hospitalização. Essa experiência também demonstra que, para lutar pela saúde pública de qualidade e informar os usuários sobre seus direitos e questões que afetam a vida social coletiva, o profissional deve ter um domínio completo das leis, planos, programas e projetos.

O Hospital é gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC). Na sua obra "O Mercado e a Saúde", Ocké-Reis critica a atuação da EBSERH, argumentando que seu modelo de gestão, o qual segue um caminho para a privatização, pode comprometer a autonomia dos hospitais universitários e influenciar negativamente a qualidade dos serviços prestados devido à priorização de aspectos financeiros sobre a missão pública dessas instituições. Ao ser inserida em um hospital universitário gerenciado pela (EBSERH), a categoria de Serviço Social enfrenta um cenário complexo e multifacetado que envolve diversos debates e desafios.

A proposta de privatização pela EBSERH tem levantado preocupações tanto entre os profissionais de saúde quanto na população em geral. Um autor que aborda esse tema é Gastão Wagner, em sua obra *Para entender a gestão do SUS* (2016), criticando a privatização de serviços de saúde, incluindo a atuação da EBSERH. Ele argumenta que a gestão privada pode comprometer a qualidade do atendimento e reduzir a autonomia dos profissionais de saúde, além de gerar insegurança na população que depende do SUS. Críticas a essa iniciativa destacam principalmente os impactos negativos para o Sistema Único de Saúde (SUS) como também para o acesso da população a serviços de saúde de qualidade. No Programa de Cirurgia

Bariátrica é possível observar os impactos dessa política como: uma alta demanda de pacientes e um déficit de profissionais, o que acaba acarretando filas enormes de espera para o atendimento em consultas, além da longa espera para a realização da cirurgia bariátrica ser algo bastante questionado e que desestimula o usuário no tocante a dar continuidade ao tratamento da obesidade. Esse cotidiano profissional, marcado por uma série de processos e demandas, conduz a/o assistente social a uma atuação pragmática e demasiadamente preocupada no que consiste a dar respostas operativas estabelecidas pelo plano institucional. Muitas vezes as determinações cotidianas são vistas pelos/as profissionais como obstáculos ao trabalho, o que evidencia um equívoco profissional, já que é na cotidianidade que se materializam e se concretizam as expressões da questão social. Atribuir ao cotidiano a condição de obstáculo corresponde a fechar os olhos para a própria realidade e suas múltiplas determinações, incluindo as possibilidades de intervenção sobre a mesma (Matos; Bernardo; Oliveira; Souza, 2024, p. 176).

Diante dos aspectos mencionados, observa-se o potencial enfraquecimento da qualidade do atendimento. Os hospitais públicos são essenciais no SUS, oferecendo atendimento gratuito e universal, especialmente os universitários, os quais são centros de excelência que combinam assistência médica com a formação de profissionais de saúde. A privatização é capaz de tornar insuficiente a condição de trabalho dos profissionais de saúde, resultando no aumento da terceirização, além disso, poderá ser propícia à redução do número de leitos disponíveis, à redução da oferta de tratamentos especializados e à continuidade de programas de pesquisa e ensino.

Esses fatores têm consequências significativas tanto para os profissionais do Serviço Social quanto para os usuários dos serviços, tornando-se um tema central na rotina de estudos e práticas do estagiário. Estar presente neste hospital universitário gerenciado pela EBSERH estimulou a reflexão de debates importantes e cruciais para a atuação profissional sobre gestão, autonomia, privatização e condições de trabalho. A manutenção dos hospitais públicos como instituições estatais é fundamental para garantir um sistema de saúde acessível, eficiente e de qualidade para toda a população.

Percebendo esse cenário, é importante também pontuar sobre os impactos negativos do ajuste fiscal e das políticas de austeridade sobre a área da saúde, que visa cortes no orçamento destinado à saúde. Com menos recursos, a capacidade dos hospitais e unidades de saúde de oferecerem serviços de qualidade é diretamente afetada, levando assim, à escassez de medicamentos, equipamentos e materiais básicos, além da redução no número de profissionais de saúde disponíveis para atender a população. Essa falta de investimento impede a melhoria e a expansão dos serviços de saúde, prejudicando principalmente a população mais vulnerável.

Outro ponto crítico é o impacto sobre os programas de prevenção e promoção da saúde. Medidas de ajuste fiscal tendem a priorizar cortes imediatos nas politicas públicas de saúde, negligenciando investimentos a longo prazo em programas preventivos. Essa abordagem acaba acarretando o aumento de doenças evitáveis, sobrecarregando ainda mais o sistema de saúde a médio e longo prazo. Os profissionais também são diretamente afetados pelo ajuste fiscal. A redução de verbas resulta em demissões, congelamento de salários e benefícios, e aumento da carga de trabalho. Essas condições desmotivam os trabalhadores, comprometendo a qualidade do atendimento prestado e aumentando a rotatividade no setor.

A redução de recursos para a saúde agrava significativamente as desigualdades sociais. A população mais vulnerável, que depende exclusivamente do SUS para obter cuidados médicos, é a mais prejudicada pelos cortes no orçamento. Sem acesso adequado a serviços de saúde, essas pessoas enfrentam maiores dificuldades para tratar doenças e manter a qualidade de vida. Ao cortar recursos essenciais, comprometer investimentos em infraestrutura e programas preventivos, e afetar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, o ajuste fiscal coloca em risco a capacidade do SUS de oferecer um atendimento de qualidade e universal, significando assim, uma séria ameaça à saúde pública no Brasil.

Diante disso, podemos entender a precarização do trabalho como o processo pelo qual as condições de trabalho se deterioram, resultando em menor segurança, menores salários, e direitos reduzidos para os trabalhadores. A força de trabalho, tratada como mercadoria, é sujeita às dinâmicas de oferta e demanda do mercado, o

que frequentemente leva a empregos mais instáveis e menos protegidos, à medida que os empregadores buscam maximizar lucros e minimizar custos. Se partimos dessa definição, então, desde o processo de consolidação do capitalismo (com destaque para o processo de Revolução Industrial), a precarização se faz presente.

Assim sendo, concordamos com Alves (2007), no sentido da diferenciação entre os conceitos de precarização e precariedade, em que a precariedade é uma condição inerente ao trabalho assalariado, e a precarização é o processo de atualização daquele. Para o autor, “a precarização dizia respeito ao processo de proletarização que constituía, naquela época, a condição de proletariedade universal” (Alves, 2007, p. 121,). Esse processo social é histórico, marcado, em especial, pelas metamorfoses do mundo do trabalho, uma vez que a precarização assume formas mais evidentes com o amadurecimento do capitalismo, particularizando-se desde o caráter genérico da exploração (a condição de transformar a força de trabalho em mercadoria) até uma forma peculiar de reposição desse caráter na esfera política, mediada pela resistência dos trabalhadores dos setores mais organizados do mundo do trabalho. Dito isso, podemos refinar a definição de precarização do trabalho, ainda tomando Alves (2007, p. 114-115) por referência: “a precarização possui um sentido de perda de direitos acumulados no decorrer de anos pelas mais diversas categorias de assalariados. A precarização é síntese concreta da luta de classes e da correlação de forças políticas entre capital e trabalho.”

A acumulação flexível emerge como marca do mundo do trabalho na contemporaneidade, dinamizando metamorfoses demandadas pelo capital (Harvey, 1992). De forma sumária, podemos dizer que, nessa dinâmica, os trabalhadores são impelidos a abandonarem a superespecialização em fragmentos do processo de produção, assumindo o status de polivalentes, capazes de se envolverem em diversas etapas ou, até mesmo, recriar processos produtivos, colocando sua criatividade a serviço do capital. Não obstante, a captura da subjetividade operária se articula: 1 – a novas formas de denominar o trabalhador (colaborador, cooperado, empreendedor individual, etc.); 2 – a uma suposta modernização das leis trabalhistas (corroborada pela ideia da não existência mais de trabalhadores, mas sim de empreendedores); e 3 – a um alto grau de desenvolvimento tecnológico e do setor de serviços.

Essas consequências implicam transformações contundentes na particularidade do trabalho na saúde, sobretudo porque ele se constitui como práxis desenvolvida no setor de serviços, altamente impactado pela reestruturação produtiva e seu corolário processo de precarização. Cumpre, de antemão, entender que o trabalho em saúde não possui a especificidade ontológica de transformar a natureza não humana em produtos a serem consumidos *post facto;* porém, por se realizar sob a lógica da lei do valor, isto é, por ser mercantilizado, podemos debater a existência de um trabalho em saúde no bojo do trabalho abstrato, aquele particularmente forjado pelo capital para subordinar as necessidades humanas às necessidades do mercado (Souza; Mendonça, 2017).

Nesses termos, contraditoriamente, aquela práxis que guarda a potência de promover saúde e lutar contra as doenças que acometem as coletividades, é impelida a se efetivar por relações sociais que alienam os humanos de sua própria condição humana (incluída a saúde) e retroalimentam os processos de mercantilização. Nesses termos, a saúde passa a ser mediação para o lucro dos capitalistas que estão por trás do complexo médico industrial/financeiro; os indivíduos e coletividades que precisam de assistência à saúde são reificados, tendo seus corpos moldados às necessidades do capital; e os trabalhadores da saúde, explorados e degradados (Souza; Mendonça, 2017).

No Brasil, a informalidade, o subemprego, os trabalhos temporários, etc., perpetuam-se de longa data, com reflexo nos altos índices de desemprego. Estruturalmente, mesmo após algumas conquistas trabalhistas efetivadas, por exemplo, no âmbito do serviço público ou com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) no setor privado, certa proteção trabalhista para alguns segmentos conviveu, lado a lado, com o trabalho precário de grande parte da classe trabalhadora. Contudo, apesar do movimento particular da precarização ser diferente daquele que se desenrola nos países avançados, é possível notar, no caso brasileiro, uma intensificação da precarização, em especial na última década. Recuperamos alguns marcos desse movimento de intensificação, a exemplo da Lei 13.429/2017, que amplia a terceirização para áreas fins das empresas; a Lei 13.467/2017, que altera a CLT, flexibilizando direitos trabalhistas, em especial por ampliar o leque das questões que podem ser negociadas e sobreporem-se ao legislador; a Emenda Constitucional 103/2020 que altera as regras para a aposentadoria; ou ainda, a

Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 32/2020, que propõe uma Reforma Administrativa que vai retirar direitos consolidados no âmbito do serviço público.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), trabalhadores do serviço público, majoritariamente, estão empregados no Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo de os/as assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde e outras profissões. Mesmo aqueles que têm uma certa tradição de trabalho liberal, encontram no SUS uma via de empregabilidade importante, a exemplo da Medicina e da Odontologia, contudo, é justamente nesse ponto que se interseccionam as respostas mais nefastas do capital à sua crise, pois, por um lado, retiram-se direitos dos servidores da saúde e, por outro, desmonta-se a estrutura dos serviços, subfinanciando ou descaracterizando o modelo. Mesmo considerando que países mais populosos como o Brasil tenham conquistado vários avanços que melhoraram os indicadores de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não está completamente alinhado com o que foi idealizado originalmente no Movimento pela Reforma Sanitária. Apesar dos progressos, o SUS enfrenta desafios que o afastam das suas propostas iniciais, como a ideia de um sistema de saúde totalmente universal e acessível para todos.

O novo modelo dependeria da ruptura com a mercantilização da saúde, mas, assistiu-se, ao longo dos anos, a conciliação forçada do SUS com os interesses do setor privado, através da perpetuação do modelo biomédico e sua lógica afeita à lucratividade com o adoecimento; do direcionamento de recursos públicos para instituições privadas via contratos e convênios; da introdução de modelos privados de gestão nos serviços públicos (como as fundações, Organizações Sociais de Saúde – OSSs e outras formas de privatização); e das facilidades criadas para o crescimento do setor da saúde suplementar, alimentada pela falácia de que o SUS não funciona e, portanto, o melhor é buscar alternativa (Souza, 2019). Uma série de outros fatores assentados na lógica neoliberal poderiam ser elencados como parte da trama causal da desestruturação dos serviços públicos e, consequentemente, resultam na falta de proteção e condições precárias de trabalho para os profissionais da área, intensificando a precarização no setor de saúde.

Tendo em vista que a sociedade vem perdendo forças diante das amarras do regime fiscal, é válido pontuar a importância do Serviço Social enquanto uma

categoria comprometida com a luta pela viabilização dos direitos sociais, mas também como um profissional que se mantém posicionado como linha de frente na resistência aos avanços do Modo de Produção Capitalista (MPC). Portanto, como mencionou Maria Carmelita Yazbek: “é preciso ultrapassar a análise do Serviço Social em si mesmo para situá-lo no contexto de relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista” (2009, p. 3). De acordo com Iamamoto (2003), a questão social é apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista. À vista disso, no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas-UFPE, a pertinência desse olhar do Serviço Social à obesidade relaciona-se ao conceito de obesidade e à sua análise como uma expressão da “questão social”, permitindo enxergar como os aspectos sociais, culturais e políticos corroboram para o desenvolvimento dessa doença, além de pontuar uma alta demanda no setor da bariátrica.

3.3 Promoção e prevenção da saúde como estratégias para o enfrentamento da obesidade

A partir da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), foi possível observar que essa política traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (Ministério da Saúde, 2014). Ou seja, a promoção da saúde implica nos apropriarmos dos fatores que determinam e condicionam a saúde das pessoas, como a qualidade de vida, a alimentação, a moradia, a educação, a habitação, o saneamento, a recreação, as condições agradáveis no lar e no trabalho, um estilo de vida responsável e um espectro de serviços que são adequados para atender às necessidades de saúde dessas pessoas. Fundamentada nos princípios da equidade, integralidade e participação social, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) busca enfrentar os principais determinantes sociais da saúde através de estratégias que incentivam a adoção de práticas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde. A PNPS atua como um eixo articulador entre as diferentes políticas públicas, reforçando o

papel da Atenção Básica na promoção de ações preventivas e na redução das questões sociais em saúde.

Como foi anteriormente mencionado, a obesidade é um dos principais problemas de saúde pública mundial, sendo associada a diversas doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. No Brasil, a prevalência da obesidade tem aumentado de forma alarmante, exigindo ações efetivas por parte do sistema de saúde. Uma pesquisa apresentada no Congresso Internacional sobre Obesidade deste ano (ICO, 2024) indica que, com base no cenário atual, quase metade dos adultos brasileiros (48%) terá obesidade até 2044, e mais 27% terão sobrepeso. Nesse contexto, a promoção e a prevenção da saúde emergem como estratégias fundamentais para o enfrentamento dessa condição. Através de políticas públicas, programas educativos e intervenções que incentivem hábitos de vida saudáveis, é possível reduzir os índices de obesidade e melhorar a qualidade de vida da população.

O Ministério da Saúde afirma que:

> Este complexo cenário traz grandes desafios para a Rede de Atenção à Saúde do SUS, em especial para a Atenção Básica. Por sua proximidade ao cotidiano de vida das pessoas, tem maior poder de compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde de cada território, tornando-se local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população. Assim, as intervenções para a reversão do excesso de peso, das populações e dos indivíduos, precisam considerar as diversas concepções presentes na sociedade sobre alimentação, atividade física, corpo e saúde. A Atenção Básica, além de acolher e tratar o indivíduo com excesso de peso, deve ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da Rede de Atenção, garantindo o cuidado integral. (Ministério da Saúde, 2014).

O crescimento da população com agravos crônicos não transmissíveis, como destaca o Ministério da Saúde no caderno de Atenção Básica, nas estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (2014), salienta a urgência de uma organização eficiente e qualificada dos serviços de saúde, capaz de atender de maneira adequada essa crescente demanda. No entanto, para além das ações dos profissionais de saúde, é essencial reconhecer o papel central dos indivíduos, famílias e comunidades na adoção de estilos de vida saudáveis e na luta por políticas públicas que promovam uma vida saudável. Por isso, dentro desse contexto, as equipes da Atenção Básica desempenham um papel crucial no

empoderamento dos indivíduos em relação às suas condições de saúde, auxiliando-os no processo de autocuidado. Esse processo envolve a capacidade de cuidar de si mesmos de forma responsável e autônoma, fazendo escolhas conscientes que preservem e promovam uma boa qualidade de vida.

A promoção da saúde pode ser entendida como um processo que envolve a participação ativa da comunidade na melhoria da qualidade de vida. Isso inclui um envolvimento maior no controle e na direção desse processo. É importante que indivíduos e grupos sejam capazes de identificar seus desejos, atender suas necessidades e fazer mudanças positivas em seu ambiente. A saúde deve ser considerada um recurso essencial para a vida, em vez de um objetivo final (BRASIL, 2006). Esse conceito de promoção da saúde se baseia em uma visão ampliada, onde a saúde vai além da simples ausência de doenças. Ela é vista como um direito fundamental que deve ser garantido e protegido, influenciado por fatores como acesso à renda, moradia, alimentação, educação, emprego, lazer, transporte e serviços em geral. Além disso, reflete-se nas atitudes e escolhas que as pessoas fazem diariamente. Assim, a saúde é um processo dinâmico e contínuo, que envolve aspectos tanto individuais quanto coletivos.

Nessa linha de pensamento, para que a promoção da saúde ocorra de forma mais humanizada, ela não deve ficar restrita apenas ao setor de saúde. É necessária uma ação intersetorial envolvendo o poder público e diversos setores da sociedade (Nações Unidas, 2005). Além dessa intersetorialidade, a promoção da saúde também se orienta por outros princípios, como equidade, desenvolvimento humano e social, respeito à diversidade e promoção da qualidade de vida dentro do ecossistema. Com base nesses princípios, a promoção da saúde deve incluir a formulação de políticas públicas e sociais, a criação de ambientes favoráveis para uma vida saudável, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento de habilidades pessoais e o fortalecimento da participação comunitária, conforme estabelecido na Carta de Ottawa (1986).

Uma das necessidades essenciais para promover a saúde da população é a educação em saúde. As ações de incentivo desempenham um papel importante ao disseminar informações, promover práticas educativas e motivar as pessoas a adotarem hábitos saudáveis. Exemplos dessas ações incluem as atividades

educativas realizadas na atenção básica à saúde, no cotidiano escolar e nos ambientes de trabalho, assim como campanhas de conscientização e mobilização para estimular hábitos saudáveis, como campanhas publicitárias e eventos. Além disso, as medidas de apoio são fundamentais para facilitar a adesão de indivíduos e grupos já informados e motivados a práticas saudáveis. Entre essas medidas, destacam-se a rotulagem nutricional de alimentos; programas institucionais de alimentação, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar e o Programa de Alimentação do Trabalhador; a criação de espaços públicos seguros para a prática de atividades físicas, como o Programa Academia da Saúde; a criação de ambientes favoráveis à amamentação no trabalho; grupos de apoio a mulheres que estão amamentando; a oferta de opções alimentares mais saudáveis em supermercados e padarias; e a distribuição de preservativos nos serviços de saúde.

As medidas de proteção são igualmente importantes, pois buscam evitar que indivíduos e comunidades sejam expostos a fatores que incentivam práticas prejudiciais à saúde. Exemplos incluem a proibição do tabagismo em estabelecimentos de saúde e outros espaços coletivos, a regulamentação da venda de produtos destinados a lactentes e a regulamentação da publicidade de alimentos voltada para o público infantil. Em resumo, ações efetivas de promoção da saúde combinam iniciativas direcionadas tanto aos indivíduos quanto à coletividade e ao ambiente em que vivem, abrangendo os diversos aspectos da vida cotidiana, como a comunidade, a escola, o local de trabalho, os meios de comunicação e o comércio. As escolhas individuais, embora pareçam ser decisões isoladas, estão fortemente conectadas aos hábitos coletivos. O "estilo de vida" de uma pessoa, expresso por meio de práticas diárias, não é uniforme para todos, nem resultado de atitudes individuais isoladas e imutáveis (Chor, 1999; Mendonça, 2005).

A Atenção Básica de Saúde desempenha um papel essencial no desenvolvimento de estratégias para incentivar e apoiar a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física. Além de fornecer informações, é crucial que essas estratégias também criem oportunidades para a reflexão sobre os diversos fatores, tanto individuais quanto coletivos, que afetam as práticas de saúde e nutrição na sociedade. Para isso, é importante utilizar metodologias que promovam o pensamento crítico e o discernimento, possibilitando que as pessoas compreendam sua realidade, desenvolvam autonomia em suas

escolhas diárias, assumam uma postura ativa em relação à vida e exercitem plenamente sua cidadania. A promoção da autonomia envolve necessariamente a ampliação das capacidades de análise e a responsabilidade compartilhada no cuidado de si mesmo, dos outros e do meio ambiente (Campos et al., 2004). É importante reconhecer que as soluções para os desafios de saúde devem estar ancoradas em ações que considerem os aspectos culturais, políticos e econômicos. A busca pela autonomia exige, portanto, a implementação de ações que fortaleçam as habilidades de indivíduos e grupos para que tenham um maior controle sobre suas próprias vidas. Isso também pressupõe uma reflexão crítica sobre as desigualdades sociais que moldam seus modos de viver (Smeke; Oliveira, 2001).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, também prevê ações específicas para a promoção da alimentação saudável, com enfoque para a prevenção e o controle da obesidade, a partir da mobilização de instituições públicas, privadas e setores organizados da sociedade, criação de ambientes saudáveis, proposição e elaboração de medidas regulatórias, disseminação da cultura da alimentação saudável, desenvolvimento de ações no ambiente escolar, implementação da vigilância alimentar e nutricional e reorientação dos serviços de Saúde, com ênfase na Atenção Básica.

4. EXPLICITAR AS ESPECIFICIDADES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE

No presente capítulo, iniciaremos com um resgate dos estudos e reflexões acerca da prática profissional do Serviço Social frente ao tratamento da obesidade, assim, buscaremos por meio de uma reflexão em torno dos trabalhos publicados nos anais do 17º, 16º e 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) refletir sobre as especificidades da prática profissional do assistente social no campo da obesidade abordando a relevância da atuação profissional no tratamento da doença.

Em seguida, serão dissertados os eixos de atuação específicos do Serviço Social no ambulatório de Cirurgia Geral/ Programa de Cirurgia Bariátrica, resgatando o horizonte profissional em um espaço profissional marcado por contradições no tocante à realidade que permeia a atuação da profissão, uma vez

que é nítida a grande demanda de usuários/as que procuram o serviço e a precarização expressa no reduzido quadro de profissionais para o atendimento desse público.

Primeiramente, é importante refletir que o Serviço Social está inserido no Hospital das Clínicas como um serviço específico desde 1979, o ano de criação da instituição. De acordo com o organograma proposto pela Ebserh, o Serviço Social esta interligado à Unidade de Saúde Mental, considerado como Linha de Cuidado, a qual estava vinculada à Gerência de Atenção à Saúde.

É relevante pontuar que no Hospital das Clínicas, as/os profissionais do Serviço Social atuam em diversas equipes, como em plantões, enfermarias e ambulatórios. Nos plantões gerais e plantões das enfermarias do Núcleo Interno de Regulação (NIR) as/os profissionais seguem uma escala de trabalho para atender a demanda, considerada emergencial, dos usuários/as desse setor; nos ambulatórios, as/os profissionais estão inseridos nos setores de ginecologia e obstetrícia, espaço trans, ortopedia (Programa de Prótese), cirurgia geral (Programa de Cirurgia Bariátrica), oncologia, nefrologia, serviço de doenças renais crônicas e hemodiálise. Nas enfermarias, as/os assistentes sociais atuam em setores como Centro Obstétrico, alojamento materno, nefrologia, pediatria, psiquiatria, reumatologia, cirurgia geral, serviço de doenças infecciosas e parasitárias, maternidade, ortopedia, neurologia, ginecologia, urologia, vascular, cardiologia, clínica médica e oncologia.

Ademais, neste capítulo, buscaremos tecer sobre as particularidades que envolvem o fazer profissional do assistente social inserido neste programa de obesidade, em que, apesar de ser referência no Norte-Nordeste, o Serviço Social enquanto profissão essencial no acompanhamento e processo de tratamento da doença, apresenta muitas contradições no tocante à realidade que permeia a atuação.

4.1 As produções com a temática da obesidade nos Anais dos XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS)

> A sociedade brasileira passava por uma crise de decomposição da ditadura e de rearticulação das forças sociais democráticas. A organização e a mobilização regional das assistentes sociais de São Paulo foram consoantes com a expressão das lutas operárias da zona mais industrializada do país, onde se concentrava o pólo mais moderno do capitalismo brasileiro. O III CBAS representou um elo na transição histórica

> entre a ditadura e o processo de construção democrática no Brasil. Assim como um elo de ligação das assistentes sociais com os trabalhadores, da identificação com as lutas mais gerais da sociedade, e como uma ruptura de um modelo de prática de adaptação, para reforçar uma articulação da profissão com as transformações das relações sociais de dominação e exploração no cotidiano de sua atuação (Faleiros, 2009).

Neste tópico, buscamos tecer reflexões sobre alguns achados relacionados à atuação do Serviço Social no tratamento da obesidade, por meio de um levantamento de publicações nos Anais do 17º, 16º e 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), os quais foram realizados nos anos de 2022, 2019 e 2016. A pesquisa foi desenvolvida a partir de uma busca nos sites do CBAS das respectivas edições do Congresso, em que foram selecionados trabalhos especificamente sobre a prática profissional do Serviço Social no tratamento da obesidade grave.

O Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) é um evento realizado a cada três anos que reúne assistentes sociais do Brasil e do mundo, promovido pelo CFESS-CRESS, pela ABEPSS e pela ENESSO, sendo considerado um dos maiores eventos nacionais realizados pelo Serviço Social no Brasil. O CBAS constitui-se em um espaço rico de debates e trocas de experiências profissionais, possuindo um histórico de mobilizações e lutas. O III CBAS, conhecido como Congresso da Virada, ocorreu entre 23 a 28 de setembro de 1979, no Centro de Convenções do Anhembi*,* em São Paulo e marcou um período significativo na história do Serviço Social brasileiro, em vista da postura crítica da categoria comprometida com as questões sociais e a classe trabalhadora, além de ser considerado um marco na construção do Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social brasileiro.

> O processo histórico que ancorou o III CBAS (1979) continha o embrião de um projeto profissional que se consolidaria nos anos 1980, e nos anos subsequentes adquiriria maior nitidez e densidade ético-politica, teórica e técnica – reconhecido então como Projeto Ético Político. Um projeto que tem em seu núcleo “o reconhecimento da liberdade como valor central, o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais (Netto, 2009).

TABELA 1 - Quantidade de publicações dos Anais do XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) do CBAS sobre obesidade

A pesquisa e o levantamento realizado nas publicações dos Anais dos últimos três CBAS 15º, 16º e 17º resultou na identificação de 5 (cinco) trabalhos que

mencionam obesidade e cirurgia bariátrica no título. Entretanto, apenas 2 (dois) abordaram a atuação profissional no tratamento da obesidade grave. A Tabela 1 mostra o quantitativo de trabalhos que abordam obesidade e cirurgia bariátrica, nas edições selecionadas do CBASS, de 2016, 2019 e 2022. O tema é pouco trabalhado nos anais destes congressos, não sendo evidenciado um crescimento do interesse profissional.

CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS):	**QUANTIDADE DE PUBLICAÇÕES:**	**QUANTIDADE DE PUBLICAÇÕES SELECIONADAS:**
XV CBAS (2016) - 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão.	2	2
XVI CBAS (2019) - 40 anos da 'Virada' do Serviço Social	1	1
XVII CBAS (2022)- Crise do capital e exploração do trabalho em momentos pandêmicos: Repercussão no Serviço Social, no Brasil e na América Latina	2	2
Total:	5	5

Fonte: elaboração própria

TABELA 2 - Titulação das/os autoras/es das publicações selecionadas

No decorrer da identificação e seleção dos trabalhos, identificamos, como mostra a tabela 2, que a grande parte das autoras são assistentes sociais que

questionam criticamente a prática profissional. Além dos/as profissionais de Serviço Social, outras categorias foram observadas, como enfermeiros, nutricionistas e professores da Universidade Federal. Chamando nossa atenção para como esses profissionais se utilizam de instrumentais e combinam atividades teóricas e práticas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

TITULAÇÃO	**QUANTIDADE DE AUTORAS/ES:**
Pós-graduação (lato sensu):	7
Pós-graduação (stricto sensu):	3
Assistente social em atuação:	8
Não identificado:	3
TOTAL:	

Fonte: elaboração própria

TABELA 3 - Delineamento das publicações selecionadas

As publicações selecionadas são compostas por reflexão teórica, estudo terapêutico, relato de experiência de estágio, artigo e análise social, onde os profissionais partilham as suas vivências, práticas, discussões e reflexões sobre a obesidade, em grande parte no âmbito hospitalar, como apresentado na tabela 3.

DELINEAMENTO	QUANTIDADE
Reflexão teórica	1
Estudo terapêutico	1
Relato de experiência de estágio supervisionado	1
Reflexão teórica	1
Análise social	1
TOTAL	5

Fonte: elaboração própria

QUADRO 4 - Anais do XV CBAS (2016) sobre a atuação profissional na cirurgia bariátrica

A 15ª edição do CBAS (quadro 4), ocorrida no ano de 2016, na cidade de Olinda (PE), teve como tema "80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão". Nos anais desse evento, foram identificados dois trabalhos, sendo o primeiro desenvolvido em hospital universitário do Recife e o outro é resultado de discussões e reflexões realizadas no Serviço Social do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) por assistentes sociais, assistentes sociais residentes e estagiárias. Eles tratam da relação entre o Serviço Social e a obesidade: um deles foi apresentado como estudo terapêutico, enquanto o outro se caracterizou como uma reflexão teórica.

ANO:	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	EIXO TEMÁTICO	DELINEAMENTO DO ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS	AUTORES/AS
2016	A integralidade da assistência em saúde: a experiência na atenção a usuário com superobesidade	Integralidade, determinantes sociais. Obesidade. Política de Saúde.	Estudo terapêutico	Ao longo de 06 meses de internação e execução da proposta terapêutica, a situação inicial do usuário – passa a apresentar mudanças.	Renata Ramos Severo; Iana Martins Araujo; Giselle de Queiroz Menezes Batista.

2016	Saúde, determinação social e obesidade: reflexões sobre sua manifestação na contemporaneidade e contribuições ao Serviço Social	Serviço Social, saúde, obesidade, determinação social	Reflexão teórica	Reflexão sobre o exercício do princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da experiência desenvolvida na assistência a usuários com obesidade grave em hospital universitário do Recife.	Francielle Lopes Alves; Mayara Zimmermann Gelsleichter; Letícia Possamai Della; Sheylla Beatriz Cabral; Moara Monteiro Sant'helena; Analú Dos Santos Lopes.

Fonte: elaboração própria

No estudo terapêutico, Severo, Araújo e Batista (2016) discutem sobre o Princípio da Integralidade da Política de Saúde desenvolvida junto a usuário obeso grave em hospital universitário do Recife. Diante disso, as autoras colocam que partiram da análise do entendimento da precarização da saúde como expressão da questão social e apontaram os desafios que se colocam para a efetivação da integralidade na assistência ao usuário com superobesidade. No estudo, elas relatam que: “a socialização das informações acerca da intervenção realizada poderá trazer contribuições para o aprofundamento do tema da integralidade no campo da saúde, sobretudo, pela complexidade das demandas apresentadas no contexto em que se situa esta política, atualmente.

Nessa perspectiva, o estudo apresenta uma proposta terapêutica de um usuário “admitido na unidade hospitalar no dia 09 de julho de 2015 com quadro clínico agravado pela condição de superobesidade, bem como grave situação de vulnerabilidade social, sendo imprescindível a assistência realizada por equipe multiprofissional, com fins de diagnóstico e terapêutica.” (Severo, Araújo e Batista, 2016). O usuário contou com apoio da equipe multidisciplinar para que fossem atendidas suas reais necessidades e recebesse assistência profissional adequada.

Dessa forma, percebeu-se que, após seis meses de internação, houve avanços significativos em relação à situação inicial. O usuário que pesava cerca de 420 kg, com desnutrição proteica e em situação de vulnerabilidade, obteve resultados de perda do excesso de peso, apresentando melhora no seu quadro de desnutrição proteica, bem como o aprendizado de perda de peso de forma saudável. Porém, foi possível perceber que, apesar dos avanços, houve pouca evolução no nível comportamental referente ao autocuidado e à aceitação dos limites impostos pela condição do internamento. As autoras colocam que:

> A internação de longa duração em ambiente hospitalar ao mesmo tempo que permite a intervenção mais sistemática pela equipe junto ao usuário, pode constituir-se em fator estressogênico e repercutir negativamente na evolução do tratamento, bem como impedir uma avaliação mais precisa quanto ao seguimento das orientações da proposta terapêutica (Severo, Araújo e Batista, 2016).

Por fim, o que se pôde observar foi a valorização dos serviços de média e alta complexidade, ao mesmo tempo em que ocorre a fragilização dos serviços básicos na assistência. Outro aspecto identificado foi a perda da concepção de totalidade do processo saúde-doença do usuário, a partir de seu contexto e histórico familiar, inviabilizando a atenção contínua ao usuário no sistema de saúde do município de origem. Dessa forma, elas concluem que a atenção à saúde com base na integralidade não pode ser vista de forma isolada e tampouco prescindir dos vários aspectos para que seja alcançada da forma mais completa possível.

No que se refere à reflexão teórica de Alves, Gelsleichter, Della, Cabral, Sant'Helena e Lopes (2016), destaca-se a relação obesidade, saúde e determinação social como processo constitutivo e pressões poderosas que, em uma sociedade capitalista, privilegiam interesses econômicos em detrimento da saúde da população. As autoras apontam dados que mostram que as doenças crônicas

respondem por 72% das causas dos óbitos. Estima-se que, no ano de 2020, as doenças crônicas serão responsáveis por 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento. Além disso, dão ênfase para dados de obesidade no Brasil, estando relacionada a diversos fatores como, fatores genéticos adaptativos, nutricionais, socioculturais, aculturação à distância e fatores com base no sexo.

Por fim, elas enfatizam que os estudos sobre obesidade podem ultrapassar definições estritamente biológicas que, em geral, estigmatizam e culpabilizam os indivíduos por seu adoecimento. Concluem relatando que:

> Evidencia-se no cotidiano de trabalho o sofrimento da população adoecida pela obesidade e principalmente os desafios encontrados para recuperar a saúde quando a eminência de doenças associadas, perdas\incapacidades de realizar atividades da vida diária e até a morte, se projetam no curso da doença. Esta realidade demanda urgentemente de análises que abarquem a totalidade da determinação social da doença, de deixar claro que a obesidade não ocorre em função de um desequilíbrio energético, para que possamos vislumbrar intervenções profissionais e políticas efetivas na luta contra a obesidade (Alves, Gelsleichter, Della, Cabral, Sant'helena e Lopes, 2016 p. 11).

Portanto, a 15ª edição do CBAS (2016) reforçou o debate da importância entre teoria e prática no Serviço Social. Severo, Araújo e Batista (2016) enfatizaram a importância do princípio da integralidade na Política de saúde, através de um estudo terapêutico no Hospital Universitário do Recife, enquanto Alves, Gelsleichter, Della, Cabral, Sant'Helena e Lopes (2016) realizaram uma reflexão teórica acerca da relação obesidade, saúde e determinação social como processo constitutivo, destacando que a obesidade acontece de maneiras socialmente distintas e que há relação com políticas agrícolas, com estímulo ao consumo e com condições de trabalho. O XVI (2019) CBAS, realizado na cidade de Brasília (DF), teve como tema central “40 anos da ‘Virada’ do Serviço Social”.

A 16ª edição do CBAS (2019), teve como tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social. O evento ocorreu em Brasília (DF), entre os dias 30 de outubro e 3 de novembro de 2019. Nas publicações do evento foi identificado um trabalho sobre a Obesidade como uma nova demanda ao Serviço Social. A autora, Luciane Aparecida Pereira traz como título da publicação: “Obesidade ou globesidade? uma análise urgente de uma demanda emergente“, está baseado em uma análise de dados, onde discute e revela, portanto, que a obesidade, doença genética e

psicológica, agrega conteúdos sociais que favorecem e asseguram a sua manutenção.

O trabalho mostra que, embora a obesidade seja uma doença com componentes psicológicos e genéticos, também carrega fatores sociais que favorecem seu crescimento. A autora explora a doença não apenas como uma questão de saúde pública, mas também sob uma perspectiva crítica, analisando-a à luz da teoria marxista e da prática do Serviço Social. A globalização contribuiu para o aumento da obesidade ao introduzir novos padrões de consumo, especialmente com a difusão de redes de *fast food*, que oferecem alimentos industrializados e ricos em gordura a preços acessíveis, promovendo a conveniência e o consumo rápido, resultando em dietas baseadas em alimentos altamente calóricos e processados. De acordo com os estudos de Phillip James:

> [...] os efeitos resultantes do processo de globalização chegam aos indivíduos carregados de uma lógica própria, contraditória e antagônica, alterando o mundo do trabalho, o espaço social, as famílias, as crenças e religiões. Como exemplo, sabe-se que o consumo é baseado nas necessidades materiais, regendo as regras do vestir e do que comer, o que leva a um consumo cada vez mais dispendioso (James, [s.d.] *apud* Pereira, 2019)

Ou seja, pode-se afirmar, nesse contexto, que a epidemia global de obesidade observada nos últimos anos não tem como principal causa fatores genéticos, mas sim as transformações nos nossos hábitos, na nossa cultura e até no ambiente de trabalho. Atualmente, predominam ocupações que exigem menor esforço físico, refletindo diretamente no aumento da inatividade e no sedentarismo. Esses fatores, associados a uma alimentação menos saudável e a estilos de vida modernos, têm contribuído significativamente para o avanço desse problema de saúde pública.

Em seguida, a autora aborda sobre as grandes multinacionais, em particular as americanas, que tiveram um papel crucial na propagação desses hábitos alimentares pelo mundo. Exemplos incluem redes como o McDonald 's, que popularizou o hambúrguer e produtos de baixo custo e alta caloria, focando inicialmente nas classes mais baixas. O sistema de produção de *fast food* é organizado de forma taylorista, com mão de obra pouco comprometida e mal remunerada, priorizando rapidez, preço baixo e volume de vendas. A globalização

trouxe também uma "americanização" do estilo de vida, afetando inclusive os hábitos alimentares de diferentes culturas, que foram gradualmente adaptando-se ao modelo de *fast food*. Além disso, o uso de meios de comunicação de massa para promoção de produtos alimentares, associando a felicidade ao consumo de produtos industrializados, aumentou o consumo inconsciente, estimulando a obesidade. Portanto, a obesidade se configura como uma questão social que reflete as mudanças no mundo do trabalho. Com a crescente exigência de rapidez e flexibilidade, tanto nos horários quanto nos hábitos alimentares, os indivíduos tendem a “comer” em vez de se alimentar adequadamente.

Diante disso, para entender a obesidade em sua totalidade, é preciso considerar seus múltiplos aspectos, especialmente no contexto de transformações sociais que promovem o sedentarismo, o estresse e o consumo exagerado de alimentos industrializados. Além disso, as grandes potências econômicas, ao buscarem expandir seus mercados e maximizar seus lucros, impõem, de forma sutil, novos hábitos de vida por meio da alienação. Elas utilizam os meios de comunicação de massa para associar a felicidade à imagem de pessoas magras, ao mesmo tempo em que promovem alimentos com alto teor de gordura e baixo custo. Dessa forma, o consumo torna-se fruto de necessidades artificialmente estimuladas, deixando de ser uma decisão consciente baseada nas reais necessidades dos indivíduos.

É apresentada uma pesquisa qualitativa feita com base em uma perspectiva fenomenológica que visou compreender aspectos sociais da obesidade, no município de Abaeté-MG, entre os dias 12 e 30 de julho de 2010. O estudo de caso incluiu três mulheres, com idades de 57, 54 e 41 anos, e IMC de 38, 29 e 37, 11, respectivamente. Entre as participantes, a primeira havia passado por uma cirurgia bariátrica, o que possibilitou a investigação das mudanças em sua vida social após a operação. As entrevistadas relataram dificuldades em suas interações sociais devido à obesidade. A participante 1, após a cirurgia, mencionou uma melhora significativa em sua vida, afirmando que se tornou mais sociável e confiante. Por outro lado, as participantes 2 e 3 relataram situações de exclusão e discriminação, como o constrangimento causado por olhares e comentários maldosos nas ruas, além da dificuldade de locomoção devido ao peso. Além disso, foi ressaltado que as pessoas obesas enfrentam barreiras sociais e arquitetônicas, como escadas em edifícios

públicos e transporte inadequado, o que limita sua participação em atividades cotidianas. Essas barreiras não apenas impedem uma vida social plena, mas também reforçam a exclusão social a que essas pessoas estão sujeitas. A pesquisa sugere que a sociedade impõe um padrão estético rígido, o que aumenta o sentimento de exclusão entre as pessoas obesas.

Por fim, foram relatadas dificuldades em encontrar roupas adequadas, pois o mercado de moda atende principalmente aos padrões de magreza. Esse fenômeno evidencia como a obesidade está relacionada a questões ideológicas e de dominação social, sendo explorada tanto pela indústria alimentícia quanto pela indústria de emagrecimento. Além disso, as participantes também destacaram que a obesidade está inserida em um contexto de prazer e sofrimento. O prazer de consumir alimentos é rapidamente transformado em sofrimento, devido às pressões sociais e às barreiras físicas e psicológicas enfrentadas. A obesidade, portanto, não deve ser vista apenas como um problema individual, mas sim como um fenômeno social que exige reflexão sobre os padrões de vida impostos e as práticas discriminatórias perpetuadas pela sociedade.

QUADRO 5 - Anais do XVII do CBAS (2022) sobre a atuação profissional na cirurgia bariátrica

Em 2022, foi realizada a 17ª edição do CBAS, que com o tema “Crise do capital e exploração do trabalho em momentos pandêmicos: Repercussão no Serviço Social, no Brasil e na América Latina.” O evento aconteceu de forma on-line devido à pandemia da covid-19. Nos anais desse evento, foram identificados dois trabalhos que tratam da relação entre o Serviço Social e a obesidade: eles foram apresentados como um relato de experiência e uma reflexão teórica.

ANO:	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	EIXO TEMÁTICO	DELINEAME-NTO DO ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS	AUTORES /AS
2022	Relato de experiência do estágio supervisionado em serviço social no serviço de cirurgia bariátrica do hospital universitário da universidade federal do Maranhão	Serviço Social; Saúde; Cirurgia Bariátrica.	Relato de experiência	Relato sobre os principais elementos vivenciados no âmbito do Estágio Curricular em Serviço Social no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	Livia Maria Lima De Jesus
2022	Questão social, saúde e produção de alimentos no Brasil: de onde vem a obesidade?	Obesidade. Questão Social. Saúde.	reflexão teórica	Aborda o problema da obesidade como uma expressão da questão social e a sua relação com a mudança no padrão de produção e consumo de alimentos no Brasil, a partir da reestruturação produtiva do capital.	Eloyse Valéria Da Silva; Anny Luize De Araújo Silva

Fonte: elaboração própria

No Relato de experiência, Livia Maria Lima de Jesus (2022) delineia sobre os principais elementos vivenciados no âmbito do Estágio Curricular em Serviço Social no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Nesse contexto, a autora esboça um contexto da história da Política

de Saúde e o Serviço Social, colocando mudanças ocorridas desde o século XIX, enfatizando que, em cada década, ocorreram significativas transformações na história da saúde, chegando até o final da década de 90 com o cenário neoliberal em que a política de saúde está inserida. Sobre o Serviço Social, ela aponta que “no final dos anos 1980 e 1990 e meados dos anos 2000, houve um alargamento de seu campo profissional e maior abertura no campo da saúde”. (Jesus, 2022)

Em seguida, a autora discorre sobre a sua experiência de estágio no campo da cirurgia bariátrica, destacando a importância do mesmo para a formação profissional: “O estágio permite ao estudante uma reflexão acerca dos conhecimentos teóricos adquiridos até então no espaço acadêmico.” (Jesus, 2022). Discorre sobre a criação do programa de cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas do Maranhão, que permite motivar, tratar com abordagem cirúrgica e acompanhar os usuários a partir de uma visão universal. O assistente social realiza avaliações sobre os determinantes sociais que envolvem a vida do usuário e está presente durante o pré e o pós-operatório, avaliando e preparando o paciente socialmente. Dessa forma o processo de inserção do Serviço Social no programa acontece da seguinte forma:

> O paciente ao consultar em qualquer unidade de saúde do SUS, e sendo vista pelo por médico a necessidade do tratamento cirúrgico, o mesmo o encaminha para a cirurgia bariátrica; de posse do encaminhamento o paciente marca a consulta via CEMARC – Central de Marcação de Consulta. O primeiro atendimento consiste em consulta de triagem com a equipe de enfermagem, que irá avaliar se o usuário possui os critérios exigidos pelas portarias que regulam o tratamento. Em seguida, a enfermagem encaminha o paciente ao cirurgião do aparelho digestivo e ao Serviço Social. Após sua inserção no Serviço de Cirurgia Bariátrica o paciente passa a ser acompanhado pela equipe multiprofissional, que tem o objetivo de prepará-lo para a cirurgia, a partir da assistência integral à saúde, a fim de contemplar as várias dimensões da saúde da pessoa obesa (Jesus, 2022, p. 7).

A autora relata também sobre duas questões que chamaram sua atenção: o fato do Serviço Social não ser uma especialidade que emita laudo de liberação para realização da cirurgia, por isso, alguns não retornam para a continuação da entrevista e, por outro lado, destaca aqueles que sempre procuram o serviço social, especialmente, para conversar e tirar dúvidas. Durante esses momentos são feitas entrevistas sociais e a autora relata a importância de conhecer as redes

socioassistenciais dos pacientes, pois apresentam questões que vão para além da política de saúde, o que demonstra claramente a importância da intersetorialidade. Outra demanda muito recorrente é a solicitação de benefício para Tratamento Fora de Domicílio-TFD, em que o usuário diversas vezes procura o Serviço Social para tratar da questão do TFD, porém as/os profissionais utilizam disso como porta de entrada para intervir em outras demandas que competem ao Serviço Social. Por fim, o que se percebe é a importância da/o assistente social no contexto da cirurgia bariátrica, principalmente diante dos ajustes neoliberais, afetando os direitos sociais e a política de saúde (com a redução de investimentos, a desconstrução de uma política pública estatal, universal e íntegra e, muitas vezes, a retirada desses direitos), pois diante do contexto de aumento de obesidade no Brasil, faz-se necessário conhecer os determinantes que envolvem esta doença.

No que diz respeito ao artigo de Silva e Silva (2022), elas abordam o problema da obesidade como uma expressão da questão social e a sua relação com a mudança no padrão de produção e consumo de alimentos no Brasil, a partir da reestruturação produtiva do capital. Começam relatando brevemente sobre as formas de produzir e consumir alimentos ao longo da história; como acontece o desenvolvimento da agricultura com suas técnicas e ferramentas. Com a entrada do capitalismo, instaura-se a monocultura para a produção de alimentos, visando ao lucro.

Nesse sentido, a agricultura atual tem gerado o aumento do desemprego, a precarização das relações de trabalho, a miséria, o aparecimento de doenças, dentre outras coisas. Silva relata que

> O agronegócio é responsável pela produção de commodities em larga escala para exportação. Se constitui de empresas transnacionais que dominam a produção agrícola com forte associação ao capital fundiários, representados pelas antigas oligarquias regionais, para produção de monocultura e utilizando relações de trabalho análoga à escravidão. (*apud* Silva, 2020, p. 46).

Além disso, os produtos químicos utilizados são nocivos ao organismo humano e podem desencadear problemas em curto, médio e longo prazo. As autoras destacam também como os alimentos ultraprocessados estão relacionados com a obesidade. Afirmam que os produtos ultraprocessados atraem os consumidores pela rapidez e praticidade diante das rotinas diárias. Porém, por

serem alimentos que apresentam níveis elevados de gordura, açúcar e sal tendem a apresentar altas quantidades calóricas. Elas apresentam dados da OMS que apontam o aumento das taxas de sobrepeso e obesidade

> A OMS aponta que, em 1975, o sobrepeso atingia 27,5% da população adulta e, em 2016, já correspondia a 56,5%. Enquanto o IBGE, por meio da Pesquisa de Orçamentos Familiares, mostra que a disponibilidade calórica de ultraprocessados na dieta dos brasileiros foi de 12,6% para 18,4% entre os anos de 2002 a 2018 (Silva e Silva, 2022).

Afirmam ainda que as grandes empresas investem bastante na publicidade desses produtos, fazendo com que haja grande influência na escolha dos indivíduos por alimentos ultraprocessados e, como consequência, esses indivíduos consomem cada vez mais esse tipo de alimento. Porém, como foi apresentado pelos dados, esses alimentos se mostram altamente prejudiciais para a saúde da população, gerando o aumento de doenças crônicas, principalmente, a obesidade.

Por fim, elas evidenciam que a obesidade é uma expressão da questão social na contemporaneidade e concluem relatando que a obesidade, por ser uma doença crônica que permanece crescendo no mundo e no Brasil, precisa ser vista e tratada com emergência desde a década de 1970 “com o processo de reestruturação produtiva do capital e do processo de modernização conservadora na agricultura, em que verificamos a consolidação das grandes empresas transnacionais no território brasileiro e com a mudança nas formas de produção e consumo de alimentos.” (Silva e Silva, 2022). Este cenário tem afetado a vida de milhares de pessoas em todo o planeta.

Em vista disso, a 17ª edição do CBAS (2022) corroborou sobre a necessidade do Assistente Social na saúde dentro do programa de cirurgia bariátrica, pois o/a profissional reforça o acolhimento, escuta ativa, entre outros instrumentais, além de viabilizar a defesa dos direitos desses usuários/as. Jesus (2022) reforça a necessidade da presença do assistente social em um serviço de Cirurgia Bariátrica, pois é um avanço muito significativo para viabilização e garantia de direitos dos usuários, no tempo em que Silva e Silva (2022) tratam de uma análise do impacto da produção dos alimentos e o consumo dos mesmos na vida da população, presentes no sistema capitalista.

O estudo dos trabalhos publicados apresentados neste tópico visou destacar a importância do acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo da profissão, tendo em vista a natureza político-científica do evento, constituindo assim, que constitui um espaço de divulgação da produção científica e técnica da categoria profissional em que ocorrem apresentações de trabalhos e comunicações pelos profissionais e estudantes, além de lançamento de livros. Foi observada a reunião de experiências teórico-práticas relacionadas ao tratamento da obesidade grave durante as edições e os avanços da profissão nos debates que envolvem a dimensão social da obesidade.

4.2 O Programa de Cirurgia Bariátrica e as particularidades da atuação do Serviço Social

O Programa de Obesidade do Hospital das Clínicas de Pernambuco existe desde 1997, sendo o HC/UFPE um dos pioneiros na realização da Cirurgia Bariátrica no Norte e Nordeste do país. Regulamenta-se pelas Portarias Ministeriais GM/MS nº 424 e 425, de 19 de março de 2013, que instituem diretrizes para a promoção da saúde como uma proposta preventiva da obesidade e assistência, sendo esta considerada uma conquista aos usuários/as acometido pela doença, pois sua implementação em todas as unidades federadas que normatizam o atendimento a pessoas portadoras de obesidade grave, em unidades de assistência de média e alta complexidade proporciona o acesso a um atendimento qualificado.

De acordo com a Portaria Ministerial GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013, são estabelecidas algumas exigências gerais para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade:

> 3.2.1 - Equipe Mínima:
>
> a) Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo;
>
> b) Nutricionista;
>
> c) Psicólogo ou psiquiatra;
>
> d) Clínico-geral ou endocrinologista.
>
> 3.2.2 - Equipe complementar (apoio multiprofissional):
>
> 3.2.2.1 A estabelecimento deverá contar, em caráter permanente, com:
>
> a) Equipe médica composta por: clínico geral, cardiologista, pneumologista,

endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular e cirurgião plástico;

b) Anestesiologista;

c) Enfermagem;

d) Assistente Social,

e) Fisioterapeuta.

Direcionado pelos critérios estabelecidos pelas portarias ministeriais, o Programa é formado por uma equipe multiprofissional composta por Cirurgiões, Enfermeira, Auxiliares de Enfermagem, Nutricionistas, Assistente social, Psicóloga, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta e Profissional de Educação Física, os quais constituem o núcleo da equipe multiprofissional. Também compõem a equipe, alguns médicos especialistas, os quais realizam ações individuais e coletivas, tanto no nível ambulatorial como de enfermaria, como cardiologista, pneumologista, endocrinologista e anestesista. As ações coletivas realizadas pela equipe multiprofissional são compostas por reuniões bimensais com a participação da equipe do Programa para diálogo com usuários/as e familiares; grupo pré-operatório; reunião clínica; visita clínica; marcação cirúrgica.

Precipuamente, faz-se necessário analisar a realidade e as particularidades do perfil dos/as usuários/as atendidos pelo Serviço Social no hospital, bem como suas demandas. Nesse sentido, verifica-se que a população atendida pela instituição, assim como a do Ambulatório de Cirurgia Geral/ Programa de Cirurgia Bariátrica, é bastante diversificada: há usuários/as da Região Metropolitana do Recife, de cidades do interior do estado e de outros estados do Nordeste. Quanto às questões de gênero, raça/cor, idade, renda, escolaridade e faixa etária, os/as usuários/as são majoritariamente pretos e pardos, do sexo feminino, boa parcela não concluiu o ensino médio e não possui vínculo empregatício formal, sendo, quase sempre, trabalhadores/as informais. Ao analisar a proveniência da renda, verificou-se que uma quantidade representativa é beneficiária do Benefício de Prestação Continuada (BPC), assegurado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

No que consiste à atuação profissional do Assistente Social, pode-se afirmar que esta decorre por intermédio do que determina a Lei de regulamentação da Profissão (Lei n° 8.662/1993), o Código de Ética de 15/03/1993, os Parâmetros de

Atuação do Assistente Social na Saúde, publicados no ano de 2010 e, principalmente, o Projeto Ético-Político Profissional, essencial para a realização de uma prática profissional que se mantém crítica ao capitalismo e contrária ao conservadorismo, frente a uma rotina de trabalho desafiadora e as dificuldades apresentadas em decorrência da tendência privatista que rege a instituição.

No tocante a esses desafios, vale ressaltar que a superlotação dos serviços hospitalares é uma dificuldade recorrente nas instituições de saúde pública no Brasil, especialmente naqueles administrados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Criada com o intuito de gerir os hospitais universitários federais e melhorar a qualidade do atendimento, a EBSERH enfrenta problemas para atender à crescente demanda por serviços médicos, agravada por limitações estruturais e pela escassez de recursos humanos. A Associação Brasileira dos Estudantes das Universidades Federais (ADUFES) afirma que a falta de medicamentos, o fechamento de leitos, a superlotação, a suspensão de cirurgias e outros procedimentos estão entre algumas das denúncias envolvendo os hospitais universitários (Adufes, 2016). A superlotação, assim como os demais fatores, afeta diretamente a eficiência dos atendimentos, a segurança dos pacientes e a qualidade da formação dos profissionais de saúde.

Conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), o reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais (CEFESS, 2010). Portanto, torna-se essencial que a intervenção seja direcionada por competências e atribuições que compreendam a leitura crítica da realidade, como foi mencionado pelo CFESS (2010, p. 35):

> As competências e atribuições das(os) assistentes sociais, nessa perspectiva e com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do(a) profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, a saber:
>
> - apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
> - análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
> - compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;

- identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

Apresentam-se como demandas cotidianas a busca por informações e orientações no que concerne aos direitos sociais, portanto, a intervenção executada pelo Serviço Social no setor, objetiva focalizar no diálogo sobre a dimensão social da obesidade, determinações sociais da saúde e os fatores culturais e familiares que interferem no tratamento e os direitos sociais que podem ser acessados com vista à continuidade do tratamento que resultará na melhora da qualidade de vida.

No Programa de Cirurgia Bariátrica, o assistente social realiza o acompanhamento do/a usuário/a desde primeiro momento de acolhimento na reunião pública da Cirurgia Bariátrica, passando por todo tratamento pré-operatório, em que o profissional realiza ações de intervenção com os/as usuários/as com vista a viabilização do acesso aos direitos sociais, como: acolhimento (nas reuniões, nos atendimentos individuais e coletivos ações com a equipe), análise de condições sociais e dinâmica familiar, observando se os vínculos familias do/a usuário/a são fortalecidos, articulação e realização de encaminhamentos para a rede socioassistencial com vista a viabilização do acesso aos direitos sociais, dentre os serviços estão incluídos: Secretaria de Desenvolvimento/Ação Social dos municípios; Centros de Referência da Assistência Social (CRAS); Secretarias de Saúde e seus Programa Saúde da Família - PSF; Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACs e equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Ademais, o/a assistente social do programa orienta os/as usuários/as e/ou familiar/acompanhante sobre as etapas que envolvem o tratamento proposto pelo Programa de Cirurgia Bariátrica e realiza ações socioeducativas, as quais são desenvolvidas em grupo ou atendimento individual.

O processo de intervenção da assistente social do serviço envolve tanto a abordagem individual como em grupo, no Programa, ocorrem em dois modos distintos: 1) acolhimento do usuário/acolhimento da demanda; e 2) reunião em família. O atendimento individual e/ou familiar pode ocorrer, ainda, quando não há adesão ao tratamento, quando são casos específicos, ou quando são identificados

entraves para o tratamento, exigindo uma abordagem mais detalhada da equipe. Já o atendimento em grupo, ocorre através de uma reunião com a família e os demais usuários/as; a reunião é planejada e agendada previamente.

O conjunto de instrumentais utilizados pelo Serviço Social no processo de acolhimento dos usuários/as no ambulatório de Cirurgia Geral é composto por: encaminhamento para transporte social (TFD ou VEM); a declaração de comparecimento; encaminhamento para atendimento no território (como CRAS, nutrição e psicologia no território); entrevista social, que contém as principais informações do usuário; e o parecer social sobre a situação socioeconômica e familiar do usuário/a para a realização da cirurgia, incluindo quais são os seus limites e as intervenções realizadas pelo Serviço Social.

No Ambulatório de Cirurgia Geral, especificamente, é visto que a assistente social de referência realiza orientações sobre o Programa de Cirurgia Bariátrica e sobre os direitos sociais, políticas públicas e redes de serviços, a partir do conhecimento da realidade e das demandas postas pelo/a usuário/a e seu núcleo familiar, observando fatores de risco e vulnerabilidade social que interferem no processo saúde-doença, a fim de favorecer o acesso a benefícios e projetos institucionais e governamentais. Nesse sentido, a análise do Serviço Social abrange o contexto em que os/as usuários/as estão inseridos, a situação de vulnerabilidade pessoal e familiar, entre outros fatores, como precarização das relações de trabalho, desemprego, dificuldade de acesso aos serviços de Saúde e de Assistência Social, para pautar suas intervenções.

Destaca-se que o usuário apenas realiza a cirurgia, mediante a autorização feita através de uma análise, para saber se ele tem conhecimento sobre o que é a cirurgia bariátrica e se tem condições para responder às necessidades do pós-operatório, como a condicionalidade de adquirir medicamentos/suplementos necessários, seja por meio da família, ou pela autorização para recebimento, através da articulação do assistente social com os setores para o acesso gratuito, quando os usuários não possuem condições financeiras favoráveis para os gastos com a manutenção do tratamento. Esse processo de articulação é feito pela equipe de Serviço Social; os registros e encaminhamos ao Poder Público.

O tratamento exige um acompanhamento pós-operatório, o usuário continua sendo acompanhado pela equipe no primeiro ano pós-cirurgia, frequentemente, já no segundo ano, o acompanhamento é anual. (Portaria Nº 492, de 31 de agosto de

2007). Os usuários provenientes do interior do estado contam com o Transporte Fora de Domicílio (TFD), geralmente disponibilizado pela assistência social junto com as secretarias municipais de saúde.

Apesar da complexidade e dos desafios da atuação no SUS, a assistente social do Programa atribui à sua prática um caráter emancipador, tanto em nível ambulatorial como de internação — sua ação inclui identificar, analisar e intervir nos fatores de vulnerabilidade social visando seu enfrentamento pela mediação do acesso a direitos sociais e contribuição com a equipe junto aos/às pacientes e suas famílias durante o tratamento —.

Entre as atividades da Equipe, acontece a reunião da obesidade no HC/UFPE, como momento de aproximação inicial dos/das usuários/as ao Programa. A programação inclui o uso de técnica de Dinâmica de Grupo em reunião coordenada pela assistente social e pela psicóloga. Abordam-se temas como as funções dos/das profissionais no Programa e direitos sociais que podem ser acessados. No segundo momento, a assistente social conduz a apresentação coletiva dos/das usuários//as com um breve relato sobre suas vivências e fatores que contribuíram para o diagnóstico de obesidade; é também o momento de apresentarem suas expectativas em relação à cirurgia bariátrica. Em seguida, as profissionais utilizam-se de uma metodologia, a qual vem sendo aprimorada constantemente, com objetivo de direcionar e conscientizar os usuários sobre os processos e dificuldades que envolvem a realização do tratamento da obesidade.

Em casos que apresentam um nível de obesidade mais grave e maior vulnerabilidade clínica e social, existe a modalidade de internamento em Serviço Personalizado de Atendimento (SPA), em que consiste em um maior monitoramento alimentar e nutricional durante o tratamento, os/as usuários/as realizam atividades físicas e recebem acompanhamento multiprofissional sistemático do controle alimentar. Apesar da internação prolongada favorecer maior preparação pré-operatória para esse grupo específico de pacientes, o Projeto da Atenção Integral ao obeso grave, no que consiste a internação prolongada apresenta alguns pontos negativos como maior possibilidade de infecções hospitalares, considerando o longo tempo de internação; propensão de situações de estresse e quadro depressivo devido ao afastamento do usuário do seu núcleo familiar e comunidade;

entre outras questões relacionadas a dimensão social da obesidade, as quais são apresentadas pelo Serviço Social.

O programa de Cirurgia Bariátrica no Hospital das Clínicas prevê o pré e o pós-operatório com o acompanhamento da equipe multidisciplinar e a realização dos exames, com a finalidade de preparar os pacientes que apresentam a obesidade para um tratamento de qualidade e com os melhores resultados. A Associação Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) afirma que o sucesso para a cirurgia bariátrica começa no acompanhamento pré-operatório; é um momento que envolve etapas essenciais como: Avaliação médica completa, exames físicos e laboratoriais, avaliação multidisciplinar, orientações pré-operatória e planejamento pós-operatório. O pós-operatório é realizado por meio de um acompanhamento com duração de até 2 (dois) anos após a realização da cirurgia bariátrica, juntamente com a equipe multiprofissional. É de grande relevância a manutenção do seguimento do pós-operatório com a equipe de Atenção básica do SUS e/ou ainda, da rede privada de saúde, para tratar dos fatores relacionados ao controle da obesidade.

Torna-se imprescindível esclarecer a importância do Serviço Social no repasse de conhecimentos e informações acerca dos fatores que envolvem o tratamento da doença, considerando a realidade social em que o usuário/a se encontra. Na maioria das vezes, ele/ela não consegue ter sucesso durante o tratamento conservador, em que não há a necessidade de fazer o procedimento cirúrgico e, a cirurgia bariátrica passa a ser vista como uma salvação para uma vida melhor. Os usuários/as que apresentam um Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou acima de 40 kg/m² e, estão em situação de vulnerabilidade social, necessitam de uma intervenção profissional direcionada sob uma perspectiva de totalidade para garantir a eficácia do tratamento no pré, trans e pós operatório.

Nesse contexto, a inserção do Serviço Social na equipe do Programa de Cirurgia Bariátrica do HC-UFPE cumpre o propósito de tratar a dimensão social da obesidade, em relação aos fatores que vão além do peso corporal físico individual, ultrapassando a relação saúde-doença e seus aspectos genéticos e emocionais. A prática profissional da assistente social busca problematizar e intervir sobre questões históricas, culturais, sociais e políticas relacionadas à obesidade como resultado das transformações advindas e associadas ao processo de globalização

que, em prol do crescimento econômico e da modernização, impõem preceitos relacionados a práticas alimentares e modos de viver que incidem sobre a saúde da população.

4.3 O estágio supervisionado

Para além disso, é inteligível o comprometimento do Serviço Social com a formação profissional como uma forma de contribuir para o desenvolvimento da profissão a partir das seleções de estágio e ampliação do número de vagas em cada semestre, nesse contexto, o/a estudante tem a oportunidade de aprender e produzir conhecimento junto às/aos assistentes sociais numa perspectiva multidisciplinar. As regulamentações e diretrizes referentes ao estágio constituem um referencial essencial para a formação e o exercício profissional no Serviço Social. Essas orientações são estabelecidas por diferentes instâncias, como o Ministério da Educação (MEC), que normatiza a organização dos cursos e dos estágios curriculares, garantindo a qualidade da formação, e o Conjunto CFESS-CRESS, responsável pela fiscalização e regulamentação do exercício profissional, assegurando que a supervisão dos estágios seja conduzida por profissionais habilitados e em conformidade com os princípios éticos da profissão. Além disso, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) desempenha um papel acadêmico-científico ao coordenar a formação política e teórica, promovendo a articulação entre a formação acadêmica e a prática profissional, com o objetivo de preparar os estudantes para os desafios do exercício profissional de forma crítica e qualificada.

A Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, comumente chamada de Lei do Estágio, foi criada com o objetivo de regulamentar a realização de estágios em instituições de ensino nos níveis superior, profissional, médio, especial e nos anos finais do ensino fundamental, além de abranger também a modalidade de educação profissional voltada para jovens e adultos (conforme o Art. 1º). Essa legislação estabelece os parâmetros para a oferta de estágios, garantindo direitos e deveres tanto para os estagiários quanto para as instituições envolvidas. O estágio supervisionado é essencial para integrar a teoria à prática, proporcionando aos estudantes a oportunidade de vivenciar situações reais do exercício profissional.

Promove, ainda, o desenvolvimento de habilidades, competências e uma compreensão mais profunda das demandas e desafios da área de atuação. A cartilha de estágio supervisionado reitera sobre isso na seguinte afirmação:

> O estágio supervisionado objetiva capacitar o/a aluno/a para o exercício profissional, por meio da realização das mediações entre o conhecimento apreendido na formação acadêmica e a realidade social. No estágio, exercita-se o conhecimento da realidade institucional, a problematização teórico-metodológica, a elaboração e implementação do plano de intervenção do/a estagiário/a, articulado à discussão teórico-metodológica e à utilização do instrumental técnico-operativo do Serviço Social, pertinente ao campo específico da ação (CFESS, p.11, 2013).

Durante o nosso estágio supervisionado, foi desenvolvida uma proposta de intervenção no programa de cirurgia bariátrica, a qual consistia em uma ação socioeducativa multiprofissional em saúde no pré-operatório do Programa de Cirurgia Bariátrica do HC-UFPE, junto aos/às usuários/as com superobesidade atendidos/as no referido Programa; público que apresenta maior grau de vulnerabilidade social com vista à preparação para o tratamento da obesidade e, teve como público-alvo direto os pacientes com o Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou acima de 40 kg/m² que já concluíram os exames pré-operatórios e estavam aguardando a vaga para o Serviço Personalizado de Atendimento (SPA). A ação consistiu na aplicação de quatro oficinas e teve uma abrangência multiprofissional. De acordo com o conceito socializado nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), as ações socioeducativas consistem

> [...] em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática. Devem se constituir em eixo central de atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde. O seu enfoque abrange diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a democratização da mesma e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular. As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2010, p. 54 - 55).

Nessa perspectiva, a/o assistente social poderá orientar o/a usuário/a, considerando os aspectos socioeconômicos, históricos e culturais da doença, discutindo junto à equipe multiprofissional as possibilidades de intervenção e socializando informações como forma de construir, mediante a realidade de cada usuário/a, estratégias que potencializem a educação em saúde. Segundo Lima e Mioto (2011), a partir da ação socioeducativa é possível iniciar

> um processo de conscientização pautado na apreensão crítica da realidade. Significa tanto o fortalecimento da autonomia dos indivíduos como sujeitos quanto a sua organização e mobilização em torno de necessidades comuns no campo da esfera pública. Tal compromisso amplia a luta pela efetivação do acesso aos Direitos e à Cidadania, mas tem como horizonte último a transformação social. (Lima; Mioto, 2011, p. 214).

A justificativa do projeto surgiu da necessidade de favorecer a permanência dos/das usuários/as que apresentaram maior vulnerabilidade e dificuldade em dar continuidade ao tratamento no Programa de Cirurgia Bariátrica, tendo em vista que, dentre os usuários do serviço, foi observado que os usuários que possuem o Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou acima de 40 kg/m² são os que, além de necessitar urgentemente da cirurgia, apresentam uma situação clínica e social bastante desafiadora quando comparada aos demais usuários (as). No que se refere às ações socioeducativas:

> Cabe destacar que se tem como premissa que a ação sócio-educativa dos Assistentes Sociais pode contribuir para o fortalecimento de processos emancipatórios, nos quais há a formação de uma consciência crítica dos sujeitos frente à apreensão e a vivência da realidade, sendo ela, também, facilitadora de processos democráticos, garantidores de Direitos e de relações horizontais entre profissionais e usuários, ao mesmo tempo em que projeta a sua emancipação e a transformação social (Lima, 2006, p. 137).

Os processos metodológicos definidos para a realização da ação foram oficinas temáticas com a finalidade de socializar informações pertinentes e ampliar o conhecimento desses usuários sobre o momento pré-cirúrgico e a importância de seguir todas as etapas dos Kits 1 e 2 para que sejam minimizados os riscos do procedimento cirúrgico. [1]

[1] O Kit 1 refere-se a solicitação de agendamento pela equipe multiprofissional, corresponde a lista de especialidades para a preparação pré-operatória a qual é composta pelo Serviço Social, a Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Educação Física, Odontologia e Endocrinologia. O Kit 2 consiste em parecer médico emitido por profissionais como Pneumologista e Cardiologista, além da realização de exames de sangue/ Espirometria.

Como etapa preparatória à organização das oficinas, foi traçado o perfil socioeconômico e verificada no cadastro do Ambulatório a lista dos usuários/as identificados/as para este grupo, a fim de comunicar sobre a realização dessa ação socioeducativa com o tempo necessário para sua organização e vinda ao Hospital. A proposta dessas orientações objetivou refletir com os/as usuários/as sobre o tratamento da obesidade, as mudanças do estilo de vida, a compreensão da reeducação alimentar e da inserção da atividade física, sendo reconhecidos como a base do tratamento clínico da obesidade.

A ação socioeducativa I executada pelo Serviço Social, intitulada “A importância do Serviço Social no Programa de Cirurgia Bariátrica”, teve como objetivo trazer para os/as usuários/as os seus direitos e o papel do serviço social no programa. A ação foi executada com a participação de usuários/as e de seus acompanhantes, e foi executada com a exposição de slides e de uma dinâmica com a distribuição de placas de emojis. De início, apresentamos-nos e foi explicado qual era a proposta do projeto: distribuímos as placas de emojis; fizemos um breve diálogo sobre como eles iriam usar o material; apresentamos os slides; os pacientes executaram a dinâmica com as placas de emojis; abrimos um momento de dúvidas e considerações, e, por fim, demos as avaliações impressas para todos/as que participaram. A pauta do diálogo das ações socioeducativas, incluíram Alimentação, Acesso a Transporte — a exemplo do Programa Tratamento Fora do domicílio (TFD), Direitos Previdenciários, Benefício de Prestação Continuada — BPC e Benefícios Eventuais, Acesso a insumos no SUS: medicação, polivitamínicos de uso contínuo, meias e cintas para o momento da cirurgia.

A ação socioeducativa II, do Médico Cirurgião teve como tema “Superobesidade: um desafio, porém com solução", tendo como objetivo trazer a importância da cirurgia bariátrica e como ter uma cirurgia sem riscos. Foi feito um breve diálogo pela equipe de serviço social, salientando o objetivo do projeto de intervenção; o médico cirurgião iniciou sua exposição através de slides; abrimos um momento de diálogo entre paciente e cirurgião onde foi possível salientar dúvidas; e, por fim, foi feita uma avaliação verbal.

A ação socioeducativa III, da Nutrição, teve como proposta “Como se alimentar bem, gastando pouco”, com o objetivo de ajudar os pacientes a se

alimentarem bem de forma mais econômica. Foi feita uma roda de conversa e iniciou-se com a exposição do conteúdo de forma verbal; houve uma grande troca entre os pacientes e a profissional, onde foi possível sanar as dúvidas, momento em que a equipe de serviço social fez encaminhamentos para a Rede de Atenção Básica para aqueles pacientes que não tinham acompanhamento nutricional no território e, por fim, houve uma avaliação verbal sobre a ação.

A ação socioeducativa IV, da Fonoaudiologia junto com a Odontologia teve como tema “Sistema Estomatognático e a obesidade”, com o objetivo de pontuar de como a mastigação auxilia no processo do aumento da saciedade e na melhoria da absorção de alimentos, evitando refluxo gastroesofágico e auxiliando na perda de peso. Na abertura da oficina, a equipe de serviço social apresentou as profissionais e falou um pouco sobre o projeto de intervenção; logo, as profissionais fizeram uma dinâmica entre os usuários/as com o uso de um alimento escolhido, com o objetivo de possibilidade de observação da mastigação; a dentista e a fonoaudióloga observaram a mastigação dos usuários/as e instruíram sobre a forma correta para a execução; foi feita uma exposição através do slide; foi aberto um momento para dúvidas sobre a questão do aparelho dentário; as profissionais encaminharam os usuários/as participantes para a implantação da prótese dentária; por fim, foi feita uma avaliação verbal.

Durante o estágio supervisionado, foi observado que a Atenção Básica enfrenta diversas dificuldades que afetam diretamente a trajetória do paciente em seu tratamento. Entre os principais desafios identificados estão os recursos limitados, que dificultam a oferta de um atendimento abrangente e de qualidade, em dar continuidade ao tratamento devido à falta de acesso ao transporte. A adesão dos pacientes ao tratamento mostrou-se particularmente complicada, especialmente devido à necessidade de mudanças duradouras no estilo de vida, como ajustes na alimentação e na prática de atividade física. A manutenção dessas mudanças é um processo difícil, que requer acompanhamento contínuo e suporte especializado. No entanto, garantir esse monitoramento e a continuidade do cuidado revelou-se um desafio, principalmente, em função da alta demanda por serviços nas Unidades Básicas de Saúde, o que pode levar a lacunas no acompanhamento dos pacientes. Essas dificuldades foram evidenciadas tanto nos relatos dos próprios pacientes,

durante as entrevistas realizadas, quanto nas observações feitas durante o estágio. Houve múltiplas tentativas de articulação entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica, mas o processo mostrou-se complexo e com frequentes barreiras. Essas questões apontam para a necessidade de estratégias mais integradas e recursos adequados para melhorar a eficácia do tratamento e o cuidado oferecido na Atenção Básica.

A partir da experiência de estágio vivenciada neste ambulatório foram observados alguns desafios para o Serviço Social do Programa de Cirurgia Bariátrica, tendo em vista que o parecer do Serviço Social está incluso como uma obrigatoriedade do Kit 1 para a realização da cirurgia bariátrica. Enquanto estagiárias do serviço, compreendemos como é crucial a presença da assistente social nesse setor, uma vez que a cirurgia exige que o/a paciente compreenda todos os processos que envolvem o tratamento e esteja fortalecido/a em seus vínculos familiares e sociais, visto que é uma cirurgia que requer a contribuição de outras pessoas nas atividades cotidianas do/a paciente; acompanhado/a pelos demais serviços de atenção à saúde próximo a sua residência; assegurado/a pelos direitos trabalhistas, benefícios ou programa de transferência de renda; e acessando condições habitacionais e sanitárias favoráveis, tendo em vista as peculiaridades desta cirurgia. Dessa maneira, essas são análises e compreensões de competência e atribuição de um/a assistente social.

A experiência de Estágio Obrigatório Supervisionado nos proporcionou visualizar como o conhecimento transmitido em sala de aula é vivenciado na prática profissional. Portanto, durante esse período de grande aprendizado, foi observado como o Serviço Social precisa estar em consonância com o projeto ético-político estabelecido na profissão para que sua intervenção seja realizada de maneira eficiente e corresponda às necessidades da classe trabalhadora e dos/as usuários/as que utilizam os serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a imersão na vivência do estágio acadêmico, foi possível vivenciar como a categoria lida com os constantes tensionamentos do projeto ético-político profissional, uma vez que o/a assistente social se depara com uma realidade de restrição de recursos e direitos. Assim, é nítida a constante necessidade do Serviço Social em resgatar e pautar suas ações em um projeto ético-político que se mantém crítico ao capitalismo e contrário ao conservadorismo, o qual ainda persiste na

profissão e segue sendo combatido com afinco pelas assistentes sociais do Hospital das Clínicas (HC/UFPE), as quais seguem uma rotina de trabalho bastante desafiadora frente às tendências privatistas do processo de acumulação capitalista.

Quanto ao horizonte profissional do Serviço Social, inserido no Ambulatório de Cirurgia Geral/ Programa de Cirurgia bariátrica, é nítido como é extremamente impactante a atuação do Serviço Social no tratamento da obesidade, além disso, pode-se observar o empenho da categoria profissional em se apropriar de conteúdos que dizem respeito não apenas ao conhecimento dos aspectos sociais mas, também, clínicos da doença, para a ampliação da intervenção profissional e obtenção de um alcance maior de resultados junto à equipe multiprofissional. Diante disso, é válido destacar o comprometimento do Serviço Social do setor, em trabalhar de maneira detalhada as questões que envolvem a dimensão social da obesidade. Algo que nos inquietou bastante durante o período de estágio e podemos, com toda certeza, dizer que é um reflexo do que foi discutido em sala de aula, é referente ao ambiente de trabalho precarizado que o profissional, na maioria dos casos, é inserido. Exemplifica-se no fato de, no Ambulatório de Cirurgia Geral, o Serviço Social não ter uma sala fixa para a realização dos atendimentos, ou seja, o profissional está constantemente sendo interrompido durante o atendimento e se deslocando para outras salas, algo que dificulta demais o desenvolvimento da escuta qualificada — preconizada pela profissão durante a intervenção —.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) procurou refletir e contextualizar a história da Política de Saúde e da obesidade - com enfoque na obesidade grave - no Brasil, seus determinantes e condicionantes, destacando a atuação do Serviço Social, juntamente com equipes multidisciplinares nesse campo da saúde.

A obesidade, por um longo período, tem sido retratada pela sociedade como sinônimo de fartura, riqueza e elevação social. Na pré-história, o excesso de peso era um símbolo de fertilidade e abundância, como representado pela "Vênus de Willendorf", uma escultura que simbolizou, nos primórdios, a saúde e sobrevivência em tempos de escassez. Com o avanço da humanidade, o consumo alimentar e a obesidade foram ganhando novos significados, acompanhando mudanças na sociedade e nos hábitos culturais.

O conceito de “Determinantes e condicionantes sociais da saúde” tornou-se central nas últimas décadas, refletindo a influência de fatores sociais sobre o bem-estar da população. Pesquisadores desde o século XIX já identificavam a relação entre condições de vida e padrões de adoecimento, com o reconhecimento de que os aspectos socioeconômicos afetam diretamente a morbidade e a mortalidade. Esse entendimento levou à evolução do conceito de saúde-doença, afastando-se da visão restrita de um fenômeno biológico individual, e adotando uma abordagem que considera o contexto histórico-social e coletivo.

No contexto da obesidade, essas condições socioeconômicas e determinantes sociais exercem influência significativa, visto que as desigualdades sociais podem contribuir para o aumento dos índices de obesidade. A pobreza, o acesso limitado a alimentos saudáveis e as condições precárias de trabalho e moradia impactam diretamente os padrões de saúde, incluindo o desenvolvimento da obesidade.

No segundo capítulo, abordamos a política de saúde no Brasil, onde a mesma foi moldada por um processo histórico, político, social e econômico, que culminou no Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Antes do SUS, o acesso à saúde era restrito, sendo privilégio das classes mais abastadas, enquanto a população vulnerável dependia de caridade, especialmente, das Santas Casas de Misericórdia. A criação da Lei Eloy Chaves, em 1923, representou um avanço ao garantir aos trabalhadores ferroviários aposentadoria e assistência médica.

Entre as décadas de 1930 e 1970, os modelos de saúde vigentes no Brasil, com foco em ações curativas, de caráter privado e filantrópico, eram insuficientes para atender às reais demandas da população. Com o avanço do processo de democratização, aumentaram as críticas a esse modelo, o que fortaleceu o Movimento de Reforma Sanitária, que defendia um sistema de saúde com acesso universal. Um marco importante desse movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com forte participação da sociedade civil, que preparou o caminho para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado na Constituição de 1988.

Em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) revisou o conceito de saúde, definindo-a como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Posteriormente, essa definição foi ampliada, especialmente durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando se passou a considerar a saúde como algo além da ausência de doenças, englobando a necessidade de condições de vida dignas — como alimentação, habitação, educação e renda — e o acesso a serviços essenciais, garantindo assim, o pleno direito à saúde.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) adota uma concepção ampliada de saúde, integrando ações intra e intersetoriais e promovendo articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ela se fundamenta nos princípios de equidade, integralidade e participação social, buscando enfrentar os determinantes sociais da saúde, com ênfase em práticas saudáveis e ambientes favoráveis. A obesidade, um problema crescente no Brasil, exige ações preventivas e educativas, com a Atenção Básica desempenhando papel central no empoderamento dos indivíduos e no enfrentamento dessa condição.

Além disso, a promoção da saúde, baseada na Carta de Ottawa (1986), envolve a participação ativa da comunidade e ações intersetoriais, promovendo a criação de políticas públicas e ambientes saudáveis, e a reorientação dos serviços de saúde. O foco está em fortalecer a autonomia dos indivíduos na adoção de estilos de vida saudáveis, respeitando as desigualdades sociais. A educação em saúde, as campanhas de conscientização e as regulamentações que protegem a saúde são fundamentais nesse processo. No entanto, desafios como a superlotação dos serviços hospitalares, especialmente em hospitais universitários geridos pela EBSERH, ainda comprometem a eficiência do sistema público de saúde no Brasil, afetando a qualidade dos atendimentos e a formação dos profissionais.

Posteriormente, no capítulo 3, foi realizada uma pesquisa das produções publicadas nos Anais dos XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), com a temática da obesidade. Foram identificados 5 (cinco) trabalhos que mencionam obesidade e/ou cirurgia bariátrica no título. Entretanto, apenas 2 (dois) abordaram a atuação profissional do Serviço Social no tratamento da obesidade grave. As publicações abordam as três dimensões do Serviço Social, técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política. Essas dimensões são elementos essenciais que capacitam o/a assistente social a se posicionar de forma crítica e propositiva diante das situações cotidianas do exercício profissional.

Em seguida, salientamos sobre a atuação do Serviço Social no tratamento da obesidade grave, a partir de uma experiência de estágio supervisionado obrigatório. O Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas de Pernambuco, ativo desde 1997, é pioneiro na região Norte e Nordeste do Brasil. Suas ações são regulamentadas pelas Portarias GM/MS nº 424 e 425 de 2013, que estabelecem diretrizes para a prevenção da obesidade e assistência a pacientes com obesidade grave em unidades de média e alta complexidade. O Programa é formado por uma equipe multiprofissional composta por vários especialistas, incluindo cirurgiões, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, profissionais de educação física, assistente social, entre outros profissionais de saúde. Entre as atividades realizadas, destacam-se reuniões bimensais com usuários/as e familiares, além de grupos pré-operatórios e visitas clínicas.

O Serviço Social desempenha um papel crucial no Programa de Cirurgia Bariátrica do HC-UFPE, oferecendo suporte ao paciente e sua família, com foco na orientação sobre direitos sociais, políticas públicas e acesso a serviços. A assistente social avalia fatores de risco e vulnerabilidade social que impactam o processo de saúde-doença, garantindo o acesso a benefícios e cuidados pós-operatórios. Sua intervenção vai além da análise clínica da doença, abordando questões sociais e culturais relacionadas à obesidade, como precarização do trabalho, desemprego e dificuldades no acesso aos serviços públicos de saúde e assistência.

A participação do Serviço Social nas reuniões com os pacientes e familiares visa promover a conscientização sobre o processo da cirurgia bariátrica, utilizando metodologias reflexivas e dinâmicas de grupo para estimular a troca de experiências e a conscientização sobre os desafios do tratamento. Para casos mais graves, a modalidade de internamento no Serviço Personalizado de Atendimento (SPA) oferece um acompanhamento intensivo, porém traz riscos como infecções hospitalares e afastamento familiar.

A atuação do Serviço Social no Programa de Cirurgia Bariátrica reflete uma abordagem ampla, considerando o contexto social dos pacientes, sua vulnerabilidade e as barreiras que enfrentam. A prática profissional busca não apenas tratar a obesidade como uma questão clínica, mas também como um problema social, interligado a fatores culturais, econômicos e políticos que afetam a saúde da população, reforçando a importância da integração entre os aspectos físicos, emocionais e sociais no tratamento.

Ademais, o estágio supervisionado realizado no programa possibilitou o desenvolvimento de ações socioeducativas que prepararam os pacientes para o tratamento, abordando aspectos como direitos previdenciários, reeducação alimentar e o acesso a benefícios. A experiência de estágio permitiu a compreensão das demandas enfrentadas pelo Serviço Social em um contexto de recursos limitados e desafios operacionais, como a falta de infraestrutura adequada para o atendimento. No entanto, observou-se o comprometimento do Serviço Social em atuar de maneira crítica, dentro de uma perspectiva ética e política, visando promover a autonomia dos pacientes e a transformação social. A articulação com a equipe multiprofissional e a integração do conhecimento clínico e social foram

fundamentais para a eficácia das intervenções. Ao final, a experiência no estágio supervisionado reforçou a importância de um Serviço Social comprometido com a formação profissional e com a luta pela garantia de direitos e melhores condições de trabalho.

Dos 5 estudos analisados dos Anais do CBAS, em duas publicações é possível vivenciar de maneira significativa e detalhada os relatos de experiência e reflexões teóricas para o debate sobre a inserção do Serviço Social no tratamento da obesidade grave. Entre as temáticas abordadas, destacam-se as relacionadas à pactuação do serviço social junto a equipe multiprofissional e à família do usuário/a quanto à alta hospitalar e proposta de altas programadas em decorrência do surgimento do fator estressogênico e repercussão negativa na evolução do tratamento, além do destaque ao princípio da integralidade em saúde. Os estudos em questão destacam a fragilização da assistência no território e a perda da concepção de totalidade do processo saúde-doença do usuário frente ao contexto e histórico familiar, os quais também foram sinalizados no presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Além disso, também se verificou uma fragilização da intersetorialidade como estratégia de gestão e mecanismo da realização do trabalho em rede, bem como de modo distanciado dos determinantes e condicionantes de saúde. Os trabalhos analisados destacam a instrumentalidade do Serviço Social, suas competências e atribuições privativas ressaltando a autonomia e participação dos/as usuários/as.

Descrever o cotidiano profissional realça a importância do processo de planejamento desde o acolhimento do/a usuário/a até a implementação das intervenções, tendo como eixos principais da atuação profissional, a obtenção de informações a partir da perspectiva de totalidade e a condução de encaminhamentos com vista no acesso a benefícios sociais, a qual se constitui uma demanda recorrente apontada nos estudos analisados, conforme o caso, a solicitação de benefício para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e situações que demandam encaminhamentos para rede de atendimento (Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, Defensoria Pública, Ministério Público Federal (MPF), Secretaria Municipal de Saúde, em geral, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, entre outros). Nos estudos destacados, foram mencionados o uso de instrumentos que viabilizam a continuidade do tratamento da obesidade, principalmente em casos mais graves,

bem como foi realçada a importância da mediação profissional com as redes sanitárias territoriais e as redes socioassistenciais, com o intuito de viabilizar o acesso ao direito de integralidade da assistência em saúde.

Conclui-se que a atuação do serviço social no tratamento da obesidade grave é essencial para garantir um cuidado integral e inclusivo, abordando tanto os aspectos biológicos quanto os fatores sociais que influenciam essa condição. O assistente social exerce um papel crucial na articulação de políticas públicas, no acesso a direitos e na construção de redes de apoio que possibilitam o enfrentamento das desigualdades e barreiras no tratamento. Como bem expressa Gonzaguinha em “O Que É, O Que É?”, é preciso “viver e não ter a vergonha de ser feliz”, e o serviço social, enquanto profissão comprometida com a promoção dos direitos sociais, trabalha para transformar os desafios invisíveis em oportunidades de superação e construção de uma vida mais saudável e plena.

REFERÊNCIAS

ADUFES. **Realidade precária da Ebserh é exposta de norte a sul do país.** Associação dos Docentes da UFES, 17 Fev. 2016. Disponível em: https://wp.adufes.org.br/2016/02/realidade-precaria-da-ebserh-e-exposta-de-norte-a-sul-do-pai/. Acesso em: 16 set. 2024.

ALVES, Francielle Lopes; GELSLEICHTER, Mayara Zimmermann; DELLA, Letícia Possamai; CABRAL, Sheylla Beatriz; SANT'HELENA, Moara Monteiro; LOPES, Analú Dos Santos. **Saúde, determinação social e obesidade: reflexões sobre sua manifestação na contemporaneidade e contribuições ao Serviço Social.** 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Olinda (PE), 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. Mapa da obesidade. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 10 set. 2024.

ALMA PRETA. Nordeste tem mais da metade das famílias chefiadas por mulheres negras em insegurança alimentar. 2023. Disponível em: <https://almapreta.com.br/sessao/cotidiano/nordeste-tem-mais-da-metade-das-familias-chefiadas-por-mulheres-negras-em-inseguranca-alimentar/>. Acesso em: 7 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 424, de 19 de março de 2013**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/118324-424.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 425, de 19 de março de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/118326-425.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 492, de 31 de agosto de 2007. Brasília, DF, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_comp.html Acesso em: 05 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o**

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 3 out. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 out. 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional PEC 32/2020. Altera disposições sobre servidores, empregados públicos e organização administrativa.** Diário Oficial da União, Brasília (DF), 03 de Setembro de 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional no 95**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 15 de dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade. Cadernos de Atenção Básica, no 38.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Normas e Manuais Técnicos, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf. Acesso em: 9 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobrepeso e obesidade como problemas de saúde pública**. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-ter-peso-saudavel/noticias/2022/sobrepeso-e-obesidade-como-problemas-de-saude-publica>. Acesso em: 01 set. 2024.

BRASIL. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas:** Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro; FREIRE, Silene de Moraes. (Org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Acesso em 21 de julho de 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; CISLAGHI, Juliana Fiuza; BEHRING, Elaine Rossetti; TEIXEIRA, Sandra Oliveira; BOSCHETT, Ivanete Salete. **Ajuste fiscal e seguridade social: retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora**. Revista de Políticas Públicas, vol. 24, 2020. Disponível em:

https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/15104. Acesso em 21 de julho de 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete da. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CASTRO, Josué de. Homens e caranguejos. São Paulo: Editora Brasiliense Soc. An, p. 11, 1967. Disponível em:

https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/473/o/Homens_e_Caranguejos-J._de_Castro.pdf

CAMPOS, Bruno. Resolvido mistério sobre a origem da Vênus de Willendorf, de 30 mil anos.Revista Galileu ,https : //revistagalileu.globo.com /Ciência /Arque/não/2022/03 /res-m-s-origem-sim-venus -de-vai-de-30 -mil-anos .html . Acesso em: 7 set. 2024.

CAMPOS, G. W. et al. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução N.o 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília: CFESS, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Meia formação não garante um direito: o que você precisa saber sobre a supervisão direta de estágio em Serviço Social. Cartilha Estágio Supervisionado. Brasília: CFESS, 2013.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República.** Setembro de 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 29 agos. 2024.

CRISPIM, Maria Angélica Correia et al. **Determinações da obesidade na pobreza: regência da acumulação do capital**. 2010. Disponível em: https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/4653/1/Determina%c3%a7%c3%b5es%20da%20obesidade%20na%20pobreza%20reg%c3%aancia%20da%20acumula%c3%a7%c3%a3o%20do%20capital.pdf. Acesso em: 7 set. 2024.

DIAS, C; VERONA, **A. Excesso de peso, obesidade e educação no Brasil.** Revista Saúde (Sta. Maria). 2019.

EMICIDA; BARBOSA, Drik. Sementes. In: _____. **Sobre Crianças, Quadris, Pesadelos e Lições de Casa.** [S.l.]: Laboratório Fantasma, 2020.

FALEIROS, V. P. da. O congresso brasileiro de assistentes sociais na conjuntura dos anos 70. IN: **30 Anos do Congresso da Virada** / Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (organizador), Conselho Regional de Serviço Social – S. Paulo (CRESS- 9a. Região), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) (co-organizadores). – Brasília, 2009.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo: um estudo com as mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Estudo investiga determinantes sociais da obesidade**. Portal Fiocruz, 02 ago. 2023. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-investiga-determinantes-sociais-da-obesidade. Acesso em: 10 ago. 2024.

GONZAGUINHA. **O que é, o que é?** In: _____. Gonzaguinha – A vida é uma festa. São Paulo: Som Livre, 1980.

GALEANO, Eduardo. **As veias abertas da América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.

GLOBO. Fome atinge mais as famílias de mulheres negras, mostra novo estudo. O Globo, 21 jun. 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2023/06/fome-atinge-mais-as-familias-de-mulheres-negras-mostra-novo-estudo.ghtml>. Acesso em: 7 set. 2024.

HARVEY, David. **Condições pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Loyola, 1992.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2003. Acesso em: 11 ago. 2024.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 1983. p. 77.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IPEA. **“O Perfil dos Servidores Públicos no Brasil.”** *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br. Acesso em: 10 ago. 2024.

JESUS, Livia Maria Lima De. **Relato de experiência do estágio supervisionado em Serviço Social no serviço de cirurgia bariátrica do hospital universitário da Universidade Federal do Maranhão.** XVII congresso brasileiro de assistentes sociais. 2022.

LIMA, Telma Cristiane Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Ações socioeducativas e serviço social**: características e tendências na produção bibliográfica. Brasília (DF): Temporalis, 2011. Disponível em:

https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1378/1634

LIMA, Telma Cristiane Sasso de Lima. **As ações sócio-educativas e o projeto ético-político do Serviço Social: tendências da produção bibliográfica.** Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2006. Orientadora: Regina Célia Tamaso Mioto. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/89041/231066.pdf. Acesso em: 05/09/2023.

MARQUES, A.T.; GAYA, A. **Atividade física, aptidão física, e educação para a saúde: estudos na área pedagógica em Portugal e no Brasil**. Revista Paulista de Educação Física. São Paulo: v.13, n.1, jan-jun, p. 83-102, 1999. Disponível em: http://www.efdeportes.com/efd157/a-obesidade-infantil-na-escola.htm (Acesso em 19 de set de 2024).

MATOS, Maurílio Castro; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; OLIVEIRA, Debora Lopes; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Dicionário Crítico do serviço social na saúde**. Uberlândia, MG: Navegando Publicações, 2024. E-book (456p.) color. Disponível em: http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2024/06/Dicion%C3%A1rio-Cr%C3%ADtico-do-Servi%C3%A7o-Social-na-Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 20 jul. 2024.

MENDONÇA, C. **Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública do município de Niterói**: trajetórias e narrativas. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

NAÇÕES UNIDAS. **Documentos da Organização das Nações Unidas para a promoção da alimentação saudável**. Brasília, 2005. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa: primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986.

NETTO, José Paulo. **III CBAS: algumas referências para a sua contextualização. Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 100, p. 650-678, 2009.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; ANDRADE, Rafaella da Costa Santin; BRITO, Daniela Aquino de; OLIVEIRA, Michele Lessa de. **Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde,** Brasil, 2018. Rev Panam Salud Pública. 2020; 44: e32. Disponível em:

https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2020.v44/e32/pt

OBESIDADE. CID-10 Extended, 2023. Disponível em: https://www.hidoctor.com.br/cid10/p/capitulo/4/grupo/E65-E68/categoria/E66/subcategorias. Acesso em: 10/08/2024

PASTORINI, Alejandra. **A categoria "questão social" em debate.** São Paulo: Cortez, 2004.

PEREIRA, Luciane Aparecida. **OBESIDADE OU GLOBESIDADE? UMA ANÁLISE URGENTE DE UMA DEMANDA EMERGENTE.** 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília (DF), 2019.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A Reforma do Aparelho do Estado e a Constituição Brasileira**. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. **The stigma of obesity: A review and update**. *Obesity*, v. 17, n. 5, p. 941-964, 2009.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, p. 129-135, 2015. Disponível em : https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4Ndw5mtQzq4DG67WgZmFxRj/?format=pdf&lang=. Acesso em: 17 set. 2024.

SALVADOR, Evilasio. **O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais.** Argumentum, Vitória, v. 16, n.1, p. 6-19, jan./abr. 2024.

SCIENCE, Chico. **Da Lama ao Caos.** In: _____. Da Lama ao Caos. São Paulo: Chaos/Sony Music, 1994.

SEVERO, Renata Ramos; ARAUJO, Iana Martins; BATISTA, Giselle de Queiroz Menezes. **A integralidade da assistência em saúde: a experiência na atenção a usuário com superobesidade.** 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Olinda (PE), 2016.

SILVA, Eloyse Valéria da. **Atenção em saúde a pessoa com obesidade e doenças relacionadas: a experiência do Hospital Universitário Onofre Lopes**. 2020. 84 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

SILVA, Eloyse Valéria da; SILVA, Anny Luize De Araújo. **Questão social, saúde e produção de alimentos no brasil: de onde vem a obesidade?.** XVII congresso brasileiro de assistentes sociais, 2022.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. **Educação em saúde e concepções de sujeito**. In: VASCONCELOS, E. M. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA, D. O. **Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde.** Saúde em Debate, v. 43, n. spe.5, p. 71-81, 2019.

SOUZA, Diego de O; MENDONÇA, H. P. F. **Trabalho, ser social e cuidado em saúde**: abordagem a partir de Marx e Lukács. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, n. 62, p. 543-552, 2017.

TÁVORA, Rodrigo Cesar Frohlich Rosa. **Entre três corpos**: **histórico, biológico, erógeno - um estudo psicanalítico sobre a obesidade. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011**. Disponível em:

<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15025/1/rodrigo%20tavora%20cesar%20frohlich%20rosa.pdf>. Acesso em: 7 set. 2024.

VARGAS, Maria Cristina; SILVA, Nivia Regina da (org.). **De onde vem nossa comida.** 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2016.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN G. **What can be done about inequalities in health?** Lancet, London, v. 338, n. 8774, p. 1059-1063, 1991.

WRANGHAM, Richard. **Pegando fogo por que conzinhar nos tornou humanos.** Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.