

Serviço Social e Programa de Cirurgia Bariátrica: sistematizações iniciais

Social Service and Bariatric Surgery Program: initial systematizations

Rosane IZIDORIO¹

Telma Cristiane Sasso de LIMA²

Resumo: Trata-se de ensaio produzido a partir da experiência no estágio curricular realizado em 2011, em um Programa de Cirurgia Bariátrica em Alagoas, no intuito de sistematizar essa experiência e os estudos iniciais sobre o tema. O percurso metodológico envolveu a revisão bibliográfica e documental para iniciar uma breve caracterização do processo de intervenção dos assistentes sociais com os familiares dos usuários do Programa. Buscou-se organizar os estudos sobre o Serviço Social, o trabalho com famílias e as particularidades existentes no processo de tratamento da obesidade mórbida. Partiu-se da premissa de que o Serviço Social, historicamente, contempla a família como sujeito de referência na proteção social dos seus membros, e pelo fato de entender que, através das reuniões de acompanhamento, é possível estabelecer processos de acolhimento, referência e contrarreferência entre serviços.

Palavras-chave: Obesidade mórbida. Serviço Social. Família.

Abstract: It is produced from the test experience in curricular conducted in 2011 on a Bariatric Surgery Program in Alagoas, in order to systematize the experience and initial studies on the topic. The methodological approach involved reviewing literature and documents to initiate a brief characterization of the process of social intervention with the families of users in the program. It seeks to organize the studies on Social Work, working with families and characteristics existing in the process of treatment of morbid obesity. It starts with the premise that Social historically includes the family as a subject of reference in social protection of its members and understands the fact that, through follow-up meetings, it is possible to establish procedures for receiving, between references and counter services.

Keywords: Morbid obesity. Social Work. Family.

Submetido em: 12/07/2011

Aceito em: 08/06/2012

¹Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. (UFAL, Brasil). Email: <rosaneizidoorio@gmail.com>.

²Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Professora assistente da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL, Brasil). Email: <telmasasso@gmail.com>.

Introdução

O ensaio intenciona sistematizar a experiência e os estudos iniciais sobre a intervenção do Serviço Social e sua relação com a família, na promoção e nos cuidados de saúde. Parte da experiência obtida através do estágio curricular obrigatório realizado em um Programa de Cirurgia Bariátrica em Alagoas e da observação das reuniões familiares realizadas na equipe de Serviço Social, no intuito de iniciar um processo reflexivo sobre as ações profissionais envolvidas no tratamento da obesidade mórbida.

O interesse em sistematizar os conhecimentos adquiridos teve origem na necessidade de organizar melhor os conhecimentos sobre o tema exigidos na relação cotidiana com os usuários, exercitando diálogo coerente entre teoria-ação para se distanciar do senso comum adotado pela sociedade ao considerar os problemas de saúde como problemas do indivíduo, principalmente no caso da obesidade, compreendida aqui como um problema de saúde pública que engendra e revela determinantes socioculturais da produção do processo saúde/doença individual e coletivo.

O percurso metodológico deste trabalho envolveu a revisão bibliográfica e documental, bem como a observação participante nas reuniões familiares realizadas durante o ano de 2011 no

Programa de Cirurgia Bariátrica acompanhado. A revisão bibliográfica e documental foi realizada com trabalhos publicados e documentos do setor de Serviço Social que abordavam o tema e o Programa, além do aprofundamento teórico-conceitual através da literatura acadêmica adotada como básica pelas orientadoras de campo e que foram disponibilizadas às estagiárias. As fontes documentais envolveram o diário de campo, o código de ética do Serviço Social, os parâmetros para atuação do Serviço Social na saúde e as portarias que dão respaldo à realização deste tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A orientação decorre do método materialista dialético na organização dos aspectos observados na realidade institucional e na sua correlação teórico-conceitual.

A relevância deste ensaio reside na necessidade de dar visibilidade às ações destinadas ao acompanhamento de usuários com obesidade mórbida, destacando o processo de intervenção e o papel atribuído à família na promoção e recuperação da saúde. Espera-se produzir aproximações reflexivas sobre uma experiência considerada exitosa e sobre os aspectos teórico-práticos nela implicados.

O ensaio está organizado da seguinte forma: a primeira seção traz apontamentos conceituais sobre o tema. A segunda seção descreve o processo de trabalho no Programa, localizando o

Serviço Social. Em seguida, apresentam-se reflexões iniciais sobre o questionamento: como ocorre a intervenção dos assistentes sociais no programa e quais as principais ações destinadas às famílias usuárias na viabilização do acesso ao direito à saúde? Ao final, espera-se ter reunido elementos relevantes para provocar reflexões críticas sobre a profissão nesse contexto sócio-ocupacional.

1 Obesidade e tratamento cirúrgico

A obesidade é considerada problema de saúde grave e tem sido enfrentada pela sociedade de maneira crescente nos últimos anos. No Brasil, tem chamado atenção nas últimas duas décadas por provocar ou agravar uma série de doenças ainda na fase infanto-juvenil, ou durante o processo de envelhecimento. Assim:

A obesidade tem despertado o interesse da comunidade científica mundial e tem emergido como um problema de saúde pública nessas últimas décadas, por se tratar de uma doença universal de prevalência crescente e que epidemiologicamente tem apresentado proporções alarmantes. Estudos apontam como doença complexa e multifatorial, portanto de difícil avaliação e análise (CRISPIM, 2009, p. 1).

Diante desta realidade, várias são as intervenções do Estado como imperativas no processo de “[...] enfrentamento da questão social, consolidadas em

medidas de política social” (IAMA-MOTO; CARVALHO, 2011, p. 90). A política social engendra a contradição que envolve a luta desigual entre capital e trabalho, expressando-se tanto como concessão capitalista quanto como resposta política requerida pelas lutas organizadas pela classe trabalhadora. Em particular, a política de saúde brasileira resulta de um processo histórico construído com a participação ativa da classe trabalhadora, que foi consolidada legalmente como direito universal com a Constituição Federal de 1988.

No que concerne ao atendimento à saúde da população que apresenta obesidade mórbida, atualmente esta doença é considerada um problema de saúde pública, conforme se apreende nas Portarias Ministeriais nº 1.569/GM e 1.570/GM, ambas de 28/6/2007, que reconhecem a doença e a inscrevem legalmente através da regulamentação do direito à cobertura do tratamento para realização da cirurgia de redução do estômago pelo SUS, instituindo diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e à assistência ao portador de obesidade, através da Secretaria de Atenção à Saúde, isolada ou articulada com as demais secretarias para atender o obeso grave.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o sobrepeso e a obesidade são definidos como o anormal ou o

excessivo acúmulo de gordura que podem prejudicar a saúde, sendo medidos pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que correlaciona peso e altura. O IMC é definido como o peso da pessoa em quilogramas dividido pelo quadrado da sua altura em metros (kg/m^2), sendo a medida comumente utilizada para classificar sobrepeso e obesidade em adultos. Para a OMS, o indivíduo com excesso de peso apresenta IMC maior ou igual a 25; é considerado obeso o indivíduo que apresentar IMC maior ou igual a 30.

Ao tratar da cirurgia bariátrica, outros critérios específicos são observados para que ela seja realizada, merecendo destaque o fato de que

[...] a obesidade mórbida envolve muito mais que a intervenção cirúrgica, envolve mudanças de comportamento que muitas vezes entram em confronto com as preferências individuais e com as condições de vida oferecidas no contexto social em que o indivíduo se encontra (TOSCANO & BARBOSA, 2010, p. 33).

A regulamentação desta prática está na Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007, que define a unidade de assistência de alta complexidade como referência ao paciente portador de obesidade grave: o hospital que deve oferecer assistência diagnóstica e terapêutica especializada, a rede de média e alta complexidade, além de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao a-

tendimento dos usuários aptos à cirurgia.

Nos casos de obesidade considerados mais graves, é recomendada a intervenção cirúrgica, através de cirurgia bariátrica, autorizada nos seguintes casos:

- a) **portadores de obesidade mórbida** com IMC (índice de massa corpórea) igual ou maior do que $40 \text{ kg}/\text{m}^2$, sem co-morbidades e que não responderam ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física etc.), realizado durante pelo menos dois anos e sob orientação direta ou indireta da equipe de hospital credenciado/habilitado como unidade de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade;
- b) **portadores de obesidade mórbida** com IMC igual ou maior que $40 \text{ kg}/\text{m}^2$ e com co-morbidades que ameaçam sua vida;
- c) **pacientes** com IMC entre 35 e $39,9 \text{ kg}/\text{m}^2$, portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade (BRASIL, 2007, Anexo I).

Ao observar a hierarquização dos serviços e dos níveis de atenção no SUS, o Programa de Cirurgia Bariátrica encontra-se na alta complexidade. Segundo o Ministério da Saúde, a alta complexidade é definida como o conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, propiciando à população acesso a serviços qualificados e referenciando-os aos demais níveis de atenção (atenção básica e de média complexidade). Portanto, é um

serviço que não está presente em todos os municípios, sendo organizado pela regionalização para atender à população adscrita na sua área de referência (BRASIL, 2009). O Programa está submetido aos princípios e diretrizes do SUS, devendo concretizar ações e serviços em prol da integralidade, ao abordar biopsicossocialmente o sujeito; por isso preconiza a interação entre diversas áreas do conhecimento durante o acompanhamento de cada caso, antes e após a cirurgia.

Em Alagoas, o tratamento da obesidade, com indicação cirúrgica, inclui-se no Programa de Cirurgia Bariátrica no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL) em Maceió, única referência no Estado para atender pelo SUS a esta demanda. Os recursos humanos necessários para a execução deste Programa são regulamentados na Portaria Ministerial nº 492, cuja equipe mínima deve ser formada por: cardiologia clínica, anestesiologia e enfermagem, além de dispor de equipe complementar para apoio multidisciplinar ao usuário, em caráter permanente, formada por: clínico geral, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular, cirurgião plástico, nutricionista, psiquiatra/psicólogo, assistente social e fisioterapeuta.

O perfil socioeconômico dos usuários que se submeteram à cirurgia bariátrica, segundo dados de levantamento

realizado pela equipe entre setembro/2002 e dezembro/2008, revela que 86% são mulheres e 14% homens; a maioria residente em Maceió (68%), 29% no interior/AL. Dentre as cidades do interior de Alagoas que mais direcionam obesos ao Programa estão Penedo, Rio Largo e Arapiraca; e 3% dos usuários atendidos são oriundos de outros Estados (CRISPIM, 2010, p. 41).

A busca pelo Programa ocorre principalmente pela referência entre os serviços e os profissionais de saúde, mas há também atendimento realizado às demandas espontâneas aos usuários que buscam o hospital credenciado após informações obtidas com parentes, amigos e vizinhos que já se submeteram ao tratamento. Quando se trata de demanda espontânea, o usuário também é acolhido pelo profissional de Serviço Social, que realiza a triagem de acordo com o perfil apontado nas Portarias de atendimento ao obeso mórbido. Caso o usuário não se enquadre no tratamento cirúrgico para obesidade mórbida, a assistente social busca viabilizar a contrarreferência e orientá-lo a procurar atendimento nos demais níveis do sistema de saúde e/ou demais políticas sociais correlatas.

Aliado a esses critérios que conformam o serviço, é importante destacar a participação da família durante o processo de avaliação e de submissão ao tratamento cirúrgico para obesidade mórbida. A família é tratada pela e-

quipe como sendo o sujeito principal na provisão do apoio considerado essencial tanto para garantir o acesso e a integração entre os serviços de saúde que formam a rede, quanto para o usuário.

A relação estabelecida entre usuário e serviços de saúde ultrapassa os cuidados individuais, pois considera necessariamente a participação de sua família. Porém, é importante destacar que a participação da família no tratamento não anula a responsabilidade do indivíduo ao aderir ao tratamento, e do Estado em prover políticas sociais que auxiliem estes sujeitos. Segundo Mioto (2000, p. 12),

[...] a intervenção do Estado não pode se restringir apenas ao processo de definição e garantia dos direitos individuais. Ao lado desses, deve ser colocado o processo de definição e implementação de políticas sociais, que forneçam instrumentos de sustentação necessários para o bem estar (sic) das famílias. As políticas sociais teriam o papel de modificar as consequências do funcionamento do mercado de trabalho sobre a disponibilidade de recursos disponíveis às famílias, que se colocam diversamente na linha da estratificação social.

Assim, as famílias necessitam de muitos recursos para realizar o cuidado e a proteção que lhes são solicitados constantemente pelos serviços e profissionais. No trabalho com famílias não se pode perder de vista a responsabili-

de do Estado em oferecer os serviços de saúde pública e de qualidade para que a prevenção e os tratamentos na rede SUS ocorram de maneira articulada e referenciada.

No caso da cirurgia bariátrica, a decisão do indivíduo em participar do processo de tratamento implica necessariamente a participação da família, diretamente, quando ela se corresponsabiliza na atenção à saúde e na recuperação de seu membro, ou indiretamente, quando apenas se envolve nas demandas de autorização para que o procedimento cirúrgico seja autorizado. A família entendida como espaço que agrega pessoas comprometidas com a proteção e o cuidado entre si, absorvendo e respondendo às condições adversas do cotidiano dos seus membros, por vezes se constitui no principal (quando não no único) suporte emocional e/ou financeiro na provisão das necessidades de seus membros (MIOTO, 2004).

O processo de tratamento à obesidade mórbida requer dos familiares a efetivação de ações que lhes são atribuídas, a saber: participação nos processos decisivos com relação ao tratamento, acompanhamento para internação, ajuda financeira com exames e medicamentos e, para muitos, é ainda suporte emocional a fim de superar cada fase do tratamento.

A família é conhecidamente a primeira instância de promoção da proteção dos

indivíduos. Realizar uma cirurgia é um evento que acaba exigindo a participação da família em diferentes circunstâncias, desde o apoio à tomada de decisão à realização do procedimento, até os cuidados nos (sic) pós-operatório. Isso exige articulação dos membros da família, dispensar esforços, enfrentar dificuldades e participar das diferentes estratégias voltadas ao atendimento das necessidades de um de seus membros que emergem nesta circunstância (ALVES, 2010, p. 116).

Na próxima seção, esboça-se a sistematização do encontro entre a equipe profissional de Serviço Social do Programa e a família usuária.

2 Serviço Social no Programa de Cirurgia Bariátrica

O processo de intervenção do Serviço Social na área da saúde está referenciado no projeto ético-político, e as bases documentais que dão suporte às ações profissionais podem ser encontradas nos: Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2009), Código de Ética do Assistente Social (1993), Lei de Regulamentação da Profissão (8.662/93) e Diretrizes Curriculares de 1996, documentos que contribuem para a caracterização das particularidades da intervenção profissional na saúde de modo atento à determinação social do processo saúde-doença e para a construção de ações coletivas de promoção e cuidado à saúde, de gestão participativa nos servi-

ços e políticas que materializam esse direito social.

Há muito as demandas de saúde permeiam o processo de trabalho do qual participa o assistente social. Conforme atestam Iamamoto e Carvalho (2011, p. 123),

[...] o Assistente Social atua no campo social a partir de aspectos particulares da situação de vida da classe trabalhadora, relativos a saúde, moradia [...] É a partir dessas expressões concretas [...] que o profissional efetiva sua intervenção.

Seja nas instituições estatais e/ou privadas que implementam políticas e programas sociais, os assistentes sociais atuam atendendo as especificidades advindas da classe trabalhadora.

As ações profissionais construídas para atender às demandas concretas do usuário requer apreendê-lo “[...] como sujeito, visando responder a essas demandas/necessidades numa perspectiva de construção da autonomia do indivíduo [...]” (MIOTO; LIMA, 2009, p. 42).

Merece destaque a atuação do Serviço Social no acesso do usuário aos direitos, porque “[...] os serviços sociais são uma expressão concreta dos direitos sociais do cidadão [...]” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 98). O assistente social, ao acolher inicialmente os usuários e, por vezes, estar na execução direta dos serviços, é visto como media-

dor no acesso dos usuários aos direitos sociais e deve ter sempre em perspectiva a ampliação destes direitos, bem como a participação da população nos mecanismos de controle social. Desse modo, merece destaque a afirmação de que:

[...] sinalizar para os Direitos e para a Cidadania significa retomar os princípios ético-políticos do atual projeto profissional, cuja finalidade apreendida para as ações profissionais reside em construir um processo emancipatório que oportunize aos indivíduos perceberem-se como sujeitos em sociedade, capazes de questionamentos sobre a ordem social estabelecida e de reivindicar Direitos, pretendendo a satisfação de suas necessidades, sejam elas materiais ou culturais [...] (MIOTO & LIMA, 2009, p. 40).

Assim, as ações profissionais engendram uma finalidade ética superior à mera execução das políticas, programas e serviços, porque, através delas, é possível democratizar informações e construir uma visão em prol de outra sociedade na qual se realize a igualdade.

Para apreender a materialidade do direito à saúde através da execução do Programa no HUPAA, é fundamental destacar o percurso realizado pelo usuário que procura o Programa de Cirurgia Bariátrica, identificando a participação do Serviço Social no seu atendimento.

Inicialmente, o usuário demandante dos serviços de cirurgia bariátrica passa pelo acolhimento da equipe de Serviço Social, que lhe assegura “[...] o acesso à avaliação pela equipe de cirurgões” (CRISPIM, 2007, p. 6). Caso haja algum empecilho para a efetivação do tratamento, a equipe realiza a articulação intersetorial entre políticas e serviços sociais, para contrarreferenciar o usuário de modo a garantir a satisfação das suas necessidades de saúde ou a ela correlatas.

A partir do acolhimento, e em todos os casos, a equipe tende a ampliar a compreensão da relação profissional-usuário ao referenciar as particularidades das demandas singulares às necessidades sociais, visto que

[...] a realidade (sic) socioeconômica e familiar desses usuários apresentam-se como fatores preocupantes à equipe, em decorrência dos gastos pré e pós-cirúrgicos (alimentação diferenciada, meia elástica, medicação, suplementos vitamínicos, etc.), e a ausência de políticas públicas que amparem esse sujeito (CRISPIM, 2010, p. 43).

No Programa, o assistente social acompanha cada usuário a partir do seu credenciamento no serviço, passando por todo o tratamento pré-cirúrgico, em que ocorre a avaliação social. Destaca-se que o usuário só recebe autorização se sua situação for avaliada como adequada para responder às necessidades pós-cirurgia, condicionalidade constituída pela capacidade de adqui-

rir os medicamentos/suplementos necessários, seja por meio da compra por parte da família, seja pela autorização para o recebimento através da articulação do assistente social com os setores competentes para a dispensação/acesso gratuito, quando os usuários não dispuserem de condições econômicas favoráveis aos gastos com a manutenção do tratamento. Faz parte desse processo de articulação a formulação pela equipe de Serviço Social de registros e encaminhamentos ao poder público para o atendimento.

O tratamento exige um acompanhamento pós-operatório, ou seja, o usuário continua sendo acompanhado pela equipe no primeiro ano pós-cirurgia de forma frequente e, a partir do segundo ano, em acompanhamento 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 providenciado pelo assistente social junto às secretarias municipais de saúde.

O processo de intervenção do assistente social envolve tanto a abordagem individual quanto a grupal e, no Programa, podem ocorrer em dois momentos distintos: 1) atendimento do usuário/acolhimento da demanda; e 2) reunião com a família.

O atendimento individual e/ou familiar pode ocorrer ainda quando não há

adesão ao tratamento, quando envolve casos específicos, ou então quando se identificam entraves para o tratamento, exigindo mais atenção e uma abordagem mais detalhada pela equipe. Importante destacar que o atendimento ao usuário e família sempre é agendado previamente.

O atendimento grupal ocorre através da reunião com a família e contribui para efetivar o vínculo entre a equipe profissional e a família. A reunião é planejada e agendada previamente; os membros da família convidados a participar são aqueles que estão acompanhando diretamente o processo de tratamento pré e pós-cirúrgico. Ressalta-se que as reuniões com familiares são um espaço multiprofissional e acontecem em todo o processo de tratamento do usuário.

O percurso técnico-operativo que viabiliza as reuniões envolve as etapas de *planejamento* das pautas; organização do material didático e do espaço onde são acolhidas as famílias; e de *execução da reunião*: recepção dos participantes; dinâmica de apresentação e acolhida; exposição do objetivo da reunião e da metodologia escolhida para conduzi-la. Geralmente, o grande grupo é dividido em três subgrupos, com a intenção de propiciar maior diálogo entre os participantes. O processo reflexivo produzido pelo momento de diálogo ocorre em grande grupo, quando o debate sobre o tema é ampliado e ocor-

re reflexão e repasse de novas informações referentes às dúvidas suscitadas nos subgrupos. Dentre os temas mais recorrentes estão a compreensão das famílias sobre o conceito de obesidade, seguida pelas dúvidas sobre o Programa de Cirurgia Bariátrica e pelo processo que envolve o pré e o pós-cirúrgico. De modo transversal, é debatido o papel da família no processo de prevenção e cuidados com a saúde do usuário em acompanhamento.

A partir da interlocução nas reuniões, a compreensão dos familiares participantes sobre obesidade remete à doença que limita e, muitas vezes, leva o obeso a ter uma vida isolada. Há certo consenso de que a obesidade gera desmotivação e o gradativo afastamento da vida social. Foi demonstrado interesse em conhecer o procedimento cirúrgico utilizado, pois alguns participantes informaram que não mantêm diálogo aberto em casa sobre os atendimentos médicos recebidos pelo usuário, enquanto as famílias que acompanham diretamente o usuário referem maior conhecimento sobre todo o processo de tratamento.

A questão financeira foi apontada como fator importante para a manutenção do tratamento, devido à necessidade dos suplementos vitamínicos por tempo indeterminado, principalmente no período subsequente à cirurgia. Após o detalhamento, na reunião, dos gastos financeiros que envolvem os cuidados pós-cirúrgicos, todos de-

monstraram interesse em relação a valores exatos sobre esses gastos. De acordo com a projeção feita pela equipe, os recursos financeiros necessários para o início do tratamento são de aproximadamente um salário mínimo/mês, diminuindo com a recuperação.

O diálogo entre a equipe multiprofissional e os familiares sempre se dá a partir da percepção trazida pelos participantes; então, são aprofundadas as informações e acrescentados novos conhecimentos acerca:

- ➔ da obesidade como doença multifatorial, associada a outras doenças (comorbidade) como hipertensão, diabetes, apneia do sono, entre outras. Não é um problema individual, apesar de já ter sido tratado desta forma pela medicina tradicional e de algumas pessoas ainda terem essa visão. Assim, é reconhecida como um problema de saúde pública. Após reivindicações, houve a conquista do atendimento especializado pelo SUS;
- ➔ de a promoção da saúde não estar apenas associada à cirurgia, porque ela sozinha não promove resultados definitivos, tão só o controle dos agravos que decorrem da obesidade, exigindo a continuidade nos cuidados indicados;
- ➔ da importância da família na construção de meios e ações que promovam novas posturas, con-

tribuindo desde a preparação para a cirurgia até o processo de reabilitação. É importante participar do Programa de modo a buscar suporte nos momentos de apreensão e medo na realização da cirurgia bariátrica, dando apoio emocional ao usuário, mesmo que tenha opinião contrária à decisão de seu familiar, porque o suporte psicológico ao usuário em sua decisão é uma forma de incentivá-lo a obter saúde e níveis maiores de qualidade de vida, além de aderir ao tratamento, participando das atividades agendadas no Programa;

- dos serviços de saúde e do Programa, delineando aspectos relevantes para o conhecimento de todos, desde a dinâmica de atendimentos à importância de trazê-los ao hospital para o acompanhamento pós-cirúrgico;
- das etapas e dos riscos implicados em qualquer cirurgia, expondo as particularidades que envolvem a cirurgia bariátrica, sobretudo do processo de preparação e de esclarecimento da família, da sua coparticipação no processo de recuperação e de readaptação do usuário. A participação da família é fundamental para que ocorra a mudança gradativa dos hábitos alimentares, porque é muito mais difícil para o usuário seguir com

o tratamento de maneira isolada da alimentação da sua família;

- da responsabilidade financeira pela compra de alimentos, medicamentos e suplementos vitamínicos, que recai fundamentalmente sobre a família. Assim, quanto maiores as dificuldades financeiras do grupo familiar, mais difícil é para o usuário superar sua condição de obesidade mórbida e/ou desnutrição.

A reunião é um espaço de encontro entre as famílias e contribui para que percebam de maneira mais acurada por que partilham os mesmos dramas e problemas. É quando os profissionais podem ampliar o vínculo de cuidado e de referência no caso de persistirem dúvidas, num diálogo que não se limita a transmitir informações, mas que é construído a partir da interação e discussão crítica sobre a percepção da obesidade mórbida. Conforme sintetiza Miotto (2010, p. 8),

[...] quando um indivíduo participa de encontros com o assistente social, muito provavelmente ele está referenciado numa família ou num grupo. Ou, quando se trabalha com um grupo de indivíduos caracterizados por uma determinada situação (por exemplo: gestantes, idosos) (sic) também são indivíduos conectados entre si e à (sic) diferentes famílias. Essa condição de co-referencialidade (sic) imprime as ações sócio-educativas (sic) um efeito multiplicador. Esse efeito se materializa à medida que os sujeitos ao se transformarem intro-

duzem mudanças nos ambientes ou grupos dos quais participa (sic).

2.1. Serviço Social e o trabalho com famílias no Programa de Cirurgia Bariátrica

A família se apresenta como cenário de experiências que se dão simultaneamente no âmbito da dimensão individual/pessoal, relacional e sociocultural. Estudar a família, portanto, requer a consideração do contexto, compreendendo a indissociabilidade e mútua constituição de elementos psicológicos e sociais (LEITÃO et al., 2011, p. 117).

O Serviço Social, historicamente, tem a família como sujeito de intervenção. Segundo Mioto (2004, p. 2), “[...] os processos de atenção à família, (sic) fazem parte da história da profissão”. Conhecer as relações familiares é fundamental no processo de trabalho que envolve o Serviço Social. A equipe do Programa de Cirurgia Bariátrica tem como princípio que os diferentes sujeitos (profissionais de saúde, usuários e familiares) são considerados integrantes no processo de tratamento, requerendo a construção de ações articuladas que favoreçam a participação de todos no tratamento e no acesso aos serviços de saúde.

Entre as ações de articulação com outros profissionais da saúde, vale considerar que cabe aos assistentes sociais “avaliar as questões sócio-familiares que envolvem o usuário e /ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde

proposto pela equipe” (CFESS, 2009, p. 32). Nesse contexto, é de extrema importância estabelecer a ligação entre a família e a instituição hospitalar. Segundo Carvalho (2008, p. 101), “pacientes e familiares devem ser reconhecidos, pelos profissionais de saúde, como atores sociais ativos, participantes, corresponsáveis no processo de tratamento [...]”.

O acesso e o vínculo com usuários e famílias proporcionam maior aproximação à realidade dos usuários quanto à adesão ao Programa, identificando suas possibilidades e limites no decorrer do tratamento requerido. Neste processo, a família é tomada como co-partícipe nos serviços de saúde e dos resultados obtidos no tratamento, pois os cuidados se estendem ao contexto familiar. A intervenção profissional também deve perceber os limites da família de modo a desenvolver ações mais próximas de sua realidade e não meros atendimentos desfocados do seu contexto.

A equipe de Serviço Social na área da saúde deve ter ações que permitam “[...] fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (CFESS, 2009, p. 26). No entanto, é fundamental ter no campo de visão da profissão os inúmeros fatores que levam à culpabilização e/ou a res-

ponsabilização exclusiva da família pelo cuidado com seus membros. É preciso transcender posturas moralizantes para desenvolver proteção social a indivíduos e famílias.

Portanto, um atendimento que preza pela qualidade requer a “[...] compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca político-institucional para o enfrentamento destas questões” (CFESS, 2009, p. 16). Desse modo, compete ao profissional de Serviço Social conhecer as condições de vida do usuário e vinculá-las criticamente às determinações socioeconômicas³ que interferem no processo saúde-doença.

É importante considerar os limites que envolvem, hoje, qualquer espaço sócio-ocupacional. No Programa de Cirurgia Bariátrica do HUPAA, vale salientar que

As dificuldades evidenciadas, tais como: a escassez de recursos humanos, o não recebimento de recursos financeiros pelo hospital, quando este extrapola o teto determinado; a estrutura física que, pelo crescimento da demanda de indivíduos obesos, requer um espaço mais adequado para seu atendimento, constituem fatores que dificultam a dinâmica das atividades e consequente-

³ A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (Art. 3º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990).

mente um aumento na fila de espera para a cirurgia, impedindo que haja incremento no número de cirurgias mensais realizadas (CRISPIM, 2007, p. 7).

Entre os limites expostos pela equipe do Programa, salienta-se que, além das dificuldades (físicas, financeiras, e/ou de recursos humanos), existem possibilidades que geralmente se revelam mediante o contato direto com a população, momento este imprescindível para orientação, encaminhamento e democratização de informações acerca do sistema público de saúde do Brasil, conquistado com muita luta e definido constitucionalmente como um sistema que preza pela universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde.

Conclusão

Este ensaio permitiu compreender melhor o trabalho desenvolvido pela equipe de Serviço Social no Programa a partir da sistematização das suas contribuições junto à equipe multiprofissional e com a família, no sentido de promover reflexões e ações para o acesso e tratamento da obesidade mórbida. Trabalho que se caracteriza pela ênfase nas abordagens individual e grupal, envolvendo diferentes famílias com o problema comum. Essas abordagens viabilizam as ações socioeducativas que, de acordo com Miotto (2010, p. 4), estão apoiadas em dois pilares: 1)

socialização de informações; 2) processo reflexivo.

Este trabalho sistematiza o desenvolvimento da ação socioeducativa realizada no Programa de Cirurgia Bariátrica e sua relação com o Serviço Social. Acredita-se que o trabalho desenvolvido pela equipe, seja no atendimento direto, seja nas reuniões com as famílias, contribui para a construção do processo reflexivo sobre os aspectos socioculturais envolvidos na doença e nos cuidados requeridos para restabelecer a saúde. Além disso, compreender o papel da família nesse contexto, sem moralizá-la ou delegar a ela toda a responsabilidade pelos cuidados à saúde dos obesos mórbidos, é fundamental para a estruturação dos serviços públicos de saúde, da referência e da contrarreferência entre os níveis de atenção no SUS e dos benefícios sociais de que os indivíduos necessitam para prover sua saúde autonomamente.

É importante destacar que os níveis de assistência à saúde são interligados, tendo em vista que os níveis básico, de média e alta complexidade se complementam de forma a atender de maneira integral o indivíduo/famílias. Daí o conceito de integralidade preconizado na Lei Orgânica de Saúde (8.080/1990) “como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade de assistência”.

Através do Programa acompanhado, foi possível verificar que o papel familiar está ligado ao apoio ao usuário em sua decisão e, mesmo quando a família não concorda com este, alcança posturas de respeito à sua vontade, apoiando a cirurgia. Nesse sentido, sua contribuição resulta em incentivo para a participação permanente nas atividades agendadas no Programa; em reflexão sobre seus hábitos alimentares como forma de motivá-lo; e, sobretudo, no apoio financeiro, já que as mudanças provocadas durante e após o tratamento requerem suporte adicional às despesas, quase sempre providas pela família e rede de parentela.

A reunião com as famílias possibilita estreitar laços entre as pessoas que possuem um mesmo problema, estabelecendo uma zona de conforto para a exposição de preocupações, anseios e expectativas. Para a equipe profissional envolvida, a reunião potencializa o vínculo com os usuários na adesão ao tratamento, ampliando a visão de cuidado com a saúde.

Trazer as famílias ao hospital para debater as ações de tratamento e cuidado com a saúde de obesos mórbidos também significa utilizar a informação e o encontro como espaço de fortalecimento destes na construção de alternativas que respondam às suas necessidades reais, além de contar com seu apoio na adesão ao tratamento e na articulação

das redes de serviço e de proteção social.

Referências

ALVES, Francielle Lopes. **Trajetórias de acesso da população aos serviços do SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica**. 2010. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 492 de 31 de agosto de 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-492.htm>>. Acesso em: 22 ago. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1. 569, de 28 de junho de 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26441>. Acesso em: 22 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1. 570, de 28 de junho de 2007. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/11681-1570.html?q=>>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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. Brasília, 19 set. de 1990. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p.87-96, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde: Grupo de trabalho serviço social na saúde**. Brasília, mar. 2009.

CRISPIM, Maria Angélica Correia. **A intervenção do assistente social no Programa de cirurgia bariátrica/HUPAA/UFAL e sua contribuição na construção de um trabalho interdisciplinar**. Maceió, 2009.

CRISPIM, Maria Angélica Correia. **Intervenção do assistente social no programa de cirurgia bariátrica e sua contribuição na construção de um trabalho**

interdisciplinar. In: TOSCANO, Jean (Org.). **Obesidade mórbida: abordagem multidisciplinar**. Maceió: Edufal, 2010.

CRISPIM, Maria Angélica Correia. **O tratamento cirúrgico da obesidade no contexto do SUS**. Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2007.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul. O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 35. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 77-130.

LEITÃO, H. A. L. et al. Gênero e geração: permanências e descontinuidades em famílias de uma comunidade litorânea. In: LEITÃO, H. A. L. (Org.). **Coisas do gênero diversidade e desigualdade**. Maceió: Edufal, 2011.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Serviço Social e modelos de intervenção com famílias**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Trabalho com famílias: um desafio para os

assistentes sociais. **Revista virtual textos & contextos**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.revistaseletronicas.pucrs.br>>. Acesso em: 21 ago. 2012.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias. In: SERVIÇO Social: direitos sociais e competência profissional, [S.l.], 2010. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/74678526/Texto-Base-2>>. Acesso em: 19 de ago. 2012.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. LIMA, Telma Cristiane Sasso. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8, n.1, p. 22-48, jan./jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Obesidade**. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 19 de ago. 2012.

TOSCANO, Jean; BARBOSA, Emília Wanderley. Obesidade mórbida: algo mais que intervenção cirúrgica. In: TOSCANO, Jean (Org.). **Obesidade mórbida: abordagem multidisciplinar**. Maceió: Edufal, 2010.