

## Obesidade: o novo desafio à política de saúde do SUS

José da Silva Torres Filho<sup>1</sup>

Sofia Laurentino Barbosa Pereira<sup>2</sup>

Benigno Núñez Novo<sup>3</sup>

**Resumo:** Este artigo tem por escopo a análise da obesidade como desafio à atual política de saúde brasileira, no que concerne primeiramente à estrutura básica de saúde, à multidisciplinariedade, e até mesmo como denomina Scherer (2014), à intersectorialidade, bem como a relevância de debates os quais promovam o respeito e a inclusão das pessoas obesas antes mesmo do procedimento da cirurgia bariátrica. Um olhar para a história revela diversas tentativas de criar uma política de saúde e as lutas sociais pelo constante melhoramento delas, como foi o caso da Reforma Sanitária, referida como determinante para o atual SUS (BRAVO, 2008). Dessa forma, este trabalho utiliza-se de pesquisa bibliográfica, de dados do governo, de leis e da Constituição Federal, para fazer uma abordagem essencialmente qualitativa, apesar dos números subsidiarem a análise. Por fim, muito mais que reflexões, este artigo almeja contribuir na discussão a respeito da atual estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção efetiva do direito à saúde dos obesos, e, portanto, promoção efetiva da política pública de saúde.

**Palavras-chave:** obesidade; política pública; Sistema Único de Saúde.

**Abstract:** The article intends the analysis of obesity as a challenge to the current Brazilian health policy, in what refers first to basic health, to multidisciplinarity, and even as Scherer (2014), to the intersectoriality, as well as the relevance of debates that promote the respect and inclusion of obese people even before the procedure of bariatric surgery. A look at history reveals several attempts to create a health policy and social struggles for their constant improvement, as it was the case of the Sanitary Reform, referred to as the determinant of the current SUS (BRAVO, 2008). In this way, this work uses bibliographical research, government data, laws and the Constituição Federal, to make an essentially qualitative approach, although the numbers subsidize the analysis. Finally, more than reflections, this article aims to contribute to the discussion about the current structure of Sistema Único de Saúde (SUS) to effective promotion of the right to health of obese, and, therefore, effective promotion of the public health policy.

**Key-words:** obesity; public policy; Sistema Único de Saúde

---

<sup>1</sup> Administrador de Empresas e Negócios pela Faculdade Santo Agostinho. Pós-graduando em Família e Políticas Públicas pela Faculdade Santo Agostinho.

<sup>2</sup> Assistente social. Doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Professora do curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade Santo Agostinho.

<sup>3</sup> Advogado. Doutor em Direito Internacional pela Universidad Autónoma de Asunción. E-mail: benignonovo@hotmail.com

## I. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 2025, mais de 700 milhões de adultos estarão obesos no mundo. Isso não somente chama a atenção para os alarmes de um futuro preocupante, como também já pressiona as atuais gerações na busca de soluções para os números de hoje, sobretudo quando se fala dentro dos limites territoriais brasileiros. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), instituição vinculada ao Ministério da Saúde, apontam que 52,5% da população brasileira, em 2014, estavam com sobrepeso; e desse percentual, 17,9% dos indivíduos maiores de 18 anos eram obesos (PORTAL BRASIL, 2015).

Desse modo, a obesidade constitui fenômeno social de grande enfrentamento atual, seja pelos obstáculos que representa ao Sistema Único de Saúde (SUS), seja pela necessidade de por a discriminação e o preconceito contra a pessoa obesa em debate.

Ao analisar esses problemas, este artigo apresenta o debate, inicialmente localizando as discussões em torno do conceito mais apropriado para política social. Entende-se que a despeito das diferenças conceituais trazidas: política social como mascaramento da exploração capitalista, ou como grande instrumento de melhoria das condições sociais, o importante é que as reflexões a respeito do tema contribuam sempre em termos positivos, na prática.

Depois se busca fazer um apanhado da trajetória dos mais relevantes históricos referentes à política social brasileira de saúde. Com início no final do século XIX, emerge o processo de desenvolvimento dos esforços estatais na saúde – em menor ou maior grau –, destacando o movimento da Reforma Sanitária, a qual contribuiu para a elevação do direito à saúde ao *status* constitucional e o surgimento do SUS a partir da Constituição de 1988.

Finalmente, chega-se ao tópico principal deste artigo: a obesidade. Do agravamento deste problema social em descompasso com a desnutrição, das intervenções do Governo a fim de controlar as desigualdades sociais que reverberaram na distribuição e consumo de alimentos, até a necessidade de discussão sobre a gordofobia, ou lipofobia. Por fim, ressalta-se a cirurgia bariátrica

com o intuito de analisar as condições do SUS em atender as pessoas com obesidade.

Em suma, este trabalho visa relacionar enfrentamento à obesidade e política social de saúde, trazendo algumas discussões que tal relação tem implicado nos dias atuais. Para tanto, a abordagem forma-se, sobretudo, da pesquisa bibliográfica em livros, artigos, reportagens e dados disponibilizados pelos portais governamentais. Importante ressaltar que consultas às legislações e à Constituição Federal contribuíram também na abertura e desfecho das discussões. Sem mais delongas, passa-se ao trabalho propriamente dito.

## **II. POLÍTICA SOCIAL COMO FENÔMENO: DEFINIÇÕES E DELIMITAÇÕES**

A temática da política social admite inúmeros debates. Nesse sentido, é importante pautá-la, inicialmente, através da sua definição como um fenômeno essencialmente social. A despeito disto parecer óbvio, é primordial demarcar: o conceito ora mencionado constitui-se como aspecto intrinsecamente relacionado aos contextos socioeconômicos ao tempo da criação e da aplicação efetiva de cada política social.

Disto depreende-se uma ampla discussão acerca de políticas públicas e programas sociais como estratégias encontradas para o fortalecimento do próprio sistema capitalista. Este fortalecimento é perceptível haja vista que, ao proporcionar melhorias para os seus destinatários, as políticas sociais ocultam – ainda que minimamente – o cenário de exploração capitalista.

Cita-se, neste panorama, a concepção desenvolvida por Behring e Boschetti (2008): para estas, a política social é um fenômeno associado ao modo capitalista de produção, ainda que esta associação não esteja diretamente relacionada à criação de tal política.

Deste modo, compreendendo-se a política social como um fenômeno complexo, há autores que a consideram, também, como o resultado do conflito das diversas classes sociais. É o caso, por exemplo, de Costa e Simionatto (2012), que relacionam o debate sobre políticas sociais não apenas às maneiras que o Estado

possui de conviver e se organizar com o capital. Para as autoras, tais políticas podem referir-se, inclusive, às manifestações das forças sociais, em conjunto com a mobilização das classes menos privilegiadas econômica e socialmente. A atuação destas classes teria como escopo a modificação das condições opressoras existentes.

Prosseguindo-se, a partir de uma abordagem um pouco mais ampla, Mincanto (2012) define as políticas públicas e sociais como todas as decisões e as não decisões – ou seja, inclusive a própria inércia do Estado perante determinado problema configurar-se-ia uma decisão política – que afetam assuntos de interesse público. Esta definição, ao ser comparada com a noção explorada por Costa e Simionatto (2012), constitui-se um pouco mais objetiva. Isto não significa, em contrapartida, que a análise feita exclui o aspecto de “fenômeno social”, tendo em vista que tais decisões (ou “não decisões”) políticas são tomadas por indivíduos inseridos em um contexto sociocultural bastante significativo.

Não obstante as concepções abordadas anteriormente, corrobora-se com esta discussão a ideia de que as políticas sociais almejam, objetivamente, a promoção social e a proteção social. É neste sentido em que se encontra a sua importância, visto a sua potencial maneira de alterar substancialmente as condições dos indivíduos.

Em relação ao cenário brasileiro, levando-se em consideração a extrema desigualdade inerente à sociedade, tais políticas sociais são responsáveis pela gradual inserção social, cultural e econômica dos indivíduos à margem do “progresso” proporcionado pelo Capitalismo.

Esta inserção é possibilitada através das melhorias concretas decorrentes da aplicação destas políticas. Ainda que pareça incoerente e complexa a discussão feita acerca de, por um lado, a concepção de políticas públicas como forma de mascarar a exploração capitalista e, por outro, a ideia de políticas públicas como instrumento para importantes melhorias sociais, é inegável as contribuições destas para o panorama brasileiro. Nesse sentido, as políticas da seguridade social, que abrangem saúde, previdência e assistência são exemplos importantes para ilustrar as contribuições positivas supramencionadas.

Diante do panorama brevemente abordado, é importante ressaltar que, conforme Marshall (1967), não há uma conceituação precisa acerca do significado de políticas sociais. Porém, esta ausência de noções evidentes ou explícitas não obsta a análise destas políticas como fenômenos sociais, visto relação direta com a conjuntura social, econômica e cultural. É salutar pautar um debate responsável, portanto, que analise a contribuição de diferentes autores para a temática.

### III. A POLÍTICA DE SAÚDE – SUS

A saúde, como preocupação estatal, está associada a conquistas de lutas sociais por direitos e garantias coletivas a um bem-estar mínimo para sobrevivência individual. Importante mencionar que o surgimento de tal direito como um dos pilares principais de orientação estatal brasileira se deu sobretudo com a Constituição de 1988, tida como “Constituição Cidadã”, passando, portanto, o direito à saúde a um *status* de direito básico à promoção da cidadania. Dessa forma, estabelece a Carta Magna:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 2006)

Nesse sentido, o Estado assume perante a sociedade uma postura de ente provedor que deve efetivar direitos por meio de ações positivas segundo normas e diretrizes cuja fonte constitucional lhes confere caráter máximo no país.

Os preceitos, dos quais os dispositivos supra são exemplos, inovaram na história brasileira, principalmente após o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem o objetivo de ser grande referência em universalidade, integralidade e descentralização dos serviços e ações de saúde. No entanto, tudo isso advém de um longo processo de introdução, renovação e abandono de comportamentos em políticas ao longo da história.

Se se considerar que o processo que desencadeou o SUS está intimamente ligado aos diversos esforços do Estado Brasileiro para, em maior ou menor grau, assistir a saúde pública, pode-se entender, como um importante marco inicial, a política estatal em saúde do final do século XIX, cuja grande figura foi Oswaldo Cruz. Esse conjunto de ações tinha teoricamente a finalidade de acabar com a epidemia de febre amarela que assolou a população, e pragmaticamente a intenção de servir como repressão estatal sobre a camada pobre da sociedade, despontando na conhecida Revolta da Vacina. Entretanto, assim como as primeiras iniciativas governamentais de intervenção na saúde pública, as políticas públicas tinham caráter de vigilâncias epidemiológica e sanitária (BAHIA, 2017).

Durante algumas décadas, a natureza das políticas públicas na área de saúde permaneceu sem muitas alterações relevantes. Destacam, então, Reis, Araújo e Cecílio (2009), que importantes acontecimentos, no processo de surgimento do atual SUS, deram-se a partir de 1923 com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para assegurar pensão por acidente ou afastamento do trabalho por doença, ou ainda em caso de futura aposentadoria. Nos anos que se sucederam até a promulgação da atual Constituição, a história é marcada pela criação de institutos, sistemas e programa, tais como: Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (1932), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)(1965), Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (1977), e Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS).

Ressalta-se que ao longo desse tempo as ações estatais de saúde mantiveram-se fortemente complementares dos grandes focos: “o de saúde pública e o de medicina previdência”. Isso porque a preocupação com a saúde pública veio como resultado dos processos de industrialização e urbanização, aliados às precárias condições de trabalho e posteriormente à instalação do governo populista de Getúlio Vargas. Daí a finalidade de criação dos institutos e sistemas acima citados estarem aliados a uma unívoca política pública brasileira de seguridade social, na qual o alvo principal eram os trabalhadores (REIS, ARAÚJO, CECÍLIO, 2009).

Ademais, os serviços – limitados – de saúde eram quase que totalmente prestados pela iniciativa privada, pois ainda não se concebia a ideia de um sistema

único de natureza precipuamente pública. Portanto, ganha o protagonismo social o fenômeno do convênio público privado. Ao acentuar tal fenômeno, a ditadura militar, por sua vez, dá vez ao que Maria Inês Souza Bravo (2008) chama de “modelo de privilegiamento do produtor privado”, ao passo que também faz a sociedade sentir seu poderio.

[...] o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2008, p. 6).

Medidas como a unificação da Previdência Social e a medicalização da vida social, integrantes dessa política de saúde, confundiam-se com o modelo de Estado almejado pelos militares, resultando nas mobilizações sociais contrárias ao regime opressor, cuja grande reivindicação por um país democrático guardava em si várias exigências pontuais, como, por exemplo, o direito a uma política de saúde pública, não privada, e integral (prevenção, promoção e tratamento de saúde).

O término da ditadura militar, a efervescência dos movimentos sociais urbanos e a atuação da imprensa fizeram da década de 80 um período de amplo debate e reivindicações sob a égide do binômio discursivo saúde e democracia que culminariam no surgimento do SUS por meio da Constituição de 1988. Frise-se que a década de 1980 foi uma época de politização da saúde, sobretudo no que diz respeito ao Projeto de Reforma Sanitária, preconizado no seio dos intensos debates ocorridos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e realizados por setores representativos da própria sociedade (BRAVO, 2008).

Insurgiu, então, uma articulação determinada a ampliar o âmbito de políticas públicas do Estado por meio da ideia de uma reforma sanitária, o que seria além do pretendido pelo restrito setor da saúde. Essa articulação foi determinante para a atual tutela constitucional que se tem com a nova Carta Magna, principalmente no que diz respeito à defesa de um Sistema Único de Saúde público, integral e descentralizado, com maior autonomia dos entes federados na gestão dos serviços e no financiamento dos recursos (BRAVO, 2008).

Logo emergiu nova Constituição, elevando o direito à saúde ao patamar máximo de observância do poder público e criando o Sistema Único de Saúde,

universal, integral e descentralizado. A nova perspectiva dada ao direito à saúde permitiu não apenas a autonomia do ramo dentro do grande gênero da seguridade social, como também a ampliação ao máximo da atuação do Estado Provedor de políticas públicas de saúde.

Tal situação abriu caminho para o surgimento das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, que disciplinam agora um dos maiores sistemas de saúde do mundo através de “dispositivos relacionados com o direito universal, relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros, enfatizando a definição das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema” (BAHIA, 2017).

Em suma, assim é definido o SUS:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

O sistema, como já dito, ganhou ampla atuação na sociedade brasileira, e hoje conta com diversas frentes de consolidação, tais quais Farmácia Popular, Humaniza SUS, Projeto QualiSUS-REDE, SAMU, Saúde da Família, Academia da Saúde e programa Melhor em Casa (BRASIL, 2017).

Apesar desses avanços, o SUS sofreu e ainda sofre algumas limitações e dificuldades no desempenho de suas ações, como apontam Souza e Costa (2010):

A complexidade do SUS, as dificuldades locais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação de gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde têm se constituído em desafios permanentes na consolidação do Sistema Único de Saúde. (p. 513)

Esses e outros problemas são desafios para as novas gerações sociais de modo a afastar o conformismo em relação à atual conjuntura, assim como o fizeram as várias gerações passadas que puseram o direito à saúde e os esforços estatais para efetivá-lo em debate.

É fato que o SUS não se consolidou por completo, está em (ou é um) processo com início muito recente tanto quanto a Constituição de 1988, apesar das tentativas não satisfatórias do passado, isto é, ainda se vive com a esperança de um sistema de saúde que visa ser eminentemente público e universal. Contudo, essa

expectativa pela realização satisfatoriamente completa do sistema não significa sinal verde para o embargo das políticas públicas referentes ao cuidado com a saúde pública. Muito pelo contrário, deve servir de mola propulsora para se alcançar altos patamares de referência em saúde.

Desse modo, tem-se à disposição do Estado o plano estrutural exequível composta de formação tripartite da gestão imediata do SUS, composta por três conselhos: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); resultado da natureza descentralizada da prestação dos serviços, bem como dos repasses financeiros a um único fundo nacional, que recebeu da União, por exemplo, R\$ 56.280.649,90<sup>3</sup>, no segundo semestre de 2016. Isso quer dizer que o Estado dispõe de aparato necessário para por em pauta o melhoramento das condições do SUS, basta que se olhe para sua história e aprenda com ela.

Ao que sugere a história, os esforços estatais de adotar um modelo de política pública voltada à saúde, seja ela privilegiadora do setor público ou do setor privado, representaram um longo processo de introdução, renovação e abandono de comportamentos em políticas, que deve ser observado quando a finalidade for tornar o Sistema Único de Saúde mais efetivo, pois o retrocesso não seria razoável.

#### **IV. OBESIDADE**

Até então, tratou-se de delimitar a discussão com o intuito de se chegar ao que agora se abordará. Debruça-se neste tópico sobre o fenômeno da obesidade como social e de preocupação coletiva, cujos esforços possuem seu nascedouro eminentemente da política pública do Sistema Único de Saúde.

A obesidade representa o aumento excessivo de tecido adiposo no organismo, configurando como uma doença crônica. Também vista como excesso no Índice de Massa Corporal, maior que 35 kg/m<sup>2</sup>, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde.

Ao longo do tempo, duas grandes patologias sociais referentes à alimentação insurgiram no Brasil: a desnutrição e a obesidade, sobretudo porque tal realidade foi,

---

<sup>3</sup> Portaria nº 1.055, de 24 de maio de 2016.

e ainda é, fomentada, respectivamente, pela desigualdade na distribuição de alimentos e pela cultura do consumo exacerbado.

Com o incentivo às importações, promovido durante o Governo Collor, no período de março de 1990 a janeiro de 1995, proliferaram as grandes marcas multinacionais no campo alimentício, contribuindo para a transformação dos hábitos alimentares. As facilidades da alimentação do tipo fast food vêm contentando a população, principalmente devido à praticidade e ao cardápio variado. Ao mesmo tempo, aumenta o consumo de comida desequilibrada, voltada para o consumo de massa, não contemplando as necessidades nutricionais de cada indivíduo, nem uma alimentação equilibrada (FELLIPE, 2004 *apud* SANTOS, 2003, p.).

Tal panorama reforça a necessidade de se encontrar soluções viáveis de combate à doença. Entretanto, por mais que se debata o tema aos moldes tecnicistas e se procure vieses estatais para solução do problema, abstendo-se da discussão sobre opressões, somente se estará incorrendo em medidas a curto e médio prazo. Medidas a longo prazo, as quais seriam as mais adequadas, necessitam de investigação acerca das causas profundas do problema, entendendo inclusive que nem toda pessoa gorda é obesa e, mais, que nem toda pessoa acima do peso deve ser coagida legal, cultural, religiosa ou moralmente a entrar no padrão de magreza.

Fábio Luís Santos Teixeira (2012), ao dispor sobre a relação sociedade e indivíduo obeso, frisa reiteradamente a categoria da “lipofobia” (“gordofobia”), opressão sofrida por quem está acima do peso ideal, como fator decisivo sobre o corpo da pessoa doente. Segue abaixo:

Os pesquisadores observaram que as experiências de estigmatização e preconceito possuem um significativo potencial para desencadear desordens alimentares e psicológicas, sendo que o agravamento destes sintomas parece estar vinculado ao reforço negativo provocado por críticas e atitudes de lipofobia (*antifat attitudes*). (TEIXEIRA, p. 593, 2012)

É importante frisar que, durante a maior parte do século passado, os sujeitos dessas patologias alimentares eram identificados conforme a classe econômica pertencente: quem detinha maior poder econômico aquisitivo concentrava a quase totalidade dos casos de obesidade. Todavia, tal conjuntura foi-se alterando, e já em 2014, de acordo com o Ministério da Saúde, a maior parte dos obesos está na população mais pobre (PORTAL BRASIL, 2013). Isso não constitui fato desmotivado, sem causas perceptíveis.

Nas classes menos favorecidas economicamente, um dos agravos é o barateamento da alimentação dos trabalhadores e de suas famílias à custa do consumo de alimentos inadequados. Já nas classes média e alta, o que se observa é o excesso de consumo alimentar instigado pela mídia, em decorrência da ampliação das ofertas de produtos no mercado (SANTOS; SCHERER, 2012, p. 94, 2012, *apud* SANTOS, 2007).

Percebe-se a ocorrência em demasia da doença entre as camadas mais pobres da sociedade, camadas estas que mais utilizam o Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, a obesidade deve ser tratada numa ordem pública e privada que abarque o maior número de áreas multidisciplinarmente e setores sociais, sob os enfoques externos e internos ao sujeito. Contudo, antes de qualquer coisa, não se pode achar que toda pessoa gorda precisa de tratamento por sua condição física, pois se está entrando numa esfera íntima do indivíduo, na qual cabe somente a ele decidir por aquilo que julga ser o mais adequado e correto para si. Portanto, é necessário atentar para não incorrer na gordofobia quando, na verdade, quer-se ajudar (REGINA, 2014).

Primeiro porque o fato de uma pessoa ser gorda não torna a sua saúde questão de domínio público. Além disso, os fatores que determinam o biótipo de alguém vêm de muito antes do seu nascimento, envolvem metabolismo, predisposição genética, etnia e muitas outras questões. Sobre gordura ser associada à morte, é claramente uma hipérbole. Corpos diferentes reagem de maneiras diferentes a estímulos externos como tempo e ambiente. Ser [gorda/o] não quer dizer que você vai morrer mais rápido que uma pessoa magra. Quer dizer apenas que o seu corpo é diferente e que os padrões que se aplicam a um outro tipo físico não são os mesmos que se aplicam a você. (REGINA, 2014, p. 1).

Tratar a obesidade envolve inclusão social. Sabe-se que o Estado tem o poder-dever de abarcar os sujeitos portadores da obesidade na promoção de uma sociedade inclusiva, porém atualmente essa inclusão permanece apenas no âmbito da saúde (clínico, nutrição, cirurgia, etc.), demandando boa parte da preocupação e do orçamento público do SUS, com gastos cada vez maiores devido ao crescimento desenfreado da população obesa. Esses gastos servem para manter um sistema integrado de ações multidisciplinares: tratamento clínico, psicológico, nutricional, atividade física, fisioterapia e assistência social.

É o que Patrícia Scherer (2014) chama de intersectorialidade, a articulação entre os setores sociais com a finalidade de desenvolver com mais eficiência seus trabalhos, sem perder suas especificidades.

A intersectorialidade entre as políticas públicas é essencial, pois apesar de considerada da obesidade como um problema de saúde somente a política de saúde, não será suficiente para responder as demandas da população bariátrica que necessita do aporte e da proteção do Estado para acessarem mecanismos que lhes garantam condições de saúde em seu conceito ampliado. A obesidade precisa ser controlada e a atenção às políticas públicas ganha prioridade para o sucesso deste processo. O que se discute e que o atendimento a obesidade precisa ser integral [...]. (SCHERER, 2014, p. 8).

Isso significa que as articulações são criadas no âmbito das políticas de saúde, mas que irradiam efeitos para todos os campos sociais, demandando ampliação dessas articulações para o nível das políticas públicas em geral, pois os números, hoje, são alarmantes para o Estado.

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), instituição vinculada ao Ministério da Saúde, apontam que 52,5% da população brasileira, em 2015, estavam com sobrepeso; e desse percentual, 17,9% eram obesos. Isso é alarmante quando se percebe que, pela natureza do problema, importa atuação decisiva do SUS, demandando um comportamento ativo do Estado na implementação de mecanismos eficientes que busquem a atuação de profissionais multidisciplinares, bem como na melhoria dos já existentes, mas que não conferem certa razoabilidade quanto aos gastos públicos referentes a procedimentos realizados pelo SUS, os quais representam R\$ 488 milhões gastos todos os anos, segundo pesquisa feita pela Universidade de Brasília (PORTAL BRASIL, 2013).

Desses procedimentos feitos pelo SUS, o mais realizado – com aumento de 4.489, em 2010, para 7.530 procedimentos em 2015, segundo Ministério da Saúde – tem sido a cirurgia bariátrica, ou gastroplastia, ou ainda cirurgia de redução de estômago, que constitui numa plástica no estômago com o objetivo de reduzir o peso de pessoas com o IMC muito elevado (maior que 35 kg/m<sup>2</sup>, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde). Apesar da grande procura, essa cirurgia só deve ser considerada em último caso, pois o foco é o tratamento e o acompanhamento clínico, que, mesmo nos casos de realização da cirurgia, devem ser mantidos, tornando-se coerente com uma vida digna a longo prazo (KOPKO, 2016).

Portanto, segundo Scherer (2014) a cirurgia bariátrica é uma alternativa utilizada nos casos de obesidade mórbida ou de obesidade moderada para reestabelecer a saúde dos sujeitos obesos, porém com outras doenças associadas.

Desse modo, além do procedimento alguns fatores são necessários para o emagrecimento: os pacientes bariátricos devem aderir ao tratamento medicamentoso pós-operatório, adotar todas as fases da dieta pós-cirúrgica e conseqüentemente mudar seus hábitos alimentares, praticar exercícios físicos regularmente e comparecer as consultas da agenda pós-bariátrica, entre outros.

O Sistema Único de Saúde garante atendimento a pessoas com obesidade em 21 estados da Federação. No nordeste, apenas o Piauí está de fora dessa estatística, representando um paradoxo, visto que é um estado polo de saúde, com referência nacional.

Na perspectiva nacional, dos mecanismos aproveitáveis pelo Estado, podem-se destacar alguns projetos de leis nº 6.803/10 (institui a Política de Combate à Obesidade), nº 6.522/09 (cria o Programa de Prevenção, Orientação e Tratamento da Obesidade Infantil), e nº 325/07 (inclui a disciplina obrigatória de Educação Alimentar na grade escolar do ensino fundamental e médio de todo o país). Apesar dessa variedade, é certo que não passam de projetos de lei; pouco então se tem concretizado no que tange a aprovação de leis sobre a obesidade. Pode-se dizer que geralmente esse pouco se refere a pontos localizados do território nacional, ficando adstrito a limites municipais ou estaduais, como é o caso do Rio de Janeiro, onde vigora o Estatuto dos Portadores de Obesidade, a Lei Municipal nº 5.766 de junho de 2014.

Em suma, os esforços são direcionados primordialmente a tratar a obesidade tal qual uma simples doença, como a dengue, sem a contextualização dos casos concretos, o que também denota desinteresse pela investigação sociológica da patologia, ocultando opressões que contribuem fortemente para a piora da situação psicológica e física do paciente. Isso só revela o despreparo – essencialmente, ainda que não exclusivamente – do Estado, através do Sistema Único de Saúde, desde a inclusão completa dos estados brasileiros no sistema de tratamento, até a formação multidisciplinar desse complexo ou mesmo a aprovação de lei para proteção da pessoa obesa.

A formação multidisciplinar corresponde às bases do SUS na efetivação do seu programa estabelecido na Constituição, por isso a necessidade de compreensão da obesidade através de todas as lentes científicas. No mesmo contexto, afirma Santos e Scherer (2012):

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o foco na saúde integral, o que possibilita a compreensão da necessidade de um conjunto de condições para que a população goze de boa saúde e qualidade de vida. Assim, no caso da doença da obesidade, que é constituída por inúmeros determinantes, a luta pelo controle da epidemia deve somar esforços com a Medicina e a Nutrição; também se passa a compreender a importância do papel do psicólogo, do assistente social e de outros trabalhadores da saúde. (SANTOS; SCHERER, 2012, p. 95)

Tal aprimoramento multidisciplinar dos esforços do SUS, além de fomentar a melhora das condições da população na busca por uma boa saúde e qualidade de vida, contribui para a visibilidade e valorização de profissionais de saúde que não sejam médicos e enfermeiros.

Essas ações extra hospitalares revelam, então, a importância de reformar a lógica de atendimento, acompanhamento e tratamento do SUS, de modo, inclusive, a abarca-las e a servir como parâmetro para a rede de saúde privada, uma vez que o SUS recebe as pessoas mais pobres, cuja composição, segundo já visto, concentra o maior número de obesos.

Tendo isso em vista, é mister perceber o foco sobre o qual recai o desejo da maioria dos obesos, a grande vontade de estar magro em curto prazo: a cirurgia bariátrica. Razoável seria usá-la como elemento suporte para tentar outras saídas alternativas no tratamento individual e coletivo. A exemplo, pode-se citar a cirurgia de mudança de sexo, que demanda um acompanhamento completo, prévio e de longo prazo, geralmente dois ou três anos; bem como pode-se mencionar o processo de adoção de crianças, cuja ocorrência depende de uma fase primeira de sondagem prévia, uma durante e outra após o firmamento das bases da nova condição, estado ou situação social.

Logo, a preocupação social deve também abarcar uma fase muito anterior à entrada do portador de obesidade no SUS, uma fase de bombardeio diário de ideologias da padronização dos corpos difundidas pela indústria e mídia a todo o momento, “[...] indústria e mídia estas, as mesmas que oferecem e vendem tanto produtos que engordam quanto produtos e serviços para o emagrecimento, ditam o padrão de beleza a ser seguido” (FELLIPE, 2004, p. 241).

Ademais, o Estado deve preocupar-se com o entorno decisivo da cirurgia bariátrica, ao passo em que se indaga o quê, o porquê e o como da necessidade de tal procedimento. Ora, para se avaliar essas questões, é preciso experimentar a cirurgia bariátrica, contudo, entendendo haver desigualdades regionais e locais no

território nacional que demandam a utilização do procedimento em todos os lugares de maneira amplamente difundida, a disponibilização da cirurgia só poderá ser feita por um sistema que integre universalmente a assistência pública sanitária, isto é, o SUS. Toda essa gama acessível a todas as classes econômicas, sobretudo à baixa, de modo a atacar a obesidade, não o obeso.

## **V. CONCLUSÃO**

Antes de ser um conceito fechado, a política social possui abertura às novas leituras, assim como as políticas públicas – em especial a de saúde – constituem rol aberto de ações possíveis de atuação estatal. Independentemente da corrente doutrinária, é clarividente que as políticas sociais causam certas modificações no mundo material de modo a melhorar em grau significativo as condições de exploração do capital, principalmente quando se trata das camadas mais desvalorizadas da sociedade brasileira, um país de terceiro mundo.

Nesse sentido, a história das diversas tentativas estatais para consolidação de modelos em políticas públicas de saúde demonstra a importância da luta das frentes sociais com a finalidade de opor-se às arbitrariedades e desrespeitos ao mínimo de dignidade humana necessária. Destaca-se, por sua vez, a Reforma Sanitária que influenciou substancialmente o atual texto constitucional e contribuiu para o surgimento de um Sistema Único de Saúde pautado pela universalidade, integralidade e descentralização, com uma estrutura democrática e federalizada.

O SUS, muito longe de estar consolidado, representa um processo ainda inicial e que se choca com o modelo privatista neoliberal, resquício histórico do “privilegiamento do produtor privado” da ditadura militar, por isso apresenta deficiências e desafios a serem colocados em debate na procura de alternativas para a assistência ao indivíduo obeso. Ademais, o SUS precisa estar aberto à inclusão gradativa de uma maior multidisciplinariedade, ao passo em que deve promover a autorreflexão no restante da sociedade, como parte do acompanhamento da doença. Isto é, não se deve esquecer que a obesidade tem tomado enormes proporções sociais, com a contribuição de setores diversos do de saúde no estigma do ser obeso.

Portanto, o Estado, como garantidor da democracia, deve contribuir para resgatar o mesmo sentimento que inflamou a sociedade na década de 1980, aliando o binômio saúde e democracia, tendo em vista que a obesidade precisa hoje de um cuidado e atenção especiais, com consequências que demandam novo comportamento para toda a sociedade.

## REFERÊNCIAS

BEHRING, ELAINE ROSSETTI; BOSCHETTI, IVANETE. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008.

BAHIA, LÍGIA. **Sistema Único de Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <[www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html](http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html)>. Acessado em 02 de março de 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Câmara Notícias. **Conheça alguns projetos de lei que visam combater a obesidade**. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/150524-CONHECA-ALGUNS-PROJETOS-DE-LEI-QUE-VISAM-COMBATER-A-OBESIDADE.html>>. Acessado em 30 de outubro de 2016.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006. 448 p.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, de 20 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ações e Programas**. Disponível em <[portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadão/acoes-e-programas](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadão/acoes-e-programas)>. Acessado em 04 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 1. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, MARIA INÊS SOUZA. **Política de Saúde no Brasil**. IN: MOTA, Ana Elizabete [et al] (orgs). Serviço Social e Saúde. 3º Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

COSTA, CAROLINA RODRIGUES; SIMIONATTO, IVETE. Estado, luta de classes e política social. In: OLIVEIRA, Mara de; BERGUE, Sandro Trescastro (Org.). **Políticas públicas: Definições, interlocuções e experiências**. Caxias do Sul: Educs, 2012. p. 11-26. Disponível em: <[https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/POLITICAS\\_PUBLICAS\\_EDUCS\\_EBOOK\\_2.pdf](https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/POLITICAS_PUBLICAS_EDUCS_EBOOK_2.pdf)>. Acesso em: 02/02/2017.

FELLIPE, FLÁVIA MARIA LACERDA. Obesidade como um problema social: novas demandas profissionais ao Serviço Social. **Katálisis**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 239-248, jul/dez, 2004.

JACCOUD, L. (Org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: Ipea, 2005.

KOPKO, GABI. **Cinco fatos que você precisa saber sobre a cirurgia bariátrica no SUS.** Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50927-cinco-fatos-que-voce-precisa-saber-sobre-a-cirurgia-bariatrica-no-sus>>. Acessado em 30 de outubro de 2016.

MARSHALL, T. H. **Política social.** São Paulo: Zahar Ed., 1967.

MICANTO, RAMONE. Políticas públicas e sociais: uma abordagem crítica e processual. In: OLIVEIRA, Mara de; BERGUE, Sandro Trescastro (Org.). **Políticas públicas: Definições, interlocuções e experiências.** Caxias do Sul: Educus, 2012. P. 81-97. Disponível em: <[https://www.uces.br/site/midia/arquivos/POLITICAS\\_PUBLICAS\\_EDUCUS\\_EBOOK\\_2.pdf](https://www.uces.br/site/midia/arquivos/POLITICAS_PUBLICAS_EDUCUS_EBOOK_2.pdf)>. Acesso em: 02/02/2017.

PORTAL BRASIL. **Bolsa Família ajuda a melhorar os indicadores educacionais.** 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/04/bolsa-familia-ajuda-a-melhorar-os-indicadores-educacionais>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Metade dos brasileiros está com excesso de peso.** Publicado em 15 de abril de 2015. Disponível em: <[www.brasil.gov.br/saude/2015/04/metade-dos-brasileiros-esta-com-excesso-de-peso](http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/metade-dos-brasileiros-esta-com-excesso-de-peso)>. Acessado em 02 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Pacientes obesos terão atendimento especial na rede pública de saúde. Publicado em 19 de março de 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/03/atualmente-no-pais-existem-cerca-de-14-8-milhoes-de-brasileiros-obesos>>. Acessado em 28 de outubro de 2016.

REGINA, ALEXANDRINA VITÓRIA. **Gordofobia:** Não é uma questão de saúde. Disponível em: <[https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2014/03/gordofobia-n\\_o\\_c3a9-uma-quest\\_o-de-sac3bade.pdf](https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2014/03/gordofobia-n_o_c3a9-uma-quest_o-de-sac3bade.pdf)>. Publicado em 2014. Acessado em 28 de outubro de 2016.

REIS, DENIZI OLIVEIRA; ARAÚJO, ELIANE CARDOSO DE; CECÍLIO, LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.** Módulo Político Gestor. São Paulo: UNIFESP, 2009.

RIO DE JANEIRO. **Estatuto dos Portadores de Obesidade.** Disponível em: <<http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/50ad008247b8f030032579ea0073d588/517ef1e8834edbc383257d07006f1116?OpenDocument>>. Acessado em 30 de outubro de 2016.

SANTOS, A. M. **Obesidade Infantil:** a família com excesso de peso. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica. Porto Alegre: PUCRS, 2003.

\_\_\_\_\_; SCHERER, PATRICIA TERESINHA. **Política alimentar brasileira:** fome e obesidade, uma história de carências. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 92 - 105, jan./jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **Sociedade do consumo**: criança e propaganda, uma relação que dá peso. 2007. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

SCHERER, PATRICIA T.; SANTOS, A. M. DOS; BELLINI, M. I. B.. **A Cirurgia Bariátrica no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro**: a importância da intersetorialidade das políticas públicas para o sucesso do tratamento da obesidade. In: XXV Congresso de ALASS-CALASS 2014, 2014, Granada, Espanha. ACTAS CALASS 2014, 2014. V. 00. p. 01-11.

SOUZA, GEORGIA COSTA DE ARAÚJO, COSTA, IRIS DO CÉU CLARA. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc**, São Paulo v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

TEIXEIRA, FÁBIO LUÍS SANTOS. A lipofobia nos discursos de mulheres praticantes de exercício físico. **Motriz**, Rio Claro, v.18, n.3, p.590-601, jul./set. 2012.