

18º Congresso Brasileiro de Sociologia

26 a 29 de Julho de 2017, Brasília (DF)

Grupo de Trabalho: Sociologia Econômica – Pluralismo de enfoques e
inovação metodológica

**O papel do Estado na construção do mercado de cirurgias bariátricas e
metabólicas no Brasil**

Barbara Michele Amorim - UFSC

O papel do Estado na construção do mercado de cirurgias bariátricas e metabólicas no Brasil

Obesidade, ciência e a cirurgia bariátrica e metabólica¹

Excesso nas medidas. Esse era o princípio da beleza nas mulheres pintadas por Rubens no século XVII; suas Vênus eram retratadas com todo o detalhe de contornos arredondados. Este padrão dominou a Idade Média e a Renascença. Da mesma forma as refeições. Os reis e príncipes eram alimentados com o farto, a gordura, as carnes presentes à mesa eram sinal de abundância. Durante um banquete era de bom alvitre usar tudo o que estivesse na cozinha e no celeiro. Qualquer preocupação com economia e moderação seria impróprio, uma ofensa aos convidados (Flandrin e Montanari, 1998. Pg.304). No sistema de valores elaborado pelo mundo grego e romano o primeiro elemento que distingue o homem civilizado da barbárie é a comensalidade: a comida não satisfaz apenas a fome, mas, sobretudo uma necessidade social, a refeição em comum converte esta ocasião em momento de sociabilidade. Ato carregado de poder social e de comunicação: “Sentamos, não para comer, mas para comer junto”, segundo Plutarco (Flandrin e Montanari, 1998. Pg.108). O banquete é sinal da identidade do grupo, quer se trate de um grupo familiar ou de toda a população de uma cidade (idem, pg.109).

Vigarello (2012) propõe um contraponto a essa visão sobre a época. Para o autor, a figura do gordo também foi mal vista nas sociedades pretéritas. A diferença é que até o século XIX não havia mecanismos de quantificação da gordura, então o critério era subjetivo. A gordura do corpo era vista de forma positiva enquanto passava sinal de saúde e boa vida, mas ao menor sinal de excesso era criticada como forma de pecado, indolência, fracasso ou incapacidade. O argumento do autor é que a partir da Modernidade, as normas

¹ Esse artigo é parte de um capítulo da tese de doutorado “Novo corpo, nova vida: o campo da cirurgia bariátrica em perspectiva sociológica”, em construção pela autora no Programa de Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina e financiada pela CAPES.

se tornam mais acentuadas e que “o desenvolvimento das sociedades ocidentais promove o afinamento do corpo, a vigilância mais cerrada da silhueta, a rejeição do peso de maneira mais alarmada” (VIGARELLO, 2012. pg. 10).

Na contemporaneidade os padrões se acentuam ainda mais: a gordura ou, com seu novo nome, a obesidade é uma doença a ser combatida e as refeições, antes momentos de sociabilidade, são substituídas por uma anomia alimentar no sentido dado por Jean Pierre Poulain. Substituímos refeições pela *grignotage* (ato de beliscar) da comida, sem horários, o pouco convívio da sociedade urbana industrializada que, em geral, mora distante do local onde trabalha e possui pouco tempo disponível para suas refeições (Popkin, 1999).

O alarme desta situação é definido como transição nutricional: passamos de uma era em que predominava a fome para outra em que predomina a obesidade. Mesmo que a falta de alimentos tenha sido um problema mundial por séculos, hoje a obesidade é considerada um fardo global mesmo sem a eliminação da fome (Nutrans,2016; Popkin, 1999).

Vigarello (2012) faz a denúncia que hoje há dois movimentos simultâneos: a exigência da magreza e a denúncia do gordo.

A exigência de magreza continua sendo uma norma da aparência, mas a denúncia do gordo vira indicador de ameaça sanitária. A origem desses problemas, sobretudo, é diferente: cultural no primeiro caso, com seu código de silhueta e comportamento, e econômica no segundo, com sua percepção de risco coletivo (VIGARELLO, 2012. Pg324-325).

Sugerimos que mesmo sendo dois processos distintos, tanto um quanto o outro se complementam na construção de uma imagem pejorativa da obesidade.

Desde a década de 1920, a gordura corporal se tornou objeto específico de pesquisas científicas. Cresceu o interesse pelas causas da obesidade, com quais outras doenças a gordura estaria relacionada e como combatê-la. Os métodos de perda de gordura corporal já passaram por massagens, banhos, uso de espartilhos, dietas, controle energético, exercícios específicos etc. (Vigarello, 2012). No ato extremo, o gordo ou obeso, para ser controlado, tem um pedaço do seu estômago retirado/grampeado num procedimento cirúrgico que o impeça de colocar mais alimento dentro de sua boca.

O Estado, os dispositivos e a modernidade

A partir da transição nutricional² as pesquisas visam prever as futuras doenças causadas pela alimentação inadequada. À medida que as pesquisas se tornam mais especializadas e difundidas maior é (ou parece ser) a vigilância sobre a alimentação de cada um (AMORIM, 2013). Observa-se que processos antes advindos majoritariamente de regulamentações e diretrizes oficiais atualmente são também difundidos pela propaganda de um estilo de vida saudável.

Os indivíduos são levados a crer na individualidade das escolhas e ações, mesmo estando intimamente ligados a padrões já definidos. Nossa escolha pelas análises da NSE se dá justamente por percebermos que elas nos auxiliam na compreensão de que essa estrutura “modela” as escolhas individuais frente à cirurgia bariátrica, mas também porque nos permite compreender como os indivíduos negociam essas escolhas e dessa forma participam da construção da figuração do campo das cirurgias.

O que tentamos discutir são as negociações (disputas para ter uma visão de mundo legítima) em um nível de análise e uma sensação de negociação (ato de avaliação se o paciente deve/pode realizar a cirurgia) em outro. O que Bourdieu (2000; 2014) constatará em sua pesquisa sobre as casas próprias é que mesmo tendo a sensação de negociação, o comprador na verdade tinha poucas opções diretamente vinculadas ao seu valor social. E que a disputa por legitimidade oficial se dá na arena política do poder.

Os riscos e perigos estão tão entranhados nas “informações” disponíveis aos indivíduos que há um esquecimento de que elas são construídas com base

² Transição nutricional é o termo utilizado para discutir a alterações dos hábitos alimentares da população. De acordo com os autores, a população passa a comer mais gorduras, açúcares e alimentos industrializados. Conforme as pesquisas essa nova dieta seria a principal responsável pela transição epidemiológica no país, já que a população está sofrendo de “doenças” não transmissíveis. O site do Ministério da Saúde traz ainda os dados das mudanças no mundo do trabalho, do lazer, das atividades físicas. Maiores informações sobre todas as transições que aconteceram no Brasil a partir da década de 1970 podem ser encontradas em BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, suppl.1, p. 181-191, 2003; e no site do Ministério, disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/pas.php?conteudo=reorientacao_servicos.

em consensos. Os projetos, sejam das cidades ou das políticas, são organização e administração de séries de elementos que se produzem no corpo social. “As pessoas elaboram, portanto, uma nova definição legítima de um problema público, propõem uma nova maneira de fornecer aos cidadãos os meios de satisfazer o que lhes é dado como um direito” (BOURDIEU, 2014 pg.59).

São as comissões que, depois de nomeadas, designam “um problema digno de ser tratado por essas pessoas dignas de administrar os problemas públicos” (BOURDIEU, 2014. Pg. 56). Para o presente objeto, a partir da legislação que trata sobre a obesidade é que se certificam publicamente os médicos como especialistas oficiais do Estado para avaliar e classificar os casos que findarão em cirurgia ou não.

Esse discurso oficial da categoria médica se baseia majoritariamente nos critérios de risco³. Como na contemporaneidade a ideia de indivíduo é caracterizada pela autonomia, independência e atomização, eles devem ser autônomos, mas deter conhecimento o suficiente para fazer escolhas racionais para contenção dos riscos. Os indivíduos são levados a crer na individualidade das escolhas e ações, mesmo estando intimamente ligados a padrões já definidos de saúde e bem estar.

A partir desse discurso da liberdade individual, a solução da transição nutricional está em informar o consumidor para ter condições de tomar decisões baseadas em conhecimento adquirido ou mesmo aumentar o preço dos alimentos entendidos como maléficos a saúde como alternativa para diminuir o seu consumo (MAZON, 2010b). Já a nova sociologia econômica procura entender as disputas cognitivas que ocorrem dentro de diferentes campos. Mazon (2010b) ressalta dois elementos que interessam a NSE: “1) as regularidades mentais associadas à conformação de diferentes campo [...] 2) os Estados são criadores de mercados” (pg.263).

³ A princípio o conceito de risco epidemiológico surgiu nos estudos de doenças transmissíveis, pois para explicar suas causas era necessário mais que identificar os microorganismos vinculados a doença. Foi na busca por outros fatores envolvidos na doença que se utilizou as técnicas estatísticas, aprimorando os diagnósticos (Czeresnia, 2004). Após 1950 a epidemiologia começa a mobilizar o conceito de risco para o estudo das doenças não transmissíveis. A probabilidade como racionalidade, a partir de técnicas, mede as incertezas.

Mobilizamos as análises da Nova Sociologia Econômica para refletir sobre a criação de mercados e pensando o campo das cirurgias bariátricas como a emergência de um novo mercado na área da saúde. Autores como Bourdieu (2000) e Fligstein (2001) se distanciam da visão tanto do estado keynesiano como conjunto de atores políticos poderosos e voluntários a formar novos mercados a partir da ação do estado e igualmente se distanciam do suposto dos atores econômicos maximizadores de suas oportunidades da econômica neoclássica (e que pensa o Estado como mera muleta para corrigir falhas de mercado). Num caminho alternativo estes autores propõem a ideia da construção de mercados como parte de um processo contingente de consequências impremeditadas no sentido weberiano (Bourdieu, 2000; Fligstein, 2001).

Nosso trabalho se posiciona em oposição a duas frentes: a primeira é a da Nova Economia Institucional e sua pressuposição do ator racional; a segunda é a racionalização da saúde com sua noção de risco. Tanto em uma abordagem como em outra, os indivíduos agiriam apenas de forma racional diante da obesidade e fariam a cirurgia como forma de diminuir os riscos. O que essas análises não questionam é como o risco é criado e se torna um quadro cognitivo legitimado; igualmente não articulam os fatores sociais (como o estigma), históricos e políticos na análise sobre a tomada de decisão frente a cirurgia.

Miceli (2014) ao falar da obra de Bourdieu (2014), nos resume bem essas ambivalências e nos lembra que

'a dimensão moral da atividade estatal' implica a feitura e a imposição de um conjunto de representações e valores comuns em meio à empreitada de domesticação dos dominados. Deriva daí a ambivalência das estruturas estatais associadas ao Estado do bem-estar, sobre as quais nunca se sabe ao certo se constituem instituições de controle ou de serviço; sendo de fato as duas coisas ao mesmo tempo, só conseguindo controlar na medida em que prestam serviços ou distribuem recursos (MICELI, 2014. Pg. 22).

De acordo com Bourdieu e Fligstein a nova sociologia econômica constrói a análise do campo econômico a partir dos aspectos históricos, culturais e políticos. São as interatuações entre estes aspectos nas demandas por legitimação, entre os agentes das trocas, que focamos nosso interesse. Abordamos igualmente, utilizando a ideia do Estado como criador de mercado.

Como que as ações do Estado frente a valorização de um estilo de vida e ao combate a obesidade criaram um espaço possível para o surgimento de mercados como clínicas de estética, academias de ginástica, musas e musos fitness e alimentos “saudáveis”.

Mazon (2010a) argumenta que

O Estado é um dos atores preferenciais na construção e manutenção dos arranjos institucionais; criando as leis e regulamentações relativas à política fiscal, ao capital financeiro, à concorrência, às relações salariais, às patentes e aos direitos de propriedade; promove compras públicas; financia a pesquisa e a construção de infraestruturas; participação no capital de empresas (água, eletricidade); garante juridicamente a aplicação dos contratos e tem ainda as funções de assistência social (como creches para que as mulheres trabalhem) e redistribuição (MAZON, 2010a, p. 48).

Os Estados ao se construírem, constroem os diferentes mercados (FLIGSTEIN, 2001; BOURDIEU, 2005). A partir do processo de interação entre mercado e Estado, novos arranjos institucionais são criados. “Instituições referem-se a regras compartilhadas, que podem ser leis ou entendimentos coletivos, mantidos pelo costume, por um acordo explícito ou implícito” (FLIGSTEIN, 2001, pg. 29). É a crença e a confiança organizadas, que por serem reconhecidas como reais, se tornam reais (BOURDIEU, 2014).

Para Bourdieu (2014), é a construção de recursos organizacionais (materiais e simbólicos) que significa a construção do Estado.

Em outras palavras, o que chamamos Estado, [...] é uma espécie de princípio da ordem pública, entendida não só em suas formas físicas evidentes mas também em suas formas simbólicas inconscientes, e tudo indica que profundamente evidentes. Uma das funções mais gerias do Estado é a produção e a canonização das classificações sociais (BOURDIEU, 2014. Pg.38).

Bourdieu (2000) ao analisar o mercado de casas próprias na França e mostra o momento em que o estado francês é preenchido por atores formados na escola do liberalismo. Deste momento em diante, o mercado de casas próprias, como qualquer outro arbitrário cultural, surge pela ação do estado que alimenta tanto a oferta como a demanda com diferentes incentivos e subsídios. Fligstein mostra o surgimento do mercado de informática nos EUA nos mesmos moldes e que emerge a partir da preocupação militar estadunidense em tempos de guerra fria. Bourdieu lembra que o Estado é um importante

construtor de categorias no sentido dado por Durkheim. A que se observar o efeito simbólico da ação do Estado (Bourdieu, 2000; 2014).

Há uma política reconhecida como legítima, quando nada porque ninguém questiona a possibilidade de fazer de outra maneira, e porque não é questionada. Esses atos políticos legítimos devem sua eficácia à sua legitimidade e à crença na existência do princípio que os fundamenta (BOURDIEU, 2014. Pg.39).

O discurso oficial: a obesidade e sua construção estatística

Partindo desse referencial bourdieusiano⁴, entendemos que há o discurso trazido pelas comissões oficiais (que tratam das políticas públicas visando a diminuição da obesidade), mas há também o discurso publicizado pela categoria médica, pois legitimado pelo estado. Na realidade são eles (os médicos) os avalistas oficiais do Estado no que diz respeito à obesidade. São eles que decidem quem faz ou não a cirurgia.

O profissional médico aparece aqui também como um burocrata, que conforme Bourdieu (2014) tem três propriedades: autoridade, discurso genérico contra singular e especialista. Nesse sentido, o médico tem autoridade oficial para avaliar, aconselhar e sugerir a realização das cirurgias. Mas no caso específico das cirurgias bariátricas e metabólicas, o médico também atua como burocrata anteriormente à consulta. São nos conselhos sobre bem estar, bem viver e saúde que ele constrói a razoabilidade da realização da cirurgia.

Oficialmente temos um discurso bastante homogêneo sobre a temática da obesidade, suas causas e tratamentos. Como podemos observar, não há dúvidas sobre o que se diz da obesidade e da cirurgia bariátrica e metabólica.

De acordo com estudos publicados em 2011, naquele ano já existiam meio bilhão de pessoas obesas⁵ em 199 países (FREEDMAN, 2011). Ainda de

⁴ Bourdieu, 2000; 2005; 2014.

⁵ A obesidade é caracterizada pelo excesso de gordura no corpo. O acúmulo ocorre quando a oferta de calorias é maior que o gasto de energia corporal. Muitos fatores contribuem para este problema: o ambiente (hábitos alimentares de amigos, tipos de alimentos disponíveis em casa e em lojas locais, oportunidade para se movimentar no trabalho). Estes fatores podem ser somados à biologia (alguns têm predisposição genética maior para armazenamento de gordura, limites de saciedade maiores e paladar mais sensível). Igualmente há aspectos econômicos (alimentos com alto valor calórico, mas níveis reduzidos de nutrientes são mais baratos que produtos frescos). Há também o efeito do marketing das

acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2025 serão 2,3 bilhões de pessoas com sobrepeso e 700 milhões de obesos (ABESO).

O Brasil acompanha essa tendência e já apresenta mais de 50% da população acima do peso, incluindo obesidade e sobrepeso. O último levantamento oficial feito pelo IBGE entre 2008/2009 (Pesquisa de Orçamento Familiares – POF) apontou o aumento do sobrepeso entre os adultos (20 anos ou mais): 50,1% entre os homens e 48% entre as mulheres (ABESO; FREEDMAN,2011). O Plano Nacional de Saúde traz os dados:

Nas crianças de cinco a 10 anos de idade, o excesso de peso atualmente afeta mais de 30% da população e a obesidade cerca de 14%, enquanto, entre os adolescentes, 20% apresentam excesso de peso e 5% estão obesos. Na população adulta, o quadro é ainda mais alarmante, haja vista que metade das pessoas com 20 ou mais anos de idade apresenta excesso de peso e perto de 15% estão obesas (BRASIL, 2011).

O web site da ABESO (Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica) mostra que na região sul do país (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), o excesso de peso entre crianças de 5 a 9 anos é de 35,9%; entre crianças de 10 a 19 anos é de 24,6%; e entre adultos é de 56,08%. A região é a que apresenta maior índice entre adultos em comparação às outras.

A SBCBM traz como explicação da obesidade a interação de vários fatores. Entre as principais causas estão: a ingestão excessiva de alimentos; a falta de atividades físicas; existência de tendências genéticas e problemas hormonais. As agências reguladoras trazem como prevenção da doença a racionalização da alimentação, com controle da quantidade e qualidade dos alimentos consumidos. Indicam também a prática regular de atividades físicas que, de acordo com a SBCBM, “é fonte de prazer e socialização”.

É interessante a alegação de que mesmo os casos que envolvem problemas genéticos e hormonais podem ser prevenidos com o binômio alimentação-exercícios. O discurso é bastante claro ao mencionar causas diversas e relacionais, entretanto se torna vago quando o assunto é a

grandes empresas alimentícias que divulgam produtos, muitas vezes como saudáveis, sem que isto corresponda à soma de calorias e qualidade reais (Freedman, 2011: 31).

prevenção e tratamento, colocando todos os tipos de obesidade em uma mesma categoria.

No discurso vigente, quando esses tratamentos entendidos como tradicionais ou convencionais (exercício, alimentação e medicamentos) não “funcionam”, a alternativa encontrada é a cirurgia bariátrica⁶. Porém, ao fazer um estudo dos artigos científicos da área, Oliveira (2007) conclui que academicamente a cirurgia é considerada o método mais eficaz no tratamento da obesidade em longo prazo, visto que o tratamento convencional (não-cirúrgico) apresenta 95% de pacientes que recuperam o peso em 2 anos. A cirurgia bariátrica inclui também o adjetivo “metabólica” por sua importância na diminuição das doenças que são causadas, agravadas ou mesmo que tem seu controle ameaçado pela obesidade, como o diabetes e a hipertensão –, também chamadas de comorbidades.

Nesse ponto fica nítido aquilo que Bourdieu (2014) aponta como:

[...] mobilizar a doxa e transformar o que é tacitamente admitido como sendo obvio, o que todos os membros de uma ordem social conferem a essa ordem: mobilizar de tal maneira que as proposições enunciadas por esse grupo possam funcionar como palavras de ordem e proceder a essa operação extraordinária que consiste em transformar uma constatação em norma, em passar do positivo ao normativo (pg. 67-68).

Ainda conforme os preceitos médicos, a indicação cirúrgica deve ser decidida sob a análise de três critérios: IMC⁷, idade e tempo da doença. Os dados trazidos pelo website da SBCBM em relação ao IMC são:

- IMC acima de 40 kg/m², independentemente da presença de comorbidades.
- IMC entre 35 e 40 kg/m² na presença de comorbidades.
- IMC entre 30 e 35 kg/m² na presença de comorbidades que tenham obrigatoriamente a classificação “grave” por um médico especialista na respectiva área da doença. É também obrigatória a constatação de “intratabilidade clínica da obesidade” por um endocrinologista.

⁶ As cirurgias diferenciam-se pelo mecanismo de funcionamento. Existem três procedimentos básicos da cirurgia bariátrica e metabólica: Restritivos – que diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar; Disabsortivos – que reduzem a capacidade de absorção do intestino; e Técnicas mistas – com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino com discreta má absorção de alimentos.

⁷Índice de Massa Corporal (IMC). Este critério retrata a razão entre o peso do indivíduo expresso em quilogramas e o quadrado da altura, expresso em metros.

Em relação à idade, a recomendação é irrestrita para pacientes entre 18 e 65 anos. Para indivíduos mais novos ou mais velhos, é necessária avaliação individual pela equipe médica. Para os menores de idade é necessário também consentimento familiar.

Já em relação ao tempo de doença, a indicação de cirurgia é feita para pacientes que apresentam obesidade e comorbidades há mais de 2 anos, com acompanhamento e tratamento tradicional. Todos esses critérios devem ser levados em consideração pela equipe médica multidisciplinar que acompanha o paciente.

Aos pacientes que fazem a cirurgia pelo Sistema Único de Saúde, os critérios são mais rígidos. O anexo I da Portaria Nº424, de 19 de Março de 2013 dispõe:

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

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

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir:

a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade

acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica).

A Portaria N^o424, de 19 de Março de 2013 também dispõe sobre as contra-indicações à cirurgia. São elas:

a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;

b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia;

c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;

d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;

e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

As portarias acima citadas são exemplo de relatórios oficiais que legitimam a prática médica e também autorizam como autoridade de Estado.

“haverá um relatório oficial que será entregue oficialmente, com uma autoridade quase oficial. Um relatório não é um discurso ordinário, mas um discurso performativo, relato àquele que o pediu e que, ao pedi-lo, deu-lhe de antemão uma autoridade” (pg58).

Nesse sentido, há uma concordância dos relatórios oficiais e dos discursos médicos legitimados. Essa convergência torna ainda mais poderosa a violência simbólica exercida pelo Estado. Isso não significa que no nível das relações interpessoais não aconteçam disputas e divergências.

As disputas de sentido

“o Estado não é um bloco, é um campo. O campo administrativo, como setor particular do campo do poder, é um campo, isto é, um espaço estruturado segundo oposições ligadas a formas de capital específicas, interesses diferentes” (BOURDIEU, 2014. pg.50).

Conforme dito, o campo se faz a partir de disputas. Este processo de disputa - seja por legitimidade, preferência no mercado ou ganho financeiro - constitui a dinâmica interna do mercado. Por essa razão o conceito de campo (econômico e científico) nos permite visualizar a dinâmica entre os atores.

No mercado de cirurgias bariátricas, entendemos esse espaço como “um campo de ação socialmente construído onde se afrontam agentes dotados de recursos diferentes” (BOURDIEU, 2005, p. 33). Nesse sentido acreditamos que os indivíduos mobilizam diferentes capitais e recursos para dar sentido a cirurgia, ou seja, os diferentes atores disputariam a apropriação de seu capital específico mediante estratégias que são determinadas pela sua posição na estrutura social e a quantidade de capital ou recurso disponível para tanto. Para Bourdieu (2005) o capital se classifica em: financeiro, comercial, simbólico e tecnológico, que no campo estão distribuídos de diferentes formas. Assim, as estratégias de luta não seriam definidas unicamente pelo livre interesse dos agentes pela cirurgia, nem tampouco pelo cálculo estritamente utilitarista, mas, estariam condicionadas à pressão estrutural do campo, bem como à posição relacional do agente em relação aos demais parceiros.

O autor lembra que “as trocas nunca são completamente reduzidas a sua dimensão econômica”, ou lembrando Durkheim (1995): “os contratos sempre têm cláusulas não-contratuais” (Bourdieu, 2005, p. 22). A partir de Durkheim, todas as análises sociológicas do mercado versam sobre o fato da viabilidade do contrato depender da existência de um fundo institucional composto pela moral, direito e tradição (RAUD, 2007. Pg210).

Mazon (2010a) observa que padrões e guias de qualidade dependem de “como interesses e motivações podem ser formulados e reformulados num processo de interação Estado e mercado” (MAZON, 2010a. pg.174). Voltando a Bourdieu, para ele a norma não explica a ação social, mas ela é sim uma apropriação que o ator pode fazer da instituição. Este respeito a uma

regra social consiste numa ação social que pode ser orientada a fins, a valor, pelo afeto ou pela tradição (MAZON, 2010a). Quando nos referimos à produção de conhecimento científico através de artigos, congressos e informações que circulam pela internet consideramos então que não é a regra, diretriz ou artigo científico que vai determinar as ações das pessoas, mas ela pode trazer informações, guias e incentivos a serem aceitos, apropriados e postos em prática ou não, estas informações fornecem o ambiente moral no qual decisões podem ser tomadas.

Bourdieu (2009b) observa que os sujeitos são de fato agentes que atuam e que sabem, dotados de um senso prático, de um sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão, de estruturas cognitivas duradouras (que são incorporação de estruturas objetivas) e de esquemas de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada. O *habitus* é essa espécie de senso prático do que se deve fazer em determinada situação (Bourdieu, 2009b). Ao falar do campo econômico, Bourdieu (2005) observa que estas disposições “são adquiridas em e por meio de uma experiência precoce e prolongada das necessidades do campo” (MAZON, 2010, pg.39).

Esse pano de fundo nos permite vislumbrar certas características do objeto, principalmente das possíveis razões admitidas explicitamente ou implicitamente para a realização da cirurgia bariátrica. Admitimos previamente que muitas são as formas de experienciar o sobrepeso e a obesidade, dependendo dos espaços por onde circulam os agentes e da maneira pelas quais eles capitalizam ou não essa experiência. São essas diversas formas de “lidar” com a obesidade e o sobrepeso que estão em disputa e negociação. A cirurgia bariátrica também é negociada dependendo do *habitus* de cada indivíduo. Como afirma Zelizer (2011)

[...] as pessoas criam vidas conexas pela diferenciação de seus laços sociais múltiplos entre si, marcando os limites entre os laços diferentes por meio de práticas cotidianas, sustentando os laços por meio de atividades conjuntas (inclusive atividades econômicas), mas negociando constantemente o conteúdo exato de laços sociais importantes (pg 37).

Porém, conforme indica Bourdieu (2014), não é porque as pessoas disputam o sentido da cirurgia bariátrica (a favor ou contra) que elas não compartilhem a mesma estrutura mental que pressupõe a cirurgia. Bourdieu

(2014) dá como exemplo o calendário e o relógio, onde mesmo a pessoa que se atrasa, está respeitando a ordem estabelecida, que é a classificação oficial do tempo.

Se esses atos obtêm o consentimento, se as pessoas se inclinam – ainda que se revoltam, sua revolta supõe um consentimento – é que no fundo participam consciente ou inconscientemente de uma espécie de ‘comunidade ilusória’ [...], que é a comunidade de pertencimento a uma comunidade que chamaremos de nação ou Estado, no sentido conjunto de pessoas reconhecendo os mesmos princípios universais (BOURDIEU, 2014. Pg. 41).

Considerações finais

Em 2010 o SUS realizou 4.489 cirurgias (Portal Brasil), inferior a 10% das quase 60.000 cirurgias realizadas naquele ano (SBCBM). Em 2013, o SUS afirma ter aumentado em 45% esse número, realizando 6.493 cirurgias (Portal Brasil).

Se no SUS pacientes que desejam fazer a cirurgia precisam dispor-se a permanecer dois anos tentando emagrecer pelos métodos “tradicionais” (alimentação, atividade física e remédios) para ao final receber um atestado de impossibilidade do atingimento do peso ideal e serem autorizados a realizar a cirurgia; o outro extremo é o setor privado que, gerido pela lógica do mercado, oferece a cirurgia sem nenhum acordo intermediário inclusive para pessoas apenas com sobrepeso e que não passaram por tratamentos não invasivos prévios.

O que a princípio pode parecer uma disputa por fatias de mercado, ou uma complementação de serviços via mecanismos privados (no discurso do SUS), são na verdade “[...] encenações, operações que consistem em encenar um conjunto de pessoas destinadas a desempenhar uma espécie de drama público, o drama da reflexão sobre os problemas públicos” (BOURDIEU, 2014. Pg.56).

Podemos perceber que, como agentes oficiais do Estado, a categoria médica é mais importante no momento da produção discurso (veiculação de

informações em blogs, *sites* e *facebook*) que antecede a cirurgia do que no momento da prática no campo (consultório médico).

Referência bibliográfica

AMORIM, B. M. **As transformações e processos recentes da nutrição**: instituições, mercado e formação de profissionais em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2013. 127 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 2013.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, suppl.1, p. 181-191, 2003; e no site do Ministério, disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/pas.php?conteudo=reorientacao_servicos.

BOURDIEU, P. **As estruturas sociais da economia**. Lisboa: Instituto Piaget, 2000. 285p

BOURDIEU, P. O campo econômico. **Revista Política e Sociedade**, vol. 6, Florianópolis: Cidade Futura. 2005. p. 15-57.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009a. 311p. ISBN 9788528699630.

BOURDIEU, P. **O senso prático**. Petrópolis: Vozes, 2009b. 470 p.

BOURDIEU, P. **Sobre o Estado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.114 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)**

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 447-455, Abril 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de maio de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200012>.

FLANDRIN, J.L. e MONTANARI M. (dir.) **História da alimentação**. SP: Estação Liberdade, 1998.

FLIGSTEIN, N. Mercado como política: uma abordagem político cultural das instituições de mercado, **Revista Contemporaneidade e Educação**, ano 6 (9). 2001. p. 26-55.

FREEDMAN, D.H. Como solucionar a crise da obesidade. **Scientific American Brasil**. Março de 2011. Pg 28-34.

MAZON, M.S. **Abastecimento alimentar no Brasil e as reformas liberalizantes**: estado e mercado em questão. 2010. 232 p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010a.

MAZON, M.S. A transição nutricional e sua sociologia: o dilema alimentar no século XXI. In: GUIVANT, JS; SPAARGAREN, G.; RIAL, C.; (Org.). **Novas práticas alimentares no mercado global**. 1a.ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2010b, v. 01, p. 261-273.

MICELI, S. Materialismo do simbólico. In BOURDIEU, P. **Sobre o Estado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. Pg. 19-26

NUTRANS (2016) <http://www.cpc.unc.edu/projects/nutrans/>

OLIVEIRA, I. V. **Cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde**: tendências, custos e complicações. 2007. 89 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

POPKIN, B. Urbanization, Lifestyle and the nutrition transition. **World Development**, Vol 27(11), 1999. pg1905-1916.

RAMOS, Almino Cardoso. **Cirurgia Bariátrica: a situação atual do Brasil**. 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/cirurgia-bariatrica-a-situacao-atual-do-brasil>>. Acesso em: 17 maio 2016.

RAUD, C. Bourdieu e a nova sociologia econômica. **Tempo Social**. Revista de Sociologia da USP, vol. 19(2), 2007. p. 203 -232.

VIGARELLO, G. **As metamorfoses do gordo**: história da obesidade no Ocidente: da Idade Média ao século XX. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 347pg.

ZELIZER, V.A. **A negociação da intimidade**. Coleção Sociologia. Tradução de Daniela Barbosa Henriques. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 310 pp.

<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus>

<http://www.sbcbm.org.br/wordpress/cirurgia-bariatrica-a-situacao-atual-do-brasil/>