



•NOVA•
UCSAL

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
GRADUAÇÃO EM DIREITO**

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

**TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.**

Salvador
2023

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

**TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.**

TCC apresentado ao Programa de Graduação em Direito da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em direito.

Orientador: André Quadros Côrtes, Mestre em Políticas Sociais e Cidadania.

Salvador
2023

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR.

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

RESUMO

O presente trabalho se propôs a analisar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde direcionado às pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto no intuito de se esquadriñar a aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades destes indivíduos. Interesses estes fundados nos desafios e barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços pertinentes à promoção, proteção e recuperação da saúde da população obesa, que englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional. Para tanto aplicou-se o método de pesquisa bibliográfica, embasada em material publicado a respeito da temática, particularmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde e relatórios extraídos de plataformas governamentais. Utilizando-se, ademais, de abordagem metodológica qualitativa, focada no entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para identificação da solução do problema de pesquisa explicitado. Sob este enquadro, a análise realizada evidenciou a prescindibilidade de elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, vez que, em verdade, faz-se necessária a implementação efetiva das disposições constantes nas portarias já existentes acerca da matéria. As quais se debruçam sobre as particularidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional. Conjuntura sob a qual delineia-se a necessidade, mormente no âmbito do município de Salvador, de implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado

para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; DCNTs; Comorbidades; Saúde; SUS; Prevenção; Diagnóstico; Tratamento; Atendimento; Acompanhamento; Infraestrutura; Estigma; Atenção Primária; Atenção Especializada; Mortalidade; Morbidade; Portarias; Eficácia.

ABSTRACT

The present work proposed to analyze the effectiveness coefficients of the legal protection of the right to health aimed at people with obesity in the Municipality of Salvador, especially with regard to the actions and services performed in the primary and specialized care network of the SUS. This is in order to investigate the apparent invisibility of people with obesity in the health system and the need or not to develop legislative instruments specifically aimed at the needs of these individuals. These interests are based on the challenges and barriers identified for the offer and implementation of actions and services relevant to the promotion, protection and recovery of the health of the obese population, which include the absence of comprehensive and non-reductionist approaches, accentuated by the lack of or insufficient access to medical equipment and professional qualification. To this end, the bibliographical research method was applied, based on published material on the topic, particularly books, periodicals, articles, health notebooks and reports extracted from government platforms. Furthermore, using a qualitative methodological approach, focused on understanding and evaluating the research object, linked to the hypothetical-deductive method, in which the formulated hypotheses are subjected to the falsification process to identify the solution to the explained research problem. Under this framework, the analysis carried out highlighted the unnecessary development of new normative instruments to establish guidelines and operationalize SUS health care networks, since, in truth, it is necessary to effectively implement the provisions contained in the ordinances already existing information on the subject. Which focus on the particularities to be observed so that adequate diagnosis of the obese population can be promoted, with specialized monitoring, equipped with technical and professional infrastructure. Situation under which the need is outlined, especially within the scope of the municipality of Salvador, to implement the guidelines and attributions contained in the Ordinances and National Policies drawn up on the subject, such as the institution of the line of care for the prevention and treatment of overweight and obesity, among other achievements in these constants.

Key words: Obesity; Overweight; NCDs; Comorbidities; Health; SUS; Prevention; Diagnosis; Treatment; Service; Follow-up; Infrastructure; Stigma; Primary attention; Specialized Care; Mortality; Morbidity; Ordinances; Efficiency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.	5
2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	8
2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.	8
2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	12
3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	17
3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL	21
4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1.1. Portarias instituídas anteriormente para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade	26
4.1.2. Portarias vigentes na atualidade.	30
4.1.3. Projetos de lei.	35
4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR.....	38
5. CONCLUSÃO	43

1. INTRODUÇÃO

A saúde se consubstancia como um direito social, assim reconhecida no art. 6º da Constituição Federal, que a elevou à condição de direito fundamental, dotando-lhe de força normativa e vinculante.¹ Cenário este que exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, para se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos termos do art. 196 da CF.² Enquadro lógico sob o qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado (art. 198, da CF), enquanto suporte à efetivação da política de saúde no país.³

Tal sistema é responsável pela atenção à saúde da maioria dos cidadãos, englobando um conjunto de serviços ambulatoriais, terapêuticos e pré-hospitalares de urgência e emergência especializados.⁴ Todavia, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda tem se demonstrado exígua. Tendo a referida patologia se tornado um problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas que têm alcançado em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas quando do atendimento primário.⁵

A título de contextualização, salienta-se que a obesidade se trata de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa que representa o aumento excessivo de tecido adiposo no organismo, haja vista apresentar um excesso no Índice de Massa Corporal (Superior a 30 kg/m²).⁶ Dentre as suas causas, alberga fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos, dos quais a literatura científica

¹ Cunha Júnior, Dirley. **Curso de Direito Constitucional**. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 *et seq.*

² Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). **Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo**. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

³ Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

⁴ Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2_saud_soci_e_polit_public_saud_2016.pdf. Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 *et seq.*

⁵ Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

⁶ WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.

destaca como principais a inatividade física, a redução do consumo de alimentos básicos e a maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar.⁷

Esta, em decorrência das suas complicações metabólicas, se configura ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, as quais não são correlacionadas a um diagnóstico apropriado, ante a deficiente estrutura de atendimento.⁸ O que reverbera na ausência de encaminhamento para serviço especializado, com adoção de modelo adequado à abordagem terapêutica integral, que se constituem como importantes aspectos para a redução da morbimortalidade das pessoas com obesidade.⁹

Quanto a isto, nota-se que consoante dados apontados pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB), apenas 2,5% do total de atendimentos individuais são voltados à condição avaliada como obesidade.¹⁰ Conjuntura esta incongruente com os índices apresentados no ano de 2023 nos relatórios públicos emitidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde, que indicavam que aproximadamente 34.51% dos indivíduos adultos já possuem diagnóstico de excesso de peso, 20.65% de Obesidade Grau I, 8.23% de Obesidade Grau II e 4.37% de Obesidade Grau III.¹¹

Contexto que se reproduz no município de Salvador, cujo os índices apresentados neste relatório indicam que aproximadamente 33.1% dos indivíduos adultos possuem diagnóstico de sobrepeso, além de apresentar porcentagens ligeiramente mais altas de Obesidade Grau I (21.68%), Obesidade Grau II (9.42%) e Obesidade Grau III (5.05%), se comparada com os índices nacionais. Circunstância sob a qual se observa que os atos normativos elaborados não transparecem coeficientes de eficácia válidos, especialmente no que concerne ao cuidado direcionado a estes protagonistas neste município.¹²

Ratifica-se, desta forma, a premissa tecida acerca da precariedade de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento, que ainda é circundada pela parca

⁷ Souza, Saul de Azevêdo *et al.* Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

⁸ *Ibidem*.

⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. **Cadernos de Atenção Básica n. 38**. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

¹⁰ *Ibidem*, p.11.

¹¹ Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. **Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice**. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

¹² *Ibidem*.

disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade. Particularmente aqueles voltados ao rastreamento e implementação do processo de cuidado, tais quais: balanças, macas e cadeiras adequadas, fita métrica, esfigmomanômetro, dentre outros. Condições observadas não obstante tais indivíduos representarem porcentagem significativa da população, consoante delineado linhas alhures.¹³

Sob este prisma, impende ainda ressaltar que o fato de a obesidade se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs exerce drásticos impactos nos índices de morbidade e mortalidade, bem como nas finanças pertinentes ao sistema de saúde. Tendo se contabilizado em estudo elaborado sobre a temática que do orçamento de R\$6,77 bilhões gastos anualmente com estas, cerca de R\$1,49 bilhões são atribuídos ao excesso de peso e obesidade. Percentual este que se mantém considerável no que tange ao número de mortes (128,71 mil), hospitalizações (495,99 mil) e procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS (31,72 milhões), o que denota a sobrecarga deste sistema.¹⁴

Neste ensejo, tem-se traçada a necessidade de priorização e revisão dos aspectos estruturais da rede de atenção à saúde do SUS, no âmbito primário e especializado, essencialmente no que concerne à organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade delineada nas portarias já elaboradas sobre a matéria.¹⁵ Contexto este que influenciou a elaboração do presente trabalho, o qual tem como objetivo analisar se, diante do cenário exposto, faz-se necessária a elaboração de novos instrumentos legislativos de atenção à saúde voltadas especificamente as particularidades destes indivíduos, ou se, em verdade, se trata da necessidade de efetivação dos já existentes.

Atrelando-se tal questionamento, ainda, a indagação de como esta possível invisibilização no sistema público de saúde reverbera em consequências tangenciais à garantia do direito à saúde e, como sequela, a uma ampla qualidade de vida. Isto em virtude de se ter, dentre os princípios fundamentais desta República, a dignidade da pessoa humana, que reverbera na garantia das necessidades vitais do ser humano, englobando o acesso à saúde permeada em ações e serviços de qualidade. Questionamento este existente em decorrência da

¹³ Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.16. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

¹⁴ Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). **A Epidemia de Obesidade e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS**. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

¹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. *Op.cit.*, 2022, p.13.

ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas e da precariedade de diagnóstico e encaminhamento para atendimento apropriado destes indivíduos no sistema de saúde.¹⁶

Fundado neste intuito, o presente trabalho se consubstancia como uma reflexão e estudo decorrente da aplicação do método de pesquisa bibliográfica, subsidiada em material publicado acerca da temática, em especial livros, artigos e periódicos, bem como na legislação existente, que corroboraram para a constatação e deslinde da problemática identificada. Isto além do levantamento de dados quantitativos, vez que se analisará material lastreado em dados publicados pelo governo federal e municipal sobre os índices de obesidade, atendimento, diagnóstico e disponibilização de tratamento.

Tendo se utilizado, para tanto, de abordagem metodológica qualitativa, voltada à compreensão e avaliação do objeto de pesquisa. Isto considerando as características da situação, avaliando e medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito da problemática analisada, qual seja: a potencial invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde, sobretudo no que concerne à rede de atenção primária e especializada do SUS, à luz dos instrumentos legislativos existentes.

Sob este enquadro empregou-se o método hipotético-dedutivo de Karl Popper, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a construção da solução do problema de pesquisa narrado e, posteriormente, são confirmadas ou refutadas. De forma que, com o desenvolvimento da referida discussão, foi construída a argumentação finalística deste e estabelecida a sua conexão com a conjuntura fática observada hodiernamente.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.

A adoção do modelo de bem-estar social pela federação brasileira, em que se observa uma intervenção mais incisiva do Estado no intuito de se assegurar aos indivíduos o

¹⁶ Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

acesso a serviços assistenciais básicos, com a conseqüente disposição da saúde como um direito social (art. 6º da CF), alçou-a à condição de direito fundamental. Posição esta que lhe confere caráter vinculante e normativo, dotado de exigibilidade perante aos seus titulares, enquanto meio para se garantir o mínimo existencial necessário para uma vida digna, em compatibilidade com os fundamentos fixados para o país no artigo 1º da Constituição (CF).¹⁷

Neste tom, o direito à saúde encontra-se compreendido em um bloco integrado, ainda, pelos direitos à previdência e à assistência social, relativos à área de atuação da seguridade social.¹⁸ A qual estabelece um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas à proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à tríade de garantias citadas acima, consoante disposto no art. 194 da Constituição.¹⁹ Observando-se, a partir desta perspectiva, a atuação de diversos órgãos da administração pública direta e indireta e de atores políticos atrelados às ocupações desta no âmbito federal, distrital, estadual e municipal de forma regionalizada e hierarquizada.²⁰

Cenário sob o qual se exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, por meio da implementação de políticas públicas, de modo a se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.²¹ Sendo a matéria tratada no diploma constitucional, em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, os quais estabelecem uma série de normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira,²² com prestações materiais positivas do Executivo e providências jurídico-normativas do Legislativo.²³

Nesse sentido, ratificando o quanto esposado, vejamos as premissas tecidas por Alexandre de Moraes acerca da matéria que explanam a lógica em voga:

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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

¹⁷ Cunha Júnior, Dirley. **Curso de Direito Constitucional**. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 *et seq.*

¹⁸ Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica tributária e financeira. Propostas. **Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional**, v. 11, n. 20, p. 119, 3 nov. 2020.

¹⁹ Brasill. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

²⁰ Paulsen, Leandro. **Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006, p. 496.

²¹ Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). **Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo**. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

²² Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. Op.cit., 2020, p. 121.

²³ Cunha Júnior, Dirley. Op.cit., 2012, p.767 *et seq.*

(CF, art. 196), sendo 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 por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).²⁴

Note-se que o art. 196 da CF, além de estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, destaca a finalidade de sua atuação neste campo, atrelando-a à redução do risco de doenças e de outros agravos²⁵. Compreensão esta ratificada no tema de Repercussão Geral de n. 793, em que o Supremo Tribunal Federal (STF) inseriu o tratamento médico adequado dentre o rol de deveres estatais, assim como fixou a responsabilidade solidária dos entes federados. O que corrobora com a premissa de atuação regionalizada e hierarquizada dos entes políticos a nível federal, estadual, distrital e municipal quanto à garantia de acesso universal e igualitário à saúde e seus desdobramentos.²⁶

Tal feito, pois, encontra-se pautado na descentralização da atuação das esferas de governo no âmbito do direito à saúde, atinente às áreas de operação dos entes políticos no atendimento integral da população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.²⁷ Isto porque, a efetivação deste direito compreende não apenas a disponibilização de hospitais ou postos públicos de saúde devidamente equipados para atendimento, mas também o fornecimento de medicamentos e profissionais qualificados para a prestação de serviços públicos desta estirpe.²⁸

À vista disso, visando conferir maior efetividade à política de saúde do país foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no art. 198 da CF e regulamentado de modo mais específico nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que fornecem o arcabouço legal e principiológico para a sua operacionalização. Definindo-se tal sistema como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em conformidade com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.²⁹

²⁴ Moraes, Alexandre de. *Direito constitucional*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 537.

²⁵ Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

²⁶ Brasil. Supremo Tribunal Federal. **Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde**. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em 10 de maio de 2023.

²⁷ Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. *Op.cit.* Acesso em: 09 mar. 2023.

²⁸ Cunha Júnior, Dirley. **Curso de Direito Constitucional**. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.769 *et seq.*

²⁹ Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

Ratificando o quanto esposado, vejamos as considerações tecidas pelo doutrinador Dirley da Cunha Júnior acerca da matéria explanam a lógica em voga:

Visando a execução das políticas públicas de saúde, a Constituição instituiu um sistema único de saúde (SUS), que passou a compreender todas as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (art. 198). (...) Nada obstante ser de atribuição do Poder Público, a Constituição facultou a assistência à saúde à iniciativa privada (art. 199), de modo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.³⁰

As LOS comportam, desta forma, disposições no tocante à participação da comunidade na sua gestão e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados a sua manutenção (Lei nº 8.142/90). Além de esmiuçarem o quanto externado no art. 198, indicando as condições para a atuação do SUS, especialmente ao estabelecerem o modo de organização e funcionamento dos serviços prestados e instituírem os objetivos, competências e atribuições do mesmo (Lei nº 8.142/90).³¹ Reforçando, assim, a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³²

Seguindo este enquadro lógico, destacam-se dois importantes princípios delineados nos incisos I e II, do art. 7º, da referida lei 8.080/1990. São eles, respectivamente: o da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e o da integralidade desta, compreendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema. Destacando-se a sua importância por reforçarem a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³³

³⁰ Cunha Júnior, Dirley. **Curso de Direito Constitucional**. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 *et seq.*

³¹ Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

³² Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 10.

³³ *Ibidem, loc.cit.*

Sob esta ótica, confere-se destaque ao objetivo disposto no art. 5º, III, da Lei n. 8.080/1990, que estabelece a prestação de assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como atribuições do SUS³⁴. O qual, para desempenhar de modo satisfatório tal encargo, abarca uma série de serviços, a citar: rede hospitalar de média e de alta complexidade, serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, serviços ambulatoriais especializados e serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, incluindo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Portando-se, hegemonicamente, como responsável pela maioria dos cidadãos brasileiros no âmbito da garantia ao direito à saúde³⁵.

Entretanto, a despeito do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem se demonstrado insuficiente e insatisfatória. De modo que, tal patologia tem se estabelecido como um problema de saúde pública, ante as suas proporções epidêmicas e a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, sendo tal questão matéria de discussão dos tópicos adiante delineados.³⁶

2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

Atendo-se a base principiológica concernente a institucionalização do SUS, principalmente no que tange a integralidade na prestação dos serviços de saúde, nota-se a instituição de três segmentos relativos à atenção à saúde, a citar: (a) atenção primária, (b) de média e (c) de alta complexidade, cujo estas duas últimas integram a rede de atenção especializada.³⁷ A aludida organização presta-se a melhor estruturação dos serviços

³⁴ Brasil. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

³⁵ Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_soci_e_polit_public_saud_2016.pdf. Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 *et seq.*

³⁶ Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

³⁷ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 11.

disponibilizados, atentando-se a diferenciação de densidade tecnológica e custos envolvidos com os agravos médicos que cada campo visa atender.³⁸

A atenção primária à saúde (APS) se consubstancia como o eixo orientador do SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde e abarcando um conjunto de ações que incluem prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, mediante o emprego de tecnologia de baixa densidade.³⁹ Dispondo, em virtude disto, de insumos e equipamentos necessários à resolução dos problemas e agravos de maior frequência e baixa complexidade, assim como dos meios para o encaminhamento a serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.⁴⁰

Ratificando as informações elencadas, vejamos as asseverações elaboradas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde acerca da infraestrutura de atendimento desta:

[...] na mesma portaria, quando é descrita a infraestrutura necessária para a atenção primária, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a “garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar”.⁴¹

Tal conjuntura evidencia, portanto, que a rede de atenção primária não esgota as necessidades manifestadas pelos usuários do SUS, necessitando-se da institucionalização dos demais segmentos de atenção à saúde que, como mencionado, compõem a rede de atenção especializada. A reiterar: a rede de atenção de média e de alta complexidade, que, como o próprio nome já sugere, englobam atendimentos que exijam a realização de procedimentos mais complexos, recursos tecnológicos mais específicos e profissionais especializados.

³⁸ Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo.** Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas>. Acesso em: 03 set. 2023.

³⁹ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

⁴⁰ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 12.

⁴¹ *Ibidem, loc.cit.*

À luz desta premissa, no que tange ao segmento de atenção à saúde de média complexidade, este abarca ações e serviços prestados em hospitais e ambulatórios envolvendo atendimento em distintas especialidades médicas. Objeto este decorrente de problemas e agravos de saúde que demandam a utilização de recursos tecnológicos mais específicos, ante a necessidade de realização de procedimentos complexos destinados ao diagnóstico e tratamento dos usuários.⁴²

Dessa forma, tal nível encontra-se integrado com o retro citado, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, compreendida nesta fase por policlínicas, hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e centros dotados de equipamentos para exames e procedimentos mais avançados. Sendo efetuado nesta o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, a estabilização dos pacientes e a investigação diagnóstica inicial, oportunidade em que se irá aferir a necessidade de atendimento mais complexo.⁴³

Cenário em que se menciona o segmento de atenção à saúde de alta complexidade, que, integrado aos demais níveis, abrange um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e custo, por envolver a disponibilização de serviços qualificados de alta complexidade. Sendo estes normalmente prestados em hospitais gerais de grande porte, cujo os procedimentos realizados encontram-se relacionados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.⁴⁴ As diversas áreas médicas e procedimentos atendidos encontram-se relacionadas em obra do Ministério da Saúde acerca da matéria, senão vejamos:

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica;

⁴² Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo.** Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas>. Acesso em: 03 set. 2023.

⁴³ *Ibidem, loc.cit.*

⁴⁴ Brasil, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.32. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.⁴⁵

A definição das áreas de assistência especializada de média e alta complexidade e a instituição destas por meio da publicação de instrumentos normativos é efetuada mediante o levantamento de informações no tocante à situação da saúde na respectiva área de interesse. Isto sobretudo mediante a análise dos problemas e agravos existentes, serviços ofertados e necessidades da população, com o consequente enquadramento das prioridades para atuação, regulamentação da área específica e organização dos serviços e procedimentos ofertados em relação a esta.⁴⁶

Sob este tom, atentando-se a elevação nos índices de pessoas que apresentam quadro clínico compatível com excesso de peso (34.51%) ou obesidade (33.25%), bem como o fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, instituiu-se a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave. Política com a qual, logo no início de sua institucionalização, se incluiu na tabela de procedimentos do SUS a gastroplastia, atualmente regulamentada pelas Portarias n. 628/2001 e 545/2002.⁴⁷

Contudo, considerando que a esfera de cuidado direcionada a esta patologia não pode se restringir apenas a atuação de forma reparativa e atentando-se a necessidade da atuação preventiva, foi instituída a Portaria GM/MS n. 1.569/2007.⁴⁸ Nesta, identifica-se uma maior preocupação com a integralidade na prestação dos serviços de saúde entre os diferentes segmentos de assistência, tendo se organizado a linha de cuidados ao portador de obesidade grave em diferentes níveis. Buscando, com a referida realização, se identificar os principais determinantes e condicionantes da obesidade, de modo a se desenvolver ações transeitoriais de atenção à saúde amplas e qualificadas.⁴⁹

⁴⁵ Brasil, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.32. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

⁴⁶ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 14 *et seq.* Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2023.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 166 *et seq.*

⁴⁸ *Ibidem*, p. 168.

⁴⁹ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.569**, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

Com este intuito a citada Portaria estabelece o modo como deve ser operacionalizada a atenção à saúde em seus diferentes níveis, indicando em seu art. 3º as atribuições de cada segmento para o controle da obesidade e suas comorbidades. Sendo estas: na atenção primária à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde; na de média complexidade ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, atreladas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade; e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas, impactando positivamente na sobrevivência, morbidade e qualidade de vida destes protagonistas.⁵⁰

Cenário diante do qual também se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, redefinindo suas diretrizes e esmiuçando a organização de atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde. Devendo-se destacar a importância creditada à promoção do diagnóstico apropriado, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades, em consonância com a classificação do estado nutricional e a estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades, além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento.⁵¹

No entanto, a despeito do amplo desenvolvimento do sistema de saúde neste tópico, a disponibilização de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda é diminuta, precipuamente no setor de diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado. Isto porque somente 2,5% do total de atendimentos individuais realizados no âmbito da APS são voltados à condição avaliada como obesidade.⁵² Conjuntura incongruente com os índices exibidos em 2019 pelo SISVAN, os quais indicavam, à época, que aproximadamente 34.55% dos indivíduos adultos já possuíam diagnóstico de excesso de peso e que cerca de 28,54% da população do país já se encontrava obesa.⁵³

⁵⁰ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.569**, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

⁵¹ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424**, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

⁵² Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

⁵³ Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. **Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice**. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, definida, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, caracterizado por um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m².⁵⁴ Divergindo, assim, do sobrepeso, que é compreendido como um aumento exclusivo de peso não atrelado ao comprometimento da saúde do paciente, tal qual a obesidade o é.⁵⁵ Corroborando com o quanto externado, vejamos a classificação da OMS do estado nutricional dos adultos a depender do IMC:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos com base no IMC - OMS⁵⁶

Classificação	IMC	Risco de comorbidades
Abaixo do peso	< 18,5	Baixo (Risco de outras complicações clínicas)
Eutrofia/ Intervalo normal	18,5 – 24,9	Média
Sobrepeso	≥ 25,0	-
Pré Obeso	25,0 – 29,9	Aumentou
Obesidade Classe 1	30,0 – 34,9	Moderado
Obesidade Classe 2	35,0 – 39,9	Severo
Obesidade Classe 3	≥ 40,0	Muito severo
Cálculo do IMC: Divide-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros).		

Elaboração própria. Fonte: World Health Organization (1998).

⁵⁴ WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.** Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.

⁵⁵ Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev bras nutr clín**, v. 21, n. 2, p. 3, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

⁵⁶ WHO. Op.cit., 1998, p. 21.

Neste tom, tem-se a obesidade como uma doença ocasionada por um prolongado cenário de ingestão energética maior do que o gasto perpetrado pelo corpo,⁵⁷ compreensão que, em razão da visão estigmatizada da sociedade, normalmente é atrelada apenas a dieta alimentar inadequada e a inatividade física.⁵⁸ Todavia, esta trata-se de uma doença multifatorial, albergando dentre as suas causas não apenas inatividade física, redução do consumo de alimentos básicos e maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar, mas também fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos que contribuem para tal.⁵⁹

No que tange aos aspectos históricos e sociais que influenciaram os hábitos de vida da sociedade e levaram ao aumento de incidência dos casos de obesidade, nota-se que desde o período da Revolução Industrial houveram mudanças que ocasionaram notórias transformações nos hábitos de vida e padrões alimentares. Isto ante o êxodo rural, em virtude da urbanização e da contínua substituição da mão de obra humana pelo uso de máquinas, massificando as atividades laborais e reduzindo-as a atos simples e repetitivos distantes das ocupações nos setores extrativos.⁶⁰

Tal contexto favoreceu ainda o desenvolvimento de uma rotina sedentária, haja vista a diminuição da prática de atividades físicas em decorrência, por exemplo, das jornadas de trabalho exaustivas. Padrão que se reproduz no contexto atual, devido a ausência de tempo e energia da população para tais práticas, aliada às formas de lazer sedentárias desenvolvidas, tais quais televisão e computadores, e a insegurança quanto ao deslocamento para os locais apropriados para tal, como academias e praças.⁶¹

Conjuntura atrelada a progressiva alteração da dieta para produtos que paulatinamente tiveram reduzidos seu valor nutricional, ante o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados de baixo valor nutricional, que propiciam uma maior ingestão calórica e menor gasto energético, ocasionando o acúmulo de gordura. Destacando-se como fatores de influência para o consumo destes o aumento do processo de industrialização dos

⁵⁷ Anjos, Luiz Antonio dos. **Obesidade e Saúde Pública**. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 12.

⁵⁸ Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). **Obesidade: uma epidemia mundial**. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021, p. 6. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

⁵⁹ Souza, Saul de Azevêdo *et al.* Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

⁶⁰ Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev bras nutr clín**, v. 21, n. 2, p. 4, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

⁶¹ Anjos, Luiz Antonio dos. *Op.cit.*, 2006, p. 30.

alimentos e oferta destes em supermercados, a maior facilidade e comodidade na aquisição e/ou preparo, bem como os preços mais baixos e atrativos, sopesado diante das possibilidades financeiras das famílias para despesas alimentares.⁶²

Sob este prisma, ratificando as asseverações acima delineadas, vejamos as premissas tecidas pelo professor da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pós-doutor em Fisiologia, Dr. Luiz Antonio dos Anjos, acerca da matéria:

Existe uma preocupação grande sobre os efeitos que a sociedade urbana (dita moderna) trazem ao ambiente que circundam esses grandes aglomerados urbanos. De fato, tais ambientes são, sob aspectos alimentares e de prática da atividade física, ‘obesigênicos’, ou seja, facilitadores para a ocorrência de obesidade. Essas características incluem a grande disponibilidade de alimentos com alta densidade energética (além de disponíveis em todos os lugares são também baratos); redução do gasto energético nas atividades cotidianas (automóvel, escada rolante, elevadores, mudanças nos processos de trabalho); aumento das atividades de lazer de menor gasto energético (televisão, computador, jogos de vídeo); e redução das oportunidades para a prática da atividade física regular (lugares públicos seguros, aumento no tempo de trabalho, aumento do tempo nos deslocamentos de e para o trabalho/escola).

Diante deste prisma, observa-se que com as alterações históricas dos aspectos de vida da sociedade, como o processo de urbanização, as mudanças nas relações de consumo e o acesso a tecnologia, houve uma mudança gradativa na dieta e na frequência de atividades físicas. Aspectos perante os quais, embora se note uma redução do número de casos de doenças infecciosas e parasitárias, proporcionada pela melhoria nas condições sanitárias, aprimoramento do diagnóstico e tratamento e acesso a atendimento médico de qualidade, têm-se uma transição epidemiológica para as DCNTs, tal qual a obesidade.⁶³

Patologia esta que, em razão das suas complicações metabólicas, como a dislipidemia, hipertensão arterial, resistência à insulina, intolerância à glicose e alterações no sistema de coagulação, é compreendida ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs. A citar: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, osteoartrite e determinadas espécies de câncer (endométrio, mama, próstata e cólon), que, via de regra, não são correlacionadas a mesma pela ausência de diagnóstico adequado.⁶⁴ Doenças estas que são responsáveis por aproximadamente 70% da mortalidade mundial, conforme dados da OMS.⁶⁵

⁶² Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. Op.cit., 2006, p. 4 *et seq.*

⁶³ Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: SCOMPARIN, Dionizia Xavier (org.). **Obesidade: uma epidemia mundial**. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021, p. 8 *et seq.* Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

⁶⁴ Anjos, Luiz Antonio dos. **Obesidade e Saúde Pública**. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

⁶⁵ WHO. **Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012**. Geneva: WHO; s.d. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

Isto posto, faz-se perceptível o quanto a obesidade influencia nos índices de morbimortalidade, contexto diante do qual se exige um maior despendimento econômico do governo, que inclusive já alcança o importe de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo consideravelmente o orçamento estatal para gastos com doenças.⁶⁶ Cenário diante do qual esta figura como problema de saúde pública, mormente se observadas as proporções epidêmicas alcançadas em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.⁶⁷

Somando-se a estes desafios, menciona-se também a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta patologia e a baixa resolutividade dos mesmos, fomentada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, ante as associações equivocadas da obesidade à preguiça, desleixo e ausência de comprometimento com o cuidado da saúde.⁶⁸ Observando-se a recorrente responsabilização destes pacientes pelo quadro clínico apresentado, não obstante esta presente como causas fatores multifatoriais, condicionadas, por exemplo, a questões metabólicas, que são desmerecidas ante ao estigma atrelado à patologia.⁶⁹

Condições críticas inflamadas pela parca estrutura física e pelos materiais e equipamentos médicos disponibilizados nas instituições de saúde, que em muitas das ocasiões não se configuram adequados para o atendimento deste público, o que ocasiona um nítido constrangimento e dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte destes. Enquadro fático diante do qual observa-se que tais barreiras e desafios ensejam em um diagnóstico deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado.⁷⁰

Dificultando-se, desta forma, o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado, reverberando em efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos, que comprometem a duração e qualidade de vida destes. Circunstância que reforça o diagnóstico

⁶⁶ Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). **A Epidemia de Obesidade e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS.** In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

⁶⁷ Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde.** 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

⁶⁸ *Ibidem*, p.06.

⁶⁹ CFN – CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Nota Live: “Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento”: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade.** Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI A.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2023.

⁷⁰ *Ibidem*, *loc.cit.*

apropriado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa, com adoção de modelo de cuidado à saúde contínuo, integral e humanizado, como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade.⁷¹

3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL

Os índices de pessoas com obesidade no Município de Salvador têm apresentado um crescimento gradual no decurso dos anos, sobretudo se observada a elevação deste percentual em cerca de 68,4%. Isto considerando que passou de 11,1% em 2010 para 20,5% em 2021, conforme dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).⁷² Ratificando o quanto exposto, vejamos a evolução nos percentuais apresentados a nível municipal, consoante dados indicados nos relatórios públicos emitidos pelo referido sistema entre os anos de 2011 e 2022:

Tabela 2: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel

Percentual de Adultos com obesidade em Salvador	
Ano Referência	Porcentagem de pessoas com obesidade
2010	11,1%
2011	14,9%
2012	14,1%
2013	14,9%
2014	17,8%
2015	16,3%
2016	19,9%
2017	19,5%
2018	18,6%

⁷¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. **Cadernos de Atenção Básica n. 38**. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

⁷² Brasil. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

2019	18,1%
2020	19,1%
2021	20,5%
Porcentagem de aumento de 2010 para 2021	68,4% ⁷³

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico | Vigitel (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022).

Da análise dos dados acima veiculados observa-se que o panorama esboçado pelos índices de obesidade no município é preocupante, especialmente por esta patologia se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tais quais diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.⁷⁴ Compreensão corroborada pelo fato de que a incidência destas, particularmente das cardiopatias e diabetes, encontram-se atreladas a apresentação de um IMC superior a 25 kg/m², atinente às classificações de pré obesidade, obesidade grau 1, grau 2 e grau 3.⁷⁵

Ademais, note-se que tais enfermidades configuram-se como as principais causas de morte prematura (entre trinta e sessenta e nove anos) do Município, em especial as cardiopatias que apresentam as maiores taxas de mortalidade desta capital, consoante dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM).⁷⁶ Contexto o qual reforça a premissa tecida acerca dos impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, máxime diante da ausência de correlacionamento entre estas patologias por meio de um diagnóstico apropriado.⁷⁷

Neste liame, a prevenção e o diagnóstico adequado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa,

⁷³ Brasil. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

⁷⁴ Anjos, Luiz Antonio dos. **Obesidade e Saúde Pública**. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

⁷⁵ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). **Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 42. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

⁷⁶ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 59 *et seq.* Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 24 set. 2023.

⁷⁷ Souza, Saul de Azevêdo *et al.* Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. **Cadernos de Saúde Pública**. João Pessoa: V. 34, 2018, p.02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

com adoção de modelo de cuidado apropriado, se constituem como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade. Isto tendo em vista que a precariedade em quaisquer destes elementos, particularmente no que tange a ausência de diagnóstico adequado e correlacionamento entre as patologias anteriormente mencionadas, interferem na duração e qualidade de vida destes protagonistas.⁷⁸

Sob este mesmo enquadro, analisando-se outras bases de dados governamentais, nomeadamente o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), abastecido com dados do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e do e-SUS (SISAB), observa-se que os percentuais tornam-se ainda mais críticos.⁷⁹ Isto dado que os índices deste indicador consubstanciam-se mais expressivos, como no ano de 2021, em que a percentagem de adultos acometida com obesidade era de 37,5%. Percentual este superior até mesmo a prevalência desta patologia na região nordeste (25,0%) e a nível nacional (28,5%).⁸⁰

A título de contextualização e comparação com os dados fornecidos pelo sistema Vigitel, bem como com os percentuais indicados a nível regional (nordeste) e nacional, vejamos os índices de obesidade (graus I, II e III) da população adulta acompanhada na rede de atenção primária à saúde do município de Salvador constantes nos relatórios públicos emitidos pelo SISVAN, mormente os relativos aos exercícios de 2010 a 2023:

Tabela 3: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel

Percentual de Adultos com obesidade - Nível Municipal, Regional e Nacional⁸¹			
Ano Referência	Percentual Municipal	Percentual Regional (Nordeste)	Percentual Nacional
2010	28,18%	13,27%	16,48%
2011	30,66%	14,64%	17,98%
2012	30,52%	16,73%	19,93%
2013	30,8%	17,86%	21%
2014	31,1%	19,7%	22,39%

⁷⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. **Cadernos de Atenção Básica n. 38**. Brasília: Editora MS, 2014b. p. 214. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

⁷⁹ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Op.cit., 2022, p. 41.

⁸⁰ Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. **Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice**. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

⁸¹ *Ibidem*.

2015	31,88%	21,23%	24,57%
2016	33,49%	21,57%	25,1%
2017	32,7%	22,51%	25,98%
2018	34,5%	24%	27,29%
2019	35,17%	25,03%	28,54%
2020	36,6%	27,66%	31,6%
2021	37,5%	29,06%	32,92%
2022	35,26%	28,35%	31,88%
2023	36,14%	30,12%	33,38%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Afunilando-se a análise ora realizada, essencialmente no que diz respeito à organização político-administrativa sanitária, têm-se que o Município de Salvador se encontra dividido em 12 (doze) Distritos Sanitários, a citar: Centro Histórico, Barra, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano e Subúrbio Ferroviário. Tal categorização está voltada à divisão territorial das competências e atribuições relativas à assistência à saúde, de modo a facilitar a articulação das entidades atreladas à administração, fiscalização, atendimento e prestação de serviços públicos.⁸²

Note-se que esta organização compreende a disponibilização de serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde no território, englobando: unidades básicas de saúde, centros de apoio psicossocial, unidades ambulatoriais especializadas e de pronto atendimento, hospitais, dentre outros. Sendo estabelecida uma comunicação entre estes segmentos, de modo a mantê-los integrados e articulados, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, nos âmbitos público, privado (vinculados ou não ao SUS) e filantrópico, que contabilizam cerca de 3.599 estabelecimentos assistenciais de saúde.⁸³

Todavia, não se observa no âmbito de assistência à saúde às pessoas portadoras de obesidade tal dinamismo, especialmente se observados os altos índices de pessoas acometidas pela obesidade no município e a precariedade no setor de diagnóstico e prevenção. Neste ensejo, vejamos o número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade

⁸² Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 215. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 15 out. 2023.

⁸³ *Ibidem*.

em cada um dos referidos distritos e a representação percentual destes a nível municipal no ano de 2022, com base em análise restrita ao estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidade de saúde destes, conforme dados do SISVAN:

Tabela 4: Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador.

Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador ⁸⁴				
Distrito Sanitário	Nº de Unidades de Saúde	Nº de casos/ sobrepeso	Nº de casos/ obesidade	Percentual de casos de obesidade por distrito
Centro Histórico	08	2.806	2.651	3,61%
Barra/ Rio Vermelho	12	4.327	4.595	6,26%
Boca do Rio	08	2.816	2.815	3,83%
Brotas	06	3.615	3.810	5,19%
Cabula/Beiru	24	8.601	9.004	12,27%
Cajazeiras	10	5.144	5.470	7,45%
Itapagipe	02	2.364	3.271	4,45%
Itapuã	19	8.966	8.790	11,98%
Liberdade	06	3.102	3.346	4,56%
Pau da Lima	16	6.586	6.687	9,11%
São Caetano/ Valéria	16	7.169	7.830	10,67%
Subúrbio Ferroviário	36	13.493	15.102	20,58%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Quanto às mencionadas bases de dados, têm-se estas como importantes ferramentas para viabilização da identificação parcial do estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidades de saúde municipais, que devem ser correlacionados com um procedimento de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado. Potencializando-se com tais realizações a elaboração de estratégias de atuação próprias para o

⁸⁴ Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. **Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice.** Disponível em: <https://sisvan.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 15 out. 2023.

enfrentamento desta patologia e de suas comorbidades, atribuindo, assim, maiores coeficientes de efetividade às ações de assistência à saúde ofertadas no município.⁸⁵

4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1.1. PORTARIAS INSTITUÍDAS ANTERIORMENTE PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

O aumento gradual dos índices de obesidade no cenário nacional e municipal, evidenciado pelos dados apresentados em tópicos anteriores, atrelado ao fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, têm indicado a necessidade de desenvolvimento de estratégias e atuações estatais para se enfrentar tal patologia e suas comorbidades. Isto de modo a promover a saúde, reduzindo a morbimortalidade entre os seus portadores e proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida, por meio do pleno acesso aos serviços de saúde, com infraestrutura de atendimento adequada e acompanhamento médico integral.⁸⁶

Contexto a partir do qual se instituiu a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave, regulamentada a princípio pelas Portarias n. 252/1999, 45/1999 e 196/2000. Estas voltavam-se à inclusão da cirurgia bariátrica no rol de procedimentos disponibilizados pelo SUS, designação dos hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde para esse fim, oferta dos equipamentos adequados e estabelecimento dos

⁸⁵ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). **Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

⁸⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. **Cadernos de Atenção Básica n. 38**. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

critérios clínicos de seleção de pacientes.⁸⁷ Definindo-se, assim, a gestão organizacional desta e as indicações e contraindicações para a sua realização, senão vejamos:

Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias do Ministério da Saúde: a. Indicações a.1 Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo menos 2 anos. a.2 Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada, como: diabetes, hipertensão, apneia do sono, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade. b. Contraindicações b.1 Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcoolismo, dependências químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contra indiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras.⁸⁸

Ainda sob este prisma, atendo-se à necessidade de ampliação da prestação deste serviço, especialmente em virtude do elevado percentual de pessoas acometidas por obesidade mórbida à época, elaborou-se a Portaria n. 1.157/2000, a qual revogou a definição do número de centros de referência credenciados para a realização da cirurgia bariátrica no país, constante na Portaria n. 196/2000. Isto de modo a ampliar o número de unidades credenciadas para a realização do procedimento, estendendo as possibilidades de execução deste, não obstante tenha se mantido as exigências necessárias e próprias para tal.⁸⁹

Neste ensejo de promoção de revogações elaborou-se também a Portaria de n. 628/2001, que além de revogar as aludidas Portarias aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. Sendo válido ressaltar que a regulamentação e gestão técnica atinente a este protocolo encontra-se esmiuçada em seus anexos (I, II e III), que instituíram diferentes disposições para a sua operacionalização, além de discriminar o soldo a ser utilizado para o custeio das despesas relativas ao mencionado tratamento cirúrgico, a citar: os recursos provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (art. 4º).⁹⁰

Quanto a predita operacionalização do protocolo, no Anexo I encontra-se assentada a obrigatoriedade do seu preenchimento, mormente nas etapas de avaliação inicial, indicação do procedimento cirúrgico e acompanhamento médico dos pacientes submetidos à gastroplastia, sob pena de descadastramento do Centro de Referência (art. 1º, §§ 1º, 2º e 4º). No que tange ao Anexo II, este dispõe sobre as normas a serem observadas para o cadastramento

⁸⁷ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 *et seq.* Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf>. Acesso em: 22 out. 2023.

⁸⁸ *Ibidem*, p. 167.

⁸⁹ *Ibidem*, *loc.cit.*

⁹⁰ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM-MS nº 628**, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida – gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

do centro de referência em cirurgia bariátrica (art. 2º), conferindo ênfase a imprescindibilidade da equipe multiprofissional para a assistência médica às pessoas com obesidade, como garantia da integralidade (alínea c), do subtópico 2.1, do tópico 2).⁹¹

Por fim, menciona-se o Anexo III, em que se desdobra a relação de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica cadastrados no SUS (art. 3º). Dos quais, dos dezoito existentes naquele período, um se localizava no estado do Ceará (Fortaleza), dois em Minas Gerais (ambos em Belo Horizonte), um no Pará (Belém), três no Paraná (Curitiba, Maringá e Londrina), um em Pernambuco (Recife), um no Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), um no Rio de Grande do Sul (Porto Alegre), um em Santa Catarina (Florianópolis) e sete em São Paulo (São Paulo [3], Campinas [1], Marília [1], Ribeirão Preto [1] e Piracicaba [1]).⁹²

Neste diapasão, diante das alterações e deformidades corporais decorrentes da intensa perda de massa corporal acarretada pela realização da cirurgia bariátrica, que dentre os seus resultados ocasiona o excesso de pele e flacidez no abdômen, seios e braços, atada a consequente necessidade da promoção de cirurgias plásticas reparadoras, se instituiu a Portaria GM/MS n. 545/2002. Que, visando propiciar o acesso dos pacientes submetidos ao procedimento de gastroplastia as cirurgias plásticas corretivas, incluiu tais procedimentos cirúrgicos na supramencionada tabela do SIH-SUS, são eles:⁹³

Tabela 5: Procedimentos cirúrgicos corretivos pós-gastroplastia incluídos na tabela de procedimentos do SIH-SUS pela Portaria GM/MS n. 545/2002.

Procedimento	Código na tabela	CID's indicados	Faixa etária
Dermolipectomia Abdominal pós Gastroplastia	38.058.13.8	E66.8, L08.8, L30.0, L30.3, L91.0, L91.9, L90.6, L90.7	18 a 60 anos
Mamoplastia pós Gastroplastia	38.059.06.1	E66.8, L08.8, L30.0, L30.3, L91.0, L91.9, L90.6, L90.7	18 a 60 anos
Dermolipectomia Crural pós Gastroplastia	38.060.06.0	E66.8, L08.8, L30.0, L30.3, L91.0, L91.9, L90.6, L90.7	18 a 60 anos
Dermolipectomia	38.061.13.9	E66.8, L08.8, L30.0,	18 a 60 anos

⁹¹ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM-MS n° 628**, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida – gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

⁹² *Ibidem*.

⁹³ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 545**, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

Braquial pós Gastroplastia		L30.3, L91.0, L91.9, L90.6, L90.7	
-------------------------------	--	--------------------------------------	--

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 545/2002.

Todavia, a assistência médica direcionada às pessoas com obesidade não pode se restringir à atuação de forma reparativa, tendo em vista tal realização configurar-se incompatível com as diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) para a prestação do serviço à saúde por parte do Estado. Isto considerando a necessidade desta de englobar a atuação preventiva e reparativa, por meio da prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo a se observar a necessária integralidade nesta prestação entre os diferentes segmentos de assistência da mesma.⁹⁴

Cenário em que se instituiu a Portaria GM/MS n. 1.569/2007, que se debruçou sobre tais necessidades, mormente com a institucionalização da linha de cuidados ao portador de obesidade grave em todos os níveis de assistência à saúde, com a identificação dos principais determinantes e condicionantes desta patologia. Objetivando-se promover com tal feito a ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no âmbito da assistência às pessoas com obesidade, mediante a promoção de diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico especializado, em observância aos princípios que norteiam as ações e serviços públicos de saúde, em especial a universalidade, equidade e integralidade (art. 2º).⁹⁵

Para tanto, a citada Portaria estabeleceu em seu art. 3º as diretrizes para a operacionalização da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção da obesidade, especificando as ações e serviços a serem desempenhados em cada segmento para controle desta e de suas comorbidades. Englobando, na atenção primária, à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde para promoção desta, na de média complexidade, ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, arraigadas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas de qualidade.⁹⁶

A logística de atenção ao portador de obesidade, consoante previsão do referido diploma, deve ainda ser regulada de forma complementar e suplementar, pelos estados,

⁹⁴ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 *et seq.* Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

⁹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007**. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁶ *Ibidem*.

Distrito Federal e municípios, haja vista a competência das três esferas de governo para o controle e avaliação das ações desempenhadas com este fim. De forma a planejarem a atuação de cada unidade federada, atendendo aos já mencionados princípios e diretrizes do SUS, discriminados no art. 7º da Lei n. nº 8.080/1990, qual seja: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização e igualdade da assistência à saúde.⁹⁷

4.1.2. PORTARIAS VIGENTES NA ATUALIDADE

Com a crescente prevalência da obesidade no decurso dos anos, haja vista o aumento gradual dos índices desta no cenário nacional, coadunada ao fato de as comorbidades a esta atreladas consubstanciarem-se como a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil, delineou-se a necessidade de se redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento desta. Panorama diante do qual se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu tal realização como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, esmiuçando a organização e as atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde e revogando as portarias GM/MS 1.569 e 1.570/2007.⁹⁸

Neste ensejo, no que concerne às diretrizes estabelecidas para a operacionalização da rede de atenção à saúde no âmbito da prevenção e tratamento da obesidade, destaca-se a importância conferida ao diagnóstico apropriado da população assistida, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades (art. 2º, IX). Isto a partir da identificação destes indivíduos com base em seu estado nutricional e estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades (art. 2º, I e II), além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento (art. 2º, VIII).⁹⁹

Feito que norteia, inclusive, outras de suas diretrizes, a citar: a utilização de sistemas de informação para a gestão dos casos existentes, regulação do acesso aos serviços de atenção especializada e monitoramento das ações e serviços desempenhados, bem como investigação e acompanhamento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade (art.

⁹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007**. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁸ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 1ª. ed., att. 2015, Brasília: CONASS, 2011, v. 04, p. 45 *et seq.* Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424**, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

2º, IV e V). Realizações que se alinham a articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde e organização da oferta de serviços, por meio da instituição de mecanismos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção e segmentos desta (art. 2º, III e VI).¹⁰⁰

Já no que diz respeito às atribuições, estas encontram-se sequencialmente dispostas no art. 4º da citada portaria, sendo discriminadas para cada segmento da rede de atenção à saúde. Isto de modo a englobar as especificações pertinentes à atenção básica (art. 4º, I), especializada e aos sistemas logísticos e de apoio (art. 4º, III), pormenorizando inclusive os subcomponentes da atenção especializada, a citar: o ambulatorial especializado (art. 4º, II, a), o hospitalar (art. 4º, II, b) e a urgência e emergência (art. 4º, II, c), de modo a promover a intersetorização da atuação, mantendo-se a colaboração e assistência entre estes.

A título de ilustração acerca destas atribuições, com relação ao componente de atenção básica (atenção primária) ressalta-se o encargo de efetuar a vigilância alimentar e nutricional da população, aliada ao desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial. Isto precipuamente através da fomentação do autocuidado dos usuários, com fins de manutenção e recuperação do peso saudável, imprimindo destaque as ações voltadas ao incentivo da alimentação saudável e prática de atividades físicas (art. 4º, I, a, b e c); e da prestação de assistência terapêutica multiprofissional, garantindo o acolhimento adequado destas pessoas (art. 4º, I, d, f e g).

Por seu turno, tendo em consideração a atenção especializada, sobretudo o subcomponente ambulatorial, observa-se a ratificação da colaboração entre os segmentos da rede de atenção à saúde, por constar dentre as suas atribuições a prestação de apoio matricial à atenção primária e gestão de pacientes dentre os demais componentes. Conjuntura observada ante a incumbência deste de identificar os usuários para a realização da cirurgia bariátrica, enquanto tratamento para a obesidade, com o conseqüente encaminhamento destes para o subcomponente hospitalar e posterior retorno para a atenção básica, prestando assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória (art. 4º, II, a, 1 ao 7).¹⁰¹

No que diz respeito ao subcomponente hospitalar, cabe a este avaliar os casos indicados pelos setores anteriores para a realização do procedimento cirúrgico, priorizando os que possuam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde (art. 4º, II, b, 1, 2 e 3). De modo a organizar o acesso à cirurgia bariátrica, bem como às cirurgias plásticas

¹⁰⁰ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424**, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

¹⁰¹ *Ibidem*.

reparadoras que se façam necessárias e ao acompanhamento terapêutico multiprofissional pós-operatório, auxiliado pelos demais segmentos consoante as diretrizes e protocolos de encaminhamento fixados pela presente portaria (art. 4º, II, b, 3 ao 7, e art. 6º).¹⁰²

Quanto ao subcomponente da urgência e emergência, a este compete não apenas a prestação de assistência de âmbito geral, mas também às possíveis complicações atreladas ao sobrepeso e a obesidade e o acompanhamento do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos pacientes (art. 4º, II, c). Sendo o funcionamento, comunicação e colaboração entre estes componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde fomentado pelos sistemas de apoio e logística, que se comprometem com a realização de exames complementares, prestação de assistência farmacêutica e realização de transporte sanitário para o diagnóstico e tratamento da obesidade (art. 4º, III).¹⁰³

Acerca disto, no que compete à assistência farmacêutica, cumpre destacar que esta se refere aos medicamentos disponibilizados para as comorbidades e complicações associadas à obesidade, vez que o SUS, como observado na portaria ora analisada, estabelece a realização de tratamento não medicamentoso. Ao que, não fornece medicamentos que se destinam especificamente ao tratamento da obesidade pelo gerenciamento de peso, recomendados para pacientes com um IMC maior ou igual a 30 kg/m², haja vista estes não serem aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tal feito, sob a justificativa do alto custo e baixa eficácia destes medicamentos.¹⁰⁴

Superadas tais especificações, evoca-se que a referida portaria redefiniu as diretrizes das ações de prevenção e tratamento da obesidade e do sobrepeso e as atribuições dos componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde com fins de instituí-las como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Realização diante da qual não apenas elaborou um roteiro para a organização destas linhas de cuidado do sobrepeso e da obesidade (Anexo II), como também disponibilizou manuais instrutivos e cadernos temáticos para auxiliar em tal promoção.¹⁰⁵

¹⁰² Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424**, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). **Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS**. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

¹⁰⁵ Brasil. Ministério da Saúde. *Op.cit.*, 2013.

Ademais, impende salientar que esta Portaria, em seu Anexo I, ressaltou o fato de que o tratamento cirúrgico da obesidade, atinente a realização da cirurgia bariátrica, configura-se tão somente como parte do tratamento integral, devendo ser implementada apenas quando esgotadas as ações dos segmentos mais básicos. Isto tendo em vista que prioriza-se a promoção da saúde e o cuidado clínico longitudinal, baseado em ações de promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável, enquanto autocuidado a ser desempenhado pelos pacientes, e a prestação de assistência terapêutica multiprofissional, estabelecendo-se rígidos critérios para a realização de procedimentos cirúrgicos.¹⁰⁶

No tocante a realização da cirurgia bariátrica, destaca-se que esta é indicada, conforme disposições do supracitado anexo, para indivíduos que apresentem: a) IMC de 50 Kg/m²; b) IMC de 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, cujo tratamento clínico longitudinal, efetuado por pelo menos 02 (dois) anos, não tenha surtido efeito; ou c) IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, doenças articulares degenerativas, entre outras, cujo tratamento clínico também não tenha obtido sucesso (item I, alíneas a, b e c, do Anexo I).

Somam-se a estas indicações, elaboradas com fundamento em redefinições das constantes em portarias anteriores (PRTs 252/1999, 45/1999 e 196/2000), os rígidos critérios para a análise de sua pertinência, a citar: não responsividade ao tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, observância aos limites clínicos existentes em virtude da faixa etária do paciente, precipuamente quando se tratarem de jovens entre 16 e 18 anos e adultos com idade acima de 65 anos, bem como compreensão dos aspectos do tratamento e assunção de compromisso com todas as etapas da programação do procedimento (item I, incisos I, II e III, do Anexo I).¹⁰⁷

Neste ensejo, em concomitância à Portaria MS/GM n. 424/2013 instituiu-se a Portaria MS/GM n. 425/2013, voltada ao estabelecimento do regulamento técnico, normas e critérios para a prestação da assistência especializada de alta complexidade ao portador de obesidade, principalmente do tratamento cirúrgico desta. Tendo previsto que configuram-se como unidades de saúde próprias à tal realização os hospitais que disponham de instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos apropriados para a prestação de apoio

¹⁰⁶ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424**, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

¹⁰⁷ *Ibidem*.

diagnóstico e terapêutico especializado, devendo tais estabelecimentos constarem na organização da aludida linha de cuidado (art. 1º e 2º).¹⁰⁸

Tendo, em compatibilidade com o quanto delineado na portaria antecedente, disposto as diretrizes para realização do tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirúrgico (Anexo I), as normas para o credenciamento dos estabelecimentos de saúde para o desempenho destas atividades (Anexo II), além da relação de procedimentos cirúrgicos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais aprovados, no âmbito do SUS, para tanto (Anexo III). Outrossim, alterou as idades mínima e máxima para a realização do tratamento cirúrgico para 16, desde que respeitada a consolidação das epífises de crescimento, a 65 anos, conforme avaliação criteriosa do risco-benefício (art. 8º, §1º e 2º).¹⁰⁹

No que concerne aos procedimentos inclusos pela portaria ora analisada no rol disponibilizado pelo SUS para tratamento da obesidade, menciona-se:

Tabela 6: Procedimentos incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS pela Portaria GM/MS n. 425/2013.

Procedimento	Código na tabela	Faixa etária
Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional (art. 9º)	03.01.12.008-0	16 a 65 anos
Gastrectomia Vertical em Manga Sleeve (art. 11)	04.07.01.036-0	16 a 65 anos
Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)	03.03.07.013-7	16 a 65 anos
Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)	04.07.01.037-8	16 a 65 anos
Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica (art. 13)	04.13.04.025-9	16 a 65 anos
Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica (art. 14)	04.15.02.001-8	16 a 65 anos

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 425/2013.

Observa-se, neste tom, a ratificação pelas portarias n. 424/2013 (art. 6º) e 425/2013 (art. 14) da garantia de realização dos procedimentos de cirurgias plásticas corretivas que se fazem necessários ante as deformidades corporais ocasionadas pela intensa perda de

¹⁰⁸ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 425**, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

¹⁰⁹ *Ibidem*.

massa corporal provocada pela cirurgia bariátrica. Todavia, cumpre destacar que, malgrado não conste limitações na portaria n. 424/2013 acerca da quantidade de procedimentos reparatórios possíveis para cada paciente que tenha sido submetido ao tratamento cirúrgico, a portaria n. 425/2013 permite o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos.¹¹⁰

Por fim, salienta-se que as PRTs de n. 424/2013 e 425/2013 encontram-se contidas na Portaria de Consolidação n. 3, que se trata do instrumento normativo que reúne as normas pertinentes às diferentes redes temáticas de atenção, serviço e pesquisa em saúde que compõem o Sistema Único de Saúde. Dispondo-se nesta as diretrizes, atribuições e disposições gerais para a operacionalização satisfatória da assistência primária e especializada no âmbito do SUS para as diferentes comorbidades que assolam a população brasileira.¹¹¹

4.1.3. PROJETOS DE LEI.

Ainda no âmbito da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade, evidenciou-se ao longo do presente trabalho a configuração desta patologia como problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas alcançadas, consoante se extrai dos índices por esta apresentados a nível nacional e municipal. Precipualemente se considerada a insuficiência de abordagens abrangentes e não reducionistas nas unidades de saúde, acentuada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde e a falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos. Conjectura que explana a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta doença e a baixa resolutividade dos mesmos.¹¹²

Cenário diante do qual foi proposto o Projeto de Lei n. 3.526/2020, pelo senador Romário de Souza Faria, com o intuito de se obrigar que sejam disponibilizados equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa com obesidade pelos estabelecimentos de saúde (art. 1º), como: balanças, esfigmomanômetros, macas, cadeiras ginecológicas e odontológicas, mobiliário, vestimentas e demais materiais adequados. Isto sob o pressuposto de que estes estabelecimentos devem dispor de recursos apropriados para o

¹¹⁰ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 425**, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2023.

¹¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

¹¹² Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p. 06 et seq. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023.

atendimento destes indivíduos, visando a eliminação das possíveis barreiras existentes para estes protagonistas acessarem às ações e serviços públicos e privados de saúde.¹¹³

Ademais, dispõe-se ainda no supracitado projeto de lei que a inobservância a tal determinação configurar-se-á como infração sanitária, sendo sujeita às penalidades previstas no inciso II, do art. 10, da Lei nº 6.437/1977, qual seja: advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa (art. 2º). De modo que, tais estabelecimentos deverão respeitar os parâmetros técnicos estabelecidos em regulamento próprio para os espaços físicos, móveis, materiais e equipamentos médico-assistenciais que se façam necessários para o atendimento das pessoas portadoras de obesidade satisfatoriamente (§1º, art. 1º) impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes.¹¹⁴

A matéria atualmente se encontra na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aguardando a designação do relator do Projeto de Lei para a análise, discussão e emissão de parecer acerca da viabilidade e pertinência deste, devendo ser encaminhado posteriormente para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para decisão terminativa. Neste prisma, destaca-se que superado o prazo regimental de cinco dias úteis disposto no art. 122, II, “c”, do Regimento Interno para a apresentação de emendas, estas não foram propostas, mantendo-se o projeto em sua integralidade e aguardando distribuição.¹¹⁵

Sob este mesmo enquadro menciona-se o Projeto de Lei nº 2.532/2021, proposto pelo senador Antonio Mecias Pereira de Jesus, que destina-se a alteração do art. 6º da Lei nº 8.080/1990, para inclusão, no âmbito de atuação do SUS, das cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica mediante indicação médica. Sendo estas a abdominoplastia e a lipoaspiração, para correção do excesso de pele e flacidez no abdômen, além da mamoplastia redutora para as hipóteses de hipertrofia mamária ou gigantomastia. Conferindo, deste modo, status de lei às garantias até então reconhecidas apenas em sede de portaria (Portaria de Consolidação n. 3).¹¹⁶

¹¹³ Brasil. Senado Federal. **Projeto de Lei n. 3.526**, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA.. Acesso em: 11 nov. 2023.

¹¹⁴ *Ibidem*.

¹¹⁵ Brasil. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 3526**, de 26 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 11 nov. 2023.

¹¹⁶ Brasil. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 2.532**, 13 de julho de 2021. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

Isto sob a justificativa de que em uma porcentagem considerável dos casos de obesidade o cuidado clínico longitudinal, baseado na promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável para redução ou manutenção do peso corporal, não se faz suficiente, indicando-se como única alternativa terapêutica a realização da cirurgia bariátrica. Procedimento cirúrgico do qual resulta intensa perda de massa corporal, atrelada a flacidez e excesso de pele, que podem ocasionar, inclusive, limitação da movimentação, desequilíbrio da coluna vertebral e infecções cutâneas recorrentes, evidenciando a necessidade de realização dos procedimentos reparadores para garantia da qualidade de vida destes pacientes.¹¹⁷

Diferentemente do projeto anterior, que ainda se encontra pendente de aprovação pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), este já passou pela análise promovida pela CAE, a qual o aprovou, considerando que não se diagnosticou a existência de impactos financeiros com a sua aprovação, sendo compatível com as normas que regulam as finanças públicas. Isto tendo em vista que, além de estas já se encontrarem dispostas na tabela de procedimentos do SUS, ante a previsão em portarias próprias, no que pertine a integralidade de assistência, a indispensabilidade do tratamento engloba não apenas a obesidade, mas também as deformidades observadas em decorrência da cirurgia bariátrica.¹¹⁸

Neste tom, os mencionados projetos de lei demonstram que, em que pese encontrem-se previstas diretrizes para o funcionamento da assistência médica no âmbito da atenção primária e especializada direcionada às pessoas com obesidade e da garantia de atendimento clínico especializado, dotado de equipamentos e infraestrutura adequada, ainda não se extrai coeficientes de eficácia satisfatórios. Mormente se observado que, não obstante tenha-se incluído os procedimentos reparadores na tabela do SUS, bem como os recursos necessários para o desempenho das ações e serviços de assistência à saúde, ainda se tem a necessidade de alçar tal matéria ao *status* de lei para possibilitar exigência mais incisiva desta.

¹¹⁷ Brasil. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 2.532**, 13 de julho de 2021. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

¹¹⁸ Brasil. Senado Federal. **Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos**, de 30 de maio de 2023. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&disposition=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MDMwNy4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

A problemática atinente a invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade de se esquadriñar a tutela jurídica do Estado direcionada à estas é evidenciada ante os óbices relativos ao efetivo funcionamento da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade. Compreensão esta assentada nas barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde destes indivíduos, as quais englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.¹¹⁹

Quanto a estas deficiências, menciona-se o diagnóstico nutricional tardio e deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado com adoção de modelo condizente com a abordagem terapêutica integral, reverberando na baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos. Sendo tal entrave circundado pela diminuta disponibilidade de infraestrutura física e equipamentos adequados ao atendimento do indivíduo com obesidade nas unidades de saúde, sobretudo os pertinentes ao diagnóstico e implementação do processo de cuidado, a citar: balanças, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas, estetoscópio, esfigmomanômetro, dentre outros.¹²⁰

No tocante à infraestrutura voltada à assistência à saúde ao portador de obesidade no município de Salvador, não se observa nesta o dinamismo necessário para a efetiva implementação de ações e serviços inerentes à prevenção, diagnóstico e tratamento desta enfermidade. Isto especialmente no que concerne aos serviços do setor diagnóstico e terapêutico, vez que em que pese as disposições da Portaria MS/GM n. 424/2013, acerca da imprescindibilidade do acompanhamento médico e diagnóstico adequado, no Plano Municipal de Saúde não se verifica menção a tal promoção.¹²¹

¹¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023.

¹²⁰ *Ibidem*, p. 06 *et seq.*

¹²¹ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424**, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Quanto a esta premissa, ressalta-se que não obstante tenha se aumentado a disponibilidade de equipamentos de diagnóstico nas unidades municipais de saúde no ano de 2020, não há alusão à capacidade destes para atendimento das pessoas com obesidade e suas especificações dimensionais. Sobre isto, dentre os equipamentos disponibilizados há o tomógrafo e o aparelho de ressonância magnética, que em certos quadros clínicos demandam especificações métricas diversas para que sejam capazes de comportar o biotipo destes, além do ultrassom convencional, quando o apropriado a determinados casos de obesidade é o ecoendoscópio, em decorrência das dificuldades ocasionadas pelo panículo adiposo.¹²²

Ainda no que tange a estes serviços de apoio diagnóstico e terapêutico discriminados no citado plano, salienta-se a ausência de tópico particularizado ou menção em aspecto geral à promoção de procedimentos ou aquisição de aparelhos apropriados ao atendimento destes protagonistas. Não havendo neste, ou sequer no Plano Municipal de enfrentamento das DCNTs, a indicação das medidas a serem adotadas para a avaliação clínica do paciente portador de obesidade, com o conseqüente correlacionamento com as comorbidades para as quais se estabelece como fator de risco, acaso existentes.¹²³

Condição delicada que inflama ainda outra vertente atrelada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e adesão aos processos terapêuticos, que se trata do conseqüente constrangimento experimentado por estes indivíduos quando desta tentativa frustrada, o que ocasiona um desestímulo à procura por assistência médica especializada. Tendo-se como fomento a esta conjuntura a perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, que responsabilizam estes pacientes pelo quadro clínico apresentado e equivocadamente associam a obesidade ao desleixo e/ou ausência de comprometimento com o cuidado da saúde e manutenção do peso, em que pese a origem multifatorial e complexa desta.¹²⁴

Comportamento que acaba por atravancar a procura por acompanhamento médico e tratamento adequado, tendo em vista a ausência de atendimento humanizado e acolhedor em relação a estes indivíduos. Mormente se considerado que tais pessoas se sentem

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

¹²² Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 223 *et seq.* Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_ _versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

¹²³ *Ibidem*, p. 261 *et seq.*

¹²⁴ Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.06. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

pressionadas e continuamente julgadas, ante os estereótipos estéticos reverberados pela sociedade e a crítica constante quanto a suposta ausência de cuidado para que se atingisse tal biótipo corporal. Quando, em verdade, isto é influenciado não apenas por hábitos alimentares dos indivíduos e sua frequência na prática de atividades físicas, como já mencionado.¹²⁵

Nesta toada, o despreparo dos profissionais para lidar com a complexidade da obesidade, ante ao estigma atrelado a esta que inobserva os fatores genéticos, metabólicos, sociais e culturais que influenciam na sua ocorrência, enseja em um atendimento deficitário que não se atém a análise atenta das particularidades e necessidades destes indivíduos.¹²⁶ Inobservando-se, desta maneira, as diretrizes traçadas pela mencionada portaria para o atendimento, cuidado clínico e prestação de assistência terapêutica multiprofissional que garanta o acolhimento adequado destes (art. 2º, I, II, V, VI, VIII, IX e X).¹²⁷

Sob este prisma, adere-se ainda a esta espiral de problemáticas o fato de que a busca por serviços de saúde por parte deste público é motivada, via de regra, por outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, haja vista esta se consubstanciar como fator de risco para o seu desenvolvimento. Havendo, diante disso, uma alta demanda para a realização de atendimento curativo e individual relativo a estas, sem que se efetue um diagnóstico mais aprofundado e completo, com análise das particularidades do paciente e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado.¹²⁸

Óbices que dificultam o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado dos mesmos, que é tangenciado por efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos sobre estes. Circunstância que reforça a necessidade de aprimoramento, especialmente na rede de atenção primária, da disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos

¹²⁵ Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

¹²⁶ CFN – CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Nota Live: “Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento”: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade**. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI A.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

¹²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424**, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

¹²⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Op.Cit., 2022, *Loc. cit.*

adequados para o atendimento, que ainda se demonstra escasso, em que pese tal classe consubstanciar-se como parcela significativa da população.¹²⁹

No que se refere à atuação na rede de atenção primária à saúde no município de Salvador, cumpre observar que esta se atém a redução dos riscos de adoecimento relacionados à alimentação e nutrição disposta na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Adotando, para tanto, procedimentos atinentes à Vigilância Alimentar e Nutricional nesta proposta, voltada ao diagnóstico e monitoramento do estado nutricional da população, cuja procedimentalização se encontra adstrita às ações relativas ao SISVAN nas unidades básicas de saúde do município.¹³⁰

Realizações estas compatíveis com parte das atribuições discriminadas pela Portaria n. 424/2013 para este segmento (art. 4º, inciso I, alíneas a, b e c). Porém, como tecido anteriormente, com base no cenário delineado pelos dados disponibilizados ao acesso público, não se observa na atuação municipal a prestação de assistência terapêutica multiprofissional e a garantia de acolhimento adequado aos indivíduos portadores de obesidade. Feitos indicados pela citada portaria como atribuições da rede de atenção primária perante a linha de cuidado instituída para prevenção e tratamento da obesidade (art. 4º, inciso I, alíneas d e g).¹³¹

Neste diapasão, detendo-se a atenção à referida linha de cuidado, cumpre rememorar que a instituição desta pelas unidades federativas, em condição prioritária na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas, foi também estabelecida pela Portaria n. 424/2013, ao redefinir as diretrizes pertinentes a esta temática.¹³² Possuindo como finalidade a oferta de ações e serviços de saúde de modo integrado e harmônico entre os diferentes segmentos que compõem a RAS (atenção básica/primária e especializada de média e alta complexidade), garantindo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado clínico.¹³³

¹²⁹ Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

¹³⁰ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). **Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

¹³¹ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424**, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

¹³² *Ibidem*.

¹³³ Brasil. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde**. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

Todavia, nem todos os estados a implementaram, vez que apenas o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Acre, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe a instituíram, ao tempo que os estados de Alagoas, Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí e Tocantins estão debatendo e trabalhando para a instituição desta, não tendo sido encontradas até o presente momento informações acerca da efetiva instituição das mesmas.

Neste tom, destaca-se que não foram disponibilizados dados e informações acerca da implantação de uma linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade no estado da Bahia. O único documento encontrado acerca da gestão de atendimento e cuidado desses indivíduos trata-se do Protocolo de atendimento e acompanhamento de pessoas com obesidade elaborado pelo Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), com o intuito de regular os critérios de encaminhamento de pacientes para este.¹³⁴

Nota-se, assim, uma deficiência na implantação de protocolos e fluxos de cuidado nas instâncias iniciais de atendimento da rede de atenção primária à saúde (APS) no Estado da Bahia, que reverbera na gestão promovida pelo Município de Salvador, não se observando uma atuação preventiva a obesidade de modo a evitar o agravamento da condição clínica e desenvolvimento de outras comorbidades. Quanto a isto, não foram disponibilizados nos bancos de dados e documentos de acesso público informações relativas ao abastecimento e suficiência de equipamentos necessários para o atendimento, diagnóstico e tratamento da obesidade, bem como formação e capacitação de profissionais da saúde.

Noutro tom, em meio a este crítico cenário é válida a menção à instituição do Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), o qual oferece uma rede integrada de atenção ao paciente, com atendimento multidisciplinar em áreas referentes ao desenvolvimento de possíveis complicações e comorbidades a estas atreladas. O mesmo apresenta uma atuação integrada a das demais unidades de saúde que compõem a rede de atenção primária, as quais realizam a interlocução e encaminhamento dos pacientes. No entanto, este apresenta critérios restritivos para a admissão, englobando:¹³⁵

Paciente de 18 a 60 anos com obesidade grau 3 (IMC > ou = 40) com ou sem comorbidades ou grau 2 (IMC entre 35 e 40) com pelo menos duas comorbidades

¹³⁴ Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. **Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia – Cedeba**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

¹³⁵ *Ibidem*.

relacionadas ao excesso de peso, desde que estejam sensibilizados e predispostos a fazer mudanças de estilo de vida visando perda ponderal e com acompanhamento regular na Atenção Primária por pelo menos 01 ano.¹³⁶

Ademais, destaca-se que no ano de 2020 foi incorporado ao Hospital Municipal de Salvador (HMS) o serviço de cirurgia bariátrica, compreendido como um importante meio de tratamento da obesidade e suas comorbidades. Integrando-se nesta área de atuação com o citado Cedeba, instituído décadas antes (24/03/1994), cujo ambos dispõem de uma equipe composta de médicos, endocrinologistas, psicólogos e nutricionistas voltados ao acompanhamento destes indivíduos para a identificação da adequação do procedimento e sua consequente realização.¹³⁷

Neste ensejo, entende-se pela observância às atribuições do componente de atenção especializada quanto à identificação de casos de realização do procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhamento destes para as unidades apropriadas para tal promoção, ante ao esgotamento das possibilidades terapêuticas na APS (art. 4º, inciso II, alínea a, itens 1, 2 e 3). Contudo, não se tem menção ao importante acompanhamento terapêutico multiprofissional no pós-operatório a ser desempenhado na rede de atenção especializada hospitalar (4º, inciso II, alínea a, itens 5 e 6, c/c alínea b, itens 1, 3 e 5).¹³⁸

5. CONCLUSÃO.

O presente trabalho se propôs a esquadrihar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto ante a potencial invisibilização desses indivíduos no sistema de saúde, em que pese a existência de instrumentos normativos que versam especificamente acerca

¹³⁶ Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). **Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade**. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-Atualizacao-de-criterios-de-matricula.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

¹³⁷ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 277 *et seq.* Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

¹³⁸ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424**, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

desta matéria, os quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos diferentes níveis que compõem esta rede de assistência, a citar: as Portarias MS/GM n. 424 e 425/2013.

Neste ensejo, impende destacar o reconhecimento desta doença como problema de saúde pública, haja vista que além dos altos índices de incidência apresentados, que já alcançam proporções epidêmicas, esta se consubstancia como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, a citar: hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias. Enfermidades que, inclusive, são as responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade desta capital, conforme dados disponibilizados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), o que evidencia os impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, interferindo na duração e qualidade de vida destes protagonistas.

Ademais, salienta-se ainda os drásticos impactos financeiros exercidos pelos gastos com esta patologia no sistema de saúde, o qual exige um considerável despendimento econômico por parte do Estado, que já alcança a monta de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo-se significativamente o orçamento estatal para estes gastos. Panorama geral que evidencia a necessidade de se debater a eficácia dos instrumentos normativos existentes acerca da matéria, de modo a potencializar a estruturação da rede de atenção primária e especializada voltada à prevenção e tratamento da obesidade e a garantia de acesso à saúde de qualidade, enquanto direito fundamental constitucionalmente assegurado.

Neste tom, este trabalho foi desenvolvido mediante a aplicação do método de pesquisa bibliográfica, lastreada em material publicado a respeito da temática, especialmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde, relatórios publicados em plataformas governamentais e legislação existente acerca da matéria. Tendo se utilizado, ainda, de abordagem metodológica qualitativa, voltada ao entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo de Karl Popper, cujas hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a identificação da solução do problema de pesquisa explicitado.

Sob este prisma, para se alcançar uma compreensão da realidade acerca dos efeitos da aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e da necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades dos indivíduos com obesidade, estabeleceu-se quatro objetivos específicos. Sendo o primeiro pertinente a identificação da regulamentação do direito à saúde, do seu status no ordenamento jurídico e quais os meios e sistemas elaborados pelo Estado para a efetivação do acesso à saúde, enquanto garantia de um mínimo existencial nesta esfera.

No que concerne a este, observou-se que a regulamentação geral do direito à saúde encontra-se disposta na Constituição Federal, em que é reconhecida como um direito social, nos termos do art. 6º, e elevada a condição de direito fundamental. Sendo que, no referido diploma, esta matéria encontra-se disciplinada em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, que estabelecem as normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira. Visando-se a garantia e ampliação do acesso às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de prestações materiais positivas e providências jurídico-normativas.

Conjuntura sob a qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado, que encontra-se disposto no art. 198 do diploma constitucional e é regulamentado de forma mais específica nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990 que delineiam o arcabouço legal e principiológico para seu funcionamento. Isto enquanto suporte para a efetivação da política de saúde do país, por estabelecer um conjunto de ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

No que concerne ao segundo objetivo específico, este refere-se à análise das principais estratégias formuladas pelo sistema público de saúde para o controle do número de casos de obesidade no país, atendo-se à identificação das bases legais existentes acerca da matéria. Tendo-se, nesta oportunidade, verificado a instituição de uma série de portarias atinentes à estruturação da rede de atenção primária e especializada do SUS para atendimento destes indivíduos, as quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos segmentos que a compõem para a prevenção e tratamento da obesidade.

Sendo que, nas Portarias mais recentes (PRTs MS/GM n. 424 e 425/2013) foi conferida maior relevância a realização do diagnóstico apropriado dos pacientes, centrado nas particularidades e necessidades destes, mediante identificação de seu estado nutricional e estratificação consoante a presença de outros fatores de risco e comorbidades. Isto além da importância creditada ao acompanhamento terapêutico adequado, com encaminhamento para serviço especializado e adoção de modelo com abordagem terapêutica integral e intersetorial, malgrado não se observe a efetivação destas realizações no município de Salvador.

No que tange ao terceiro objetivo específico, convergente a verificação de como se dá a operacionalização dos eixos estratégicos para que abarque as necessidades da população obesa assistida, tal informação encontra-se também disciplinada na Portaria n. 424/2013. Isto considerando que, como discorrido no desenvolvimento deste trabalho, esta engloba as principais atribuições dos níveis de atenção básica, especializada e dos sistemas

logísticos e de apoio à saúde, esmiuçando inclusive os encargos dos subcomponentes da atenção especializada (ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência), ao estabelecer as atividades a serem desempenhadas intersetorialmente nestes.

Já no que diz respeito ao quarto e último objetivo específico, pertinente a identificação das barreiras enfrentadas para a garantia do acesso à saúde às pessoas com obesidade, sobretudo nesta capital, constatou-se: a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas no âmbito de atendimento médico, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a infraestrutura física e equipamentos adequados ao acompanhamento destes indivíduos nas unidades de saúde. Deficiências agravadas pelo diagnóstico nutricional tardio e deficitário, ante a perspectiva culpabilizadora e despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a complexidade da obesidade, que desestimula a procura por assistência médica especializada.

Aglutina-se ainda a este encadeamento a questão da busca por ações e serviços de saúde ser motivada, majoritariamente, pela manifestação de outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, que em sua maioria não são correlacionadas com a mesma. Dificultando-se, desta forma, o diagnóstico mais aprofundado, com análise das particularidades dos pacientes e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado, com a conseqüente garantia de uma melhor qualidade de vida para estes.

Informações estas que comungam com as alegadas limitações diagnósticas e terapêuticas indicadas em virtude da inobservância de importantes disposições previstas nas aludidas portarias, que se destinam a operacionalização das ações e serviços de prevenção e tratamento da obesidade. Considerando que, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública no âmbito da saúde, ainda se nota a precariedade no que tange ao diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado, sendo tal conjuntura circundada pela parca disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos adequados. Confirmando-se, assim, as hipóteses levantadas acerca da problemática.

Diante de tudo quanto exposto, observa-se que no tocante a conjuntura analisada não se faz necessária a elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, mas sim a implementação efetiva das disposições das portarias já existentes que regulam a matéria. Isto tendo em vista que, as previsões nestas existentes já se debruçam sobre as necessidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional, ante a busca por profissionalização do corpo de trabalho que a compõe.

Sendo estabelecido por estas, ainda, toda a divisão de atribuições entre os diferentes segmentos que a integram, de forma a corroborar com a colaboração entre estes, possibilitando uma atuação intersetorial e dinâmica, com assistência não apenas reparativa, mas também preventiva, atendendo às disposições gerais tecidas quanto à garantia do direito à saúde. Note-se que, até mesmo os projetos de lei elaborados nesta esfera voltam-se a busca de garantia de coeficientes de efetividade de disposições já constantes nas mesmas, seja em relação ao atendimento especializado com infraestrutura adequada ou a autorização e custeio de cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica.

Necessita-se, portanto, especialmente no âmbito do município de Salvador, da efetiva implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes. Isto porque, conforme se extrai das informações sobre a atuação municipal, angariadas nas plataformas de dados governamentais disponíveis e nas documentações disponibilizadas ao acesso público, especialmente os planos municipais de saúde e de enfrentamento às DCNTs, este ainda não implementou as principais medidas para acompanhamento destes indivíduos.

Neste diapasão, salienta-se que em que pese as tentativas, não foram encontradas ou fornecidas maiores informações acerca da instituição, no município, da linha de cuidado voltada especialmente para a prevenção e tratamento da obesidade, bem como das políticas públicas implementadas visando tal feito ou dos processos de cuidado direcionados ao acompanhamento deste público. Ademais, não se disponibilizou também dados acerca da infraestrutura técnica, profissional e material existente no município para a devida prestação da assistência médica a ser direcionada a esta parcela substancial da população, sendo esta ausência de acesso ou existência a informação também compreendida como tal.

Circunstância diante da qual se propõe que, para pesquisas futuras, se angarie mais informações acerca da gestão desempenhada no município no âmbito da rede de assistência primária e especializada do SUS, com destaque às ações e serviços implementados por este para prevenção e tratamento da obesidade. Sobretudo, se houve a instalação de uma linha de cuidado prioritária específica para esta esfera, como discriminado nas portarias vigentes acerca da temática, ou se há planos para a sua futura implementação, com a adoção do plano de atribuições nesta discriminados.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pdf . Acessado em 09 de março de 2023.

Anjos, Luiz Antonio dos. **Obesidade e Saúde Pública**. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006.

Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). **Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade**. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao-de-criterios-de-matricula.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. **Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia – Cedeba**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. **Obesidade e Sobrepeso**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). **A Epidemia de Obesidade e as DCNT**. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em 27 de agosto de 2023.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivi1_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20>

C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9di-
cas. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). **Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS**. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde**. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424**, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 425**, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 545**, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM-MS nº 628**, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida – gastroplastia no âmbito do SUS.

Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.569**, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. **Cadernos de Atenção Básica n. 38**. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. **Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice**. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

Brasil. Senado Federal. **Matérias Bicamerais: Projeto de Lei n° 3526, de 2020**. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. **Parecer n° 25 da Comissão de Assuntos Econômicos**, de 30 de maio de 2023. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&disposition=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MzA.Ny4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. **Projeto de Lei n. 3.526**, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA.. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. **Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde.** Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&n_unico=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

CFN – CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Nota Live: “Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento”**: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI_A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

Cunha Júnior, Dirley. **Curso de Direito Constitucional.** 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). **Obesidade: uma epidemia mundial.** Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no Brasil: Visão crítica sob a óptica tributária e financeira. Propostas. **Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional**, v. 11, n. 20, p. 111-153, 3 nov. 2020.

Malta, Deborah Carvalho. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, 2017;51 Supl 1:4s, p. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2023.

Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). **Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo.** Barueri: Manole, 2020.

Moraes, Alexandre de. **Direito constitucional.** 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

Paulsen, Leandro. **Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006.

Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Corso, Arlete Catarina Tittoni. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade.** **Revista de Nutrição.** Campinas: V. 17, out./dez., 2004, p.01. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025.** 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-

2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf.Acesso em: 24 set. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). **Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Souza, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. **O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade**. Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

WHO. **Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012**. Geneva: WHO; s.d. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.



Relatório do Software Anti-plágio CopySpider

Para mais detalhes sobre o CopySpider, acesse: <https://copyspider.com.br>

Instruções

Este relatório apresenta na próxima página uma tabela na qual cada linha associa o conteúdo do arquivo de entrada com um documento encontrado na internet (para "Busca em arquivos da internet") ou do arquivo de entrada com outro arquivo em seu computador (para "Pesquisa em arquivos locais"). A quantidade de termos comuns representa um fator utilizado no cálculo de Similaridade dos arquivos sendo comparados. Quanto maior a quantidade de termos comuns, maior a similaridade entre os arquivos. É importante destacar que o limite de 3% representa uma estatística de semelhança e não um "índice de plágio". Por exemplo, documentos que citam de forma direta (transcrição) outros documentos, podem ter uma similaridade maior do que 3% e ainda assim não podem ser caracterizados como plágio. Há sempre a necessidade do avaliador fazer uma análise para decidir se as semelhanças encontradas caracterizam ou não o problema de plágio ou mesmo de erro de formatação ou adequação às normas de referências bibliográficas. Para cada par de arquivos, apresenta-se uma comparação dos termos semelhantes, os quais aparecem em vermelho.

Veja também:

[Analisando o resultado do CopySpider](#)

[Qual o percentual aceitável para ser considerado plágio?](#)



Versão do CopySpider: 2.2.0

Relatório gerado por: anaclara.silva@ucsal.edu.br

Modo: web / normal

Arquivos	Termos comuns	Similaridade
TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf X https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf	829	3,00
TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf X https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf	925	1,64
TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf X https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/banco-de-precos/legislacao/portaria-ms-gm-no-3-346-de-27-de-dezembro-de-2013.pdf	50	0,37
TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf X https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/portaria-no-1.061-de-18-de-maio-de-2020-2.pdf	49	0,37
TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf X https://bvs.saude.gov.br	24	0,18
TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf X https://repositorio.usp.br/item/001897501	16	0,12
TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf X https://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/11357	15	0,11
TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf X https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459	15	0,10
TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf X http://www.google.com.br/url?esrc=s	0	0,00
Arquivos com problema de conversão		
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes	Não foi possível converter o arquivo. É recomendável converter o arquivo para texto manualmente e realizar a análise em conluio (Um contra todos).	



=====

Arquivo 1: [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Arquivo 2:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf (15854 termos)

Termos comuns: 829

Similaridade: 3,00%

O texto abaixo é o conteúdo do documento [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Os termos em vermelho foram encontrados no documento

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf (15854 termos)

=====

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
GRADUAÇÃO EM DIREITO

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

Salvador



2023

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

TCC apresentado ao Programa
de Graduação em Direito da
Universidade Católica do
Salvador, como requisito
parcial para a obtenção do grau
de bacharel em direito.

Orientador: André Quadros
Côrtes, Mestre em Políticas
Sociais e Cidadania.

Salvador

2023

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA



RESUMO

O presente trabalho se propôs a analisar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde direcionado às **ações e serviços** desempenhados **na rede de atenção primária** e especializada do SUS. Isto no intuito de se esquadrihar a aparente invisibilização **das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade** ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades destes indivíduos. Interesses estes fundados nos **desafios e barreiras** identificadas **para a oferta e realização de ações e serviços** pertinentes à promoção, proteção e recuperação da **saúde da população** obesa, que englobam a ausência de **abordagens abrangentes e não reducionistas**, acentuada pela **falta ou acesso insuficiente a** equipamentos médicos e qualificação profissional. Para tanto aplicou-se o método de pesquisa bibliográfica, embasada em material publicado a respeito da temática, particularmente livros, periódicos, artigos, **cadernos de saúde e** relatórios extraídos de plataformas governamentais. Utilizando-se, ademais, de abordagem metodológica qualitativa, focada no entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para identificação da solução do problema de pesquisa explicitado. Sob este enquadro, a análise realizada evidenciou a prescindibilidade de elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das **redes de assistência à saúde** do SUS, vez que, em verdade, faz-se necessária a implementação efetiva das disposições constantes nas portarias já existentes acerca da matéria. As quais se debruçam sobre as particularidades a serem observadas **para que seja** promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional. Conjuntura sob a qual delinea-se **a necessidade**, mormente **no âmbito do** município de Salvador, de implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição **da linha de cuidado** para **prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade**, dentre outras realizações nestas constantes.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; DCNTs; Comorbidades; Saúde; SUS; Prevenção; Diagnóstico; Tratamento; Atendimento; Acompanhamento; Infraestrutura; Estigma; Atenção Primária; Atenção Especializada; Mortalidade; Morbidade; Portarias; Eficácia.

ABSTRACT

The present work proposed to analyze the effectiveness coefficients of the legal protection of the right to health aimed at people **with obesity in** the Municipality of Salvador, especially with regard to the actions and services performed **in the primary** and specialized care network of the

SUS. This is in order to investigate the apparent invisibility of people **with obesity in** the health system and the need or not to develop legislative instruments specifically aimed at the needs of these individuals. These interests are based on the challenges and barriers identified for the offer and implementation of actions and services relevant to the promotion, protection and recovery of the health of the obese population, which include the absence of comprehensive and non-reductionist approaches, accentuated by the lack of or insufficient access to medical equipment and professional qualification. To this end, the bibliographical research method was applied, based on published material on the topic, particularly books, periodicals, articles, health notebooks and reports extracted from government platforms. Furthermore, using a qualitative methodological approach, focused on understanding and evaluating the research object, linked to the hypothetical-deductive method, in which the formulated hypotheses are subjected to the falsification process to identify the solution to the explained research problem. Under this framework, the analysis carried out highlighted the unnecessary development of new normative instruments to establish guidelines and operationalize SUS health care networks, since, in truth, it is necessary to effectively implement the provisions contained in the ordinances already existing information on the subject. Which focus on the particularities to be observed so that adequate diagnosis of the obese population can be promoted, with specialized monitoring, equipped with technical and professional infrastructure. Situation under which the need is outlined, especially within the scope of the municipality of Salvador, to implement the guidelines and attributions contained in the Ordinances and National Policies drawn up on the subject, such as the institution of the line **of care for** the prevention and **treatment of overweight and obesity**, among other achievements in these constants.

Key words: Obesity; Overweight; NCDs; Comorbidities; Health; SUS; Prevention; Diagnosis; Treatment; Service; Follow-up; Infrastructure; Stigma; Primary attention; Specialized Care; Mortality; Morbidity; Ordinances; Efficiency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	8
2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.	8
2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	12
3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL	21
4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE	



NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1.1. Portarias instituídas anteriormente para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade	26
4.1.2. Portarias vigentes na atualidade.	30
4.1.3. Projetos de lei.	35
4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	38
5. CONCLUSÃO.	43

5

1. INTRODUÇÃO

A saúde se consubstancia como um direito social, assim reconhecida no art.

6º da Constituição Federal, que a elevou à condição de direito fundamental, dotando-lhe de força normativa e vinculante.¹ Cenário este que exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, para se **ampliar o acesso** da população às **ações e serviços** voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos termos do art. 196 da CF.² Enquadro lógico sob o qual foi criado o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, de caráter universal, integral e descentralizado (art. 198, da CF), enquanto suporte à efetivação da política **de saúde** no país.³

Tal sistema é responsável pela **atenção à saúde** da maioria dos cidadãos, englobando **um conjunto de** serviços ambulatoriais, terapêuticos e pré-hospitalares de **urgência e emergência** especializados.⁴ Todavia, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, **a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade** ainda tem se demonstrado exígua. Tendo a referida patologia se tornado um **problema de saúde pública**, ante as proporções epidêmicas que têm alcançado em virtude da ausência de **abordagens abrangentes e não reducionistas** quando do atendimento primário.⁵

A título de contextualização, salienta-se que a obesidade **se trata de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa** que representa o aumento excessivo de tecido adiposo no organismo, haja vista apresentar um excesso no Índice de Massa Corporal (Superior a 30 kg/m²).⁶ Dentre as suas causas, alberga **fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos**, dos quais **a literatura científica**

1 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

2 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da

Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

3 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de



mudanças. **Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.**

4 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão **sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. **Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2_saud_soci_e_polit_public_saud_2016.pdf. Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.**

5 **Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.**

6 WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva: **World Health Organization**, 1998. **Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.**

6 destaca como principais **a inatividade física, a redução do consumo de alimentos básicos e a maior participação de alimentos ultraprocessados** no padrão alimentar.⁷ Esta, em decorrência das suas complicações metabólicas, se configura ainda **como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas**, as quais não são correlacionadas a um diagnóstico apropriado, ante a deficiente estrutura de atendimento.⁸ O que reverbera na ausência de **encaminhamento para serviço especializado**, com adoção de modelo adequado à **abordagem terapêutica integral**, que se constituem como **importantes aspectos para a redução da morbimortalidade das pessoas com obesidade**.⁹ Quanto a isto, nota-se que consoante dados apontados **pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB)**, apenas **2,5% do total de atendimentos individuais são voltados à condição** avaliada como obesidade.¹⁰ Conjuntura esta incongruente com os índices apresentados no ano de 2023 **nos relatórios públicos emitidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde**, que indicavam que **aproximadamente 34.51% dos indivíduos adultos já possuem diagnóstico de excesso de peso**, **20.65% de Obesidade Grau I**, **8.23% de Obesidade Grau II** e **4.37% de Obesidade Grau III**.¹¹ Contexto que se reproduz no município de Salvador, cujo os índices apresentados neste relatório indicam **que aproximadamente 33.1% dos indivíduos adultos** possuem diagnóstico de sobrepeso, além de apresentar porcentagens ligeiramente mais altas de **Obesidade Grau I (21.68%)**, **Obesidade Grau II (9.42%)** e **Obesidade Grau III (5.05%)**, se comparada com os índices nacionais. Circunstância sob a qual se observa que os atos normativos elaborados não transparecem coeficientes de eficácia válidos, especialmente no que concerne ao cuidado direcionado a estes protagonistas neste município.¹² Ratifica-se, desta forma, a premissa tecida acerca da precariedade de



diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento, que ainda é circundada pela parca

7 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. **Cadernos**

de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

8 Ibidem.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para**

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

10 Ibidem, p.11.

11 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. **Relatórios do Estado**

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

12 Ibidem.

7

disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade. Particularmente aqueles voltados ao **rastreamento e implementação do processo de cuidado**, tais quais: balanças, **macas e cadeiras** adequadas, **fita métrica, esfigmomanômetro**, dentre outros. Condições observadas não obstante tais indivíduos representarem porcentagem significativa da população, consoante delineado linhas alhures.¹³

Sob este prisma, impende ainda ressaltar que o fato de a obesidade se configurar **como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs** exerce drásticos impactos nos índices **de morbidade e mortalidade**, bem como nas finanças pertinentes ao **sistema de saúde**. Tendo se contabilizado em estudo elaborado sobre a temática que do orçamento de R\$6,77 bilhões gastos anualmente com estas, cerca de R\$1,49 bilhões são atribuídos **ao excesso de peso e obesidade**. Percentual este que se mantém considerável no que tange ao número de mortes (128,71 mil), hospitalizações (495,99 mil) e procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS (31,72 milhões), o que denota a sobrecarga deste sistema.¹⁴

Neste ensejo, tem-se traçada **a necessidade de priorização e revisão dos aspectos estruturais da rede de atenção à saúde** do SUS, no âmbito primário e especializado, essencialmente no que concerne à **organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade** delineada nas portarias já elaboradas sobre a matéria.¹⁵ Contexto este que influenciou a elaboração do presente trabalho, o qual **tem como objetivo** analisar se, diante do cenário exposto, faz-se necessária a elaboração de novos instrumentos legislativos **de atenção à saúde** voltadas especificamente as particularidades destes indivíduos, ou se, em verdade, se trata **da necessidade de** efetivação dos já existentes.

Atrélendo-se tal questionamento, ainda, a indagação de como esta possível invisibilização no sistema público de saúde reverbera em consequências tangenciais à **garantia do direito à saúde e**, como sequela, a uma ampla **qualidade de vida**. Isto em virtude de se ter,

dentre os princípios fundamentais desta República, a dignidade da pessoa humana, que reverbera na garantia das necessidades vitais do ser humano, englobando o acesso à saúde permeada em ações e serviços de qualidade. Questionamento este existente em decorrência da

13 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.16. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

14 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado.

Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Op.cit., 2022, p.13.

8

ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas e da precariedade de diagnóstico e encaminhamento para atendimento apropriado destes indivíduos no sistema de saúde.¹⁶

Fundado neste intuito, o presente trabalho se consubstancia como uma reflexão e estudo decorrente da aplicação do método de pesquisa bibliográfica, subsidiada em material publicado acerca da temática, em especial livros, artigos e periódicos, bem como na legislação existente, que corroboraram para a constatação e deslinde da problemática identificada. Isto além do levantamento de dados quantitativos, vez que se analisará material lastreado em dados publicados pelo governo federal e municipal sobre os índices de obesidade, atendimento, diagnóstico e disponibilização de tratamento.

Tendo se utilizado, para tanto, de abordagem metodológica qualitativa, voltada à compreensão e avaliação do objeto de pesquisa. Isto considerando as características da situação, avaliando e medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito da problemática analisada, qual seja: a potencial invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde, sobretudo no que concerne à rede de atenção primária e especializada do SUS, à luz dos instrumentos legislativos existentes.

Sob este enquadro empregou-se o método hipotético-dedutivo de Karl

Popper, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a construção da solução do problema de pesquisa narrado e, posteriormente, são confirmadas ou refutadas. De forma que, com o desenvolvimento da referida discussão, foi construída a argumentação finalística deste e estabelecida a sua conexão com a conjuntura fática observada hodiernamente.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.



A adoção do modelo **de bem-estar** social pela federação brasileira, **em que se** observa uma intervenção mais incisiva do Estado no intuito de se assegurar aos indivíduos o

16 **Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção**

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. **Disponível em:**

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

9

acesso a serviços assistenciais básicos, com a conseqüente disposição **da saúde como um** direito social (art. 6º da CF), alçou-a à condição de direito fundamental. Posição esta que lhe confere caráter vinculante e normativo, dotado de exigibilidade perante aos seus titulares, enquanto meio para se garantir o mínimo existencial necessário para uma vida digna, em compatibilidade com os fundamentos fixados para o país no artigo 1º da Constituição (CF).¹⁷

Neste tom, o direito à saúde encontra-se compreendido em um bloco

integrado, ainda, pelos direitos à previdência e à assistência social, relativos à área de atuação da seguridade social.¹⁸ A qual estabelece **um conjunto de ações de** iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas à proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à tríade de garantias citadas acima, consoante disposto no art. 194 da Constituição.¹⁹

Observando-se, a partir desta perspectiva, a atuação de diversos órgãos da administração pública direta e indireta e de atores políticos atrelados às ocupações desta no âmbito federal, distrital, estadual e municipal de forma regionalizada e hierarquizada.²⁰

Cenário sob o qual se exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, **por meio da implementação de políticas públicas**, de modo a se **ampliar o acesso** da população às **ações e serviços** voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.²¹ Sendo a matéria tratada no diploma constitucional, em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, os quais estabelecem **uma série de** normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante **a população brasileira**,²² com prestações materiais positivas do Executivo e providências jurídico-normativas do Legislativo.²³

Nesse sentido, ratificando o quanto esposado, vejamos as premissas tecidas por Alexandre de Moraes acerca da matéria que explanam a lógica em voga:

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 e igualitário às **ações e serviços para** sua promoção, proteção e recuperação

17 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

18 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica

tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 119, 3 **nov.** 2020.



19 Brasill. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

20 Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006, p. 496.

21 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida

da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

22 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. Op.cit., 2020, p. 121.

23 Cunha Júnior, Dirley. Op.cit., 2012, p.767 et seq.

10

(CF, art. 196), sendo 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 **por meio de** terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).²⁴

Note-se que o art. 196 da CF, além de estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, destaca a finalidade de sua atuação neste campo, atrelando-a à **redução do risco de doenças e de outros agravos**²⁵. Compreensão esta ratificada no tema de Repercussão Geral de n. 793, **em que o** Supremo Tribunal Federal (STF) inseriu o tratamento médico adequado dentre o rol de deveres estatais, assim como fixou a responsabilidade solidária dos entes federados. O que corrobora com a premissa de atuação regionalizada e hierarquizada dos entes políticos a nível federal, estadual, distrital e **municipal quanto à** garantia de acesso universal e igualitário **à saúde e** seus desdobramentos.²⁶

Tal feito, pois, encontra-se pautado na descentralização da atuação das esferas de governo **no âmbito do** direito à saúde, atinente às áreas de operação dos entes políticos no atendimento integral da população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.²⁷ Isto porque, a efetivação deste direito compreende **não apenas a** disponibilização de hospitais ou postos públicos de saúde devidamente equipados para atendimento, mas também o fornecimento de medicamentos **e profissionais qualificados para a** prestação de serviços públicos desta estirpe.²⁸

À vista disso, visando conferir maior efetividade à política **de saúde do país** foi instituído o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, previsto no art. 198 da CF e regulamentado de modo mais específico nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que fornecem o arcabouço legal e principiológico para a sua operacionalização. Definindo-se tal sistema como **o conjunto de ações e serviços públicos de saúde que** integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada **em conformidade com as diretrizes** de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.²⁹

24 Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 537.

25 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

26 **Brasil**. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever

de prestar **assistência à saúde**. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em:



<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProc=esso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793> . Acesso em 10 de maio de 2023.
27 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Op.cit. **Acesso em:** 09 mar. 2023.
28 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.769 et seq.
29 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em:** <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.
11

Ratificando o quanto esposado, vejamos as considerações tecidas pelo doutrinador Dirley da Cunha Júnior acerca da matéria explanam a lógica em voga:

Visando **a execução das** políticas públicas **de saúde**, a Constituição instituiu um **sistema único de saúde (SUS)**, que passou a compreender todas **as ações e serviços** públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizado **de acordo com as** seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (art. 198). (...) Nada obstante ser de atribuição do Poder Público, a Constituição facultou **a assistência à saúde** à iniciativa privada (art. 199), de modo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar **do sistema único de saúde**, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.³⁰

As LOS comportam, desta forma, disposições no tocante à participação da comunidade na sua gestão e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados a sua manutenção (Lei nº 8.142/90). Além de esmiuçarem o quanto externado no art. 198, indicando **as condições para** a atuação do SUS, especialmente ao estabelecerem o modo de organização e funcionamento dos serviços prestados e instituírem os objetivos, competências e atribuições do mesmo (Lei nº 8.142/90).³¹ Reforçando, assim, **a adoção de** um sistema público e universal **de saúde**, **que** visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de **serviços de saúde**.³² Seguindo este enquadro lógico, destacam-se dois importantes princípios delineados nos incisos I e II, do art. 7º, da referida lei 8.080/1990. São eles, respectivamente: o da universalidade de **acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de** assistência e o da integralidade desta, compreendida como o conjunto articulado e contínuo **de ações e serviços** preventivos e curativos, individuais e coletivos **em todos os níveis de** complexidade do sistema. Destacando-se a sua importância por reforçarem **a adoção de** um sistema público e universal **de saúde**, **que** visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de **serviços de saúde**.³³

30 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.
31 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num

contexto de

mudanças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=p df&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

32 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-)

Atualizacao-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 10.

33 Ibidem, loc.cit.

12

Sob esta ótica, confere-se destaque ao objetivo disposto no art. 5º, III, da Lei

n. 8.080/1990, que estabelece a prestação de assistência **por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como** atribuições do SUS³⁴. O qual, para desempenhar de modo satisfatório tal encargo, abarca **uma série de** serviços, a citar: rede hospitalar de média e **de alta complexidade**, serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, serviços ambulatoriais especializados e serviço pré-hospitalar de **urgência e emergência**, incluindo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Portando-se, hegemonicamente, como responsável pela maioria dos cidadãos brasileiros **no âmbito da** garantia ao direito à saúde³⁵.

Entretanto, a despeito do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, **a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem** se demonstrado insuficiente e insatisfatória. De modo que, tal patologia tem se estabelecido como um **problema de saúde pública**, ante as **suas proporções epidêmicas** e a ausência de **abordagens abrangentes e não reducionistas**, sendo tal questão matéria de discussão dos tópicos adiante delineados.³⁶

2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

Atendo-se a base principiológica concernente a institucionalização do SUS, principalmente no que tange a integralidade na prestação **dos serviços de saúde**, nota-se a instituição de três segmentos relativos à **atenção à saúde**, a citar: (a) atenção primária, (b) de média e (c) **de alta complexidade**, cujo estas duas últimas integram a **rede de atenção** especializada.³⁷ A aludida organização presta-se a melhor estruturação dos serviços

34 Brasil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre **as condições para a promoção, proteção e** recuperação **da saúde, a organização e o funcionamento** dos serviços correspondentes **e dá outras providências**.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

35 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão **sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. UNA-SUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_soci



e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

36 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

37 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 11.

13

disponibilizados, atentando-se a diferenciação de densidade tecnológica e custos envolvidos com os agravos médicos que cada campo visa atender.³⁸

A atenção primária à saúde (APS) se consubstancia como o eixo orientador do SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde e abarcando um conjunto de ações que incluem prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, mediante o emprego de tecnologia de baixa densidade.³⁹ Dispondo, em virtude disto, de insumos e equipamentos necessários à resolução dos problemas e agravos de maior frequência e baixa complexidade, assim como dos meios para o encaminhamento a serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.⁴⁰ Ratificando as informações elencadas, vejamos as asseverações elaboradas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde acerca da infraestrutura de atendimento desta:

[...] na mesma portaria, quando é descrita a infraestrutura necessária para a atenção primária, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a ?garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar?.⁴¹

Tal conjuntura evidencia, portanto, que a rede de atenção primária não esgota as necessidades manifestadas pelos usuários do SUS, necessitando-se da institucionalização dos demais segmentos de atenção à saúde que, como mencionado, compõem a rede de atenção especializada. A reiterar: a rede de atenção de média e de alta complexidade, que, como o próprio nome já sugere, englobam atendimentos que exijam a realização de procedimentos mais complexos, recursos tecnológicos mais específicos e profissionais especializados.

38 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de

assistência

do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**.

Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20co>

mposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

39 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da **Atenção Básica** para o

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa **Agentes Comunitários de Saúde** (PACS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

40 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 12.

41 Ibidem, loc.cit.

14

À luz desta premissa, no que tange ao segmento de **atenção à saúde** de média complexidade, este abarca **ações e serviços** prestados em hospitais e ambulatórios envolvendo atendimento em distintas especialidades médicas. Objeto este decorrente de problemas e agravos de **saúde** que demandam a utilização de recursos tecnológicos mais específicos, ante a **necessidade de** realização de procedimentos complexos destinados ao diagnóstico e tratamento dos usuários.⁴²

Dessa forma, tal nível encontra-se integrado com o retro citado, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, compreendida nesta fase por policlínicas, hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e centros dotados de equipamentos para exames e procedimentos mais avançados. Sendo efetuado nesta o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, a estabilização dos pacientes e a investigação diagnóstica inicial, oportunidade em que se irá aferir a **necessidade de** atendimento mais complexo.⁴³

Cenário em que se menciona o segmento de **atenção à saúde de alta complexidade**, que, integrado aos demais níveis, abrange **um conjunto de** procedimentos de alta tecnologia e custo, por envolver a disponibilização de serviços qualificados de **alta complexidade**. Sendo estes normalmente prestados em hospitais gerais de grande porte, cujo os procedimentos realizados encontram-se relacionados **no Sistema de Informações** Hospitalares do SUS.⁴⁴ As diversas áreas médicas e procedimentos atendidos encontram-se relacionadas em obra **do Ministério da Saúde** acerca da matéria, senão vejamos:

As principais áreas que compõem a alta complexidade **do SUS**, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos



da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica;

42 **Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência**

do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da **Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível**

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20c>

omposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

43 Ibidem, loc.cit.

44 **Brasil, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde,**

2005. p.32. **Disponível em:** https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf.

Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

15

terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.45

A definição das áreas de assistência especializada de média e alta complexidade e a instituição destas por meio da publicação de instrumentos normativos é efetuada mediante o levantamento de informações no tocante à situação da saúde na respectiva área de interesse. Isto sobretudo mediante a análise dos problemas e agravos existentes, serviços ofertados e necessidades da população, com o consequente enquadramento das prioridades para atuação, regulamentação da área específica e organização dos serviços e procedimentos ofertados em relação a esta.46

Sob este tom, atentando-se a elevação nos índices de pessoas que apresentam quadro clínico compatível com excesso de peso (34.51%) ou obesidade (33.25%), bem como o fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, instituiu-se a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave. Política com a qual, logo no início de sua institucionalização, se incluiu na tabela de procedimentos do SUS a gastroplastia, atualmente regulamentada pelas Portarias n. 628/2001 e 545/2002.47

Contudo, considerando que a esfera de cuidado direcionada a esta patologia não pode se restringir apenas a atuação de forma reparativa e atentando-se a necessidade da



atuação preventiva, foi instituída a Portaria GM/MS n. 1.569/2007.48 Nesta, identifica-se uma maior preocupação com a integralidade na prestação **dos serviços de saúde** entre os diferentes segmentos de assistência, tendo se organizado **a linha de cuidados** ao portador de obesidade grave em diferentes níveis. Buscando, com a referida realização, se identificar os principais determinantes e condicionantes **da obesidade**, de modo a se desenvolver ações transeitoriais **de atenção à saúde** amplas e qualificadas.49

45 **Brasil, Ministério da Saúde**. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. **Brasília: Ministério da Saúde**,

2005. p.32. **Disponível em:** https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. **Acesso em:** Acesso em: 03 set. 2023.

46 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 14 et seq. **Disponível em:** <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/>

06/Atualizacao -2011.pdf . **Acesso em** 27 de agosto de 2023.

47 Ibidem, p. 166 et seq.

48 Ibidem, p. 168.

49 **Brasil. Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a **atenção**

à saúde, com vistas à prevenção **da obesidade e** assistência ao portador **de obesidade**, a serem implantadas **em**

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Disponível em:** https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. **Acesso em:** 09 set. 2023.

16

Com este intuito a citada Portaria estabelece o modo como deve ser operacionalizada **a atenção à saúde** em seus diferentes níveis, indicando em seu art. 3º as atribuições de cada segmento para o **controle da obesidade e** suas comorbidades. Sendo estas: **na atenção primária à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde;** **na** de média complexidade ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, atreladas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade; e **na de alta complexidade** o acesso **a possibilidade de** realização de cirurgias bariátricas, impactando positivamente na sobrevida, morbidade **e qualidade de vida** destes protagonistas.50

Cenário diante do qual também se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu **a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**, redefinindo suas diretrizes e esmiuçando a organização de atribuições dos diferentes **níveis de atenção à saúde**. Devendo-se destacar a importância creditada à promoção do diagnóstico apropriado, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades, **em consonância com a classificação do estado nutricional e** a estratificação conforme **a presença de** outros **fatores de risco e** comorbidades, além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento.51

No entanto, a despeito do amplo desenvolvimento **do sistema de saúde** neste tópico, a disponibilização **de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade** ainda é

diminuta, precipuamente no setor de diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado. Isto porque somente 2,5% do total de atendimentos individuais realizados no âmbito da APS são voltados à condição avaliada como obesidade.⁵² Conjuntura incongruente com os índices exibidos em 2019 pelo SISVAN, os quais indicavam, à época, que aproximadamente 34.55% dos indivíduos adultos já possuíam diagnóstico de excesso de peso e que cerca de 28,54% da população do país já se encontrava obesa.⁵³

50 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

51 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

52 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

53 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

17

3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, definida, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, caracterizado por um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m².⁵⁴ Divergindo, assim, do sobrepeso, que é compreendido como um aumento exclusivo de peso não atrelado ao comprometimento da saúde do paciente, tal qual a obesidade o é.⁵⁵ Corroborando com o quanto externado, vejamos a classificação da OMS do estado nutricional dos adultos a depender do IMC:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos com base no IMC - OMS⁵⁶



Classificação IMC Risco de comorbidades
Abaixo do peso < 18,5 Baixo (Risco de outras complicações clínicas)
Eutrofia/
Intervalo normal
18,5 ? 24,9 Média
Sobrepeso ? 25,0 -
Pré Obeso 25,0 ? 29,9 Aumentou
Obesidade Classe 1 30,0 ? 34,9 Moderado
Obesidade Classe 2 35,0 ? 39,9 Severo
Obesidade Classe 3 ? 40,0 Muito severo

Cálculo do IMC: Divide-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros).

Elaboração própria. Fonte: **World Health Organization** (1998).

54 WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.**

Geneva: **World Health Organization**, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.

55 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 3, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

56 WHO. Op.cit., 1998, p. 21.

18
Neste tom, tem-se **a obesidade como** uma doença ocasionada por um prolongado cenário de ingestão energética maior **do que o** gasto perpetrado pelo corpo,⁵⁷ compreensão que, **em razão da** visão estigmatizada da sociedade, normalmente é atrelada apenas a dieta alimentar inadequada e **a inatividade física**.⁵⁸ Todavia, esta trata-se de uma doença multifatorial, albergando dentre as suas causas não apenas inatividade **física, redução do consumo de alimentos básicos e maior participação de alimentos ultraprocessados** no padrão alimentar, mas também **fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos** que contribuem para tal.⁵⁹

No que tange aos aspectos históricos e sociais que influenciaram os **hábitos de vida** da sociedade e levaram ao aumento de incidência dos casos de obesidade, nota-se que desde o período da Revolução Industrial houveram mudanças que ocasionaram notórias transformações nos **hábitos de vida e** padrões alimentares. Isto ante o êxodo rural, em virtude da urbanização e da contínua substituição da mão de obra humana pelo uso de máquinas, massificando as atividades laborais e reduzindo-as a atos simples e repetitivos distantes das



ocupações nos setores extrativos.⁶⁰

Tal contexto favoreceu ainda o desenvolvimento de uma rotina sedentária, haja vista a diminuição da prática de atividades físicas em decorrência, por exemplo, das jornadas de trabalho exaustivas. Padrão que se reproduz no contexto atual, devido a ausência de tempo e energia da população para tais práticas, aliada às formas de lazer sedentárias desenvolvidas, tais quais televisão e computadores, e a insegurança quanto ao deslocamento para os locais apropriados para tal, como academias e praças.⁶¹

Conjuntura atrelada a progressiva alteração da dieta para produtos que paulatinamente tiveram reduzidos seu valor nutricional, ante o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados de baixo valor nutricional, que propiciam uma maior ingestão calórica e menor gasto energético, ocasionando o acúmulo de gordura. Destacando-se como fatores de influência para o consumo destes o aumento do processo de industrialização dos

57 Anjos, Luiz Antonio dos. *Obesidade e Saúde Pública*. 20.ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 12.

58 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. *Obesidade, sociedade e cultura*. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). *Obesidade: uma epidemia mundial*. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021, p. 6. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

59 Souza, Saul de Azevêdo et al. *Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta*.

Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

60 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. *O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade*.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 4, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

61 Anjos, Luiz Antonio dos. *Op.cit.*, 2006, p. 30.

19 alimentos e oferta destes em supermercados, a maior facilidade e comodidade na aquisição e/ou preparo, bem como os preços mais baixos e atrativos, sopesado diante das possibilidades financeiras das famílias para despesas alimentares.⁶²

Sob este prisma, ratificando as asseverações acima delineadas, vejamos as premissas tecidas pelo professor da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pós-doutor em Fisiologia, Dr. Luiz Antonio dos Anjos, acerca da matéria:

Existe uma preocupação grande sobre os efeitos que a sociedade urbana (dita moderna) trazem ao ambiente que circundam esses grandes aglomerados urbanos. De fato, tais ambientes são, sob aspectos alimentares e de prática da atividade física, ?obesigênicos?, ou seja, facilitadores para a ocorrência de obesidade. Essas características incluem a grande disponibilidade de alimentos com alta densidade energética (além de disponíveis em todos os lugares são também baratos); redução do



gasto energético nas atividades cotidianas (automóvel, escada rolante, elevadores, mudanças nos **processos de trabalho**); aumento das atividades de lazer de menor gasto energético (televisão, computador, jogos de vídeo); e redução das oportunidades **para a prática da atividade física regular** (lugares públicos seguros, aumento no tempo de trabalho, aumento do tempo nos deslocamentos de e para o trabalho/escola).

Diante deste prisma, observa-se que com as alterações históricas dos aspectos de vida da sociedade, como o **processo de** urbanização, as mudanças nas relações de consumo e o acesso a tecnologia, houve uma mudança gradativa na dieta e na frequência **de atividades físicas**. Aspectos perante os quais, embora se note uma redução **do número de** casos de doenças infecciosas e parasitárias, proporcionada pela melhoria nas condições sanitárias, aprimoramento do diagnóstico e tratamento e acesso a atendimento médico de qualidade, têm-se uma transição epidemiológica para as DCNTs, tal qual a obesidade.⁶³ Patologia esta que, em razão das suas **complicações metabólicas**, como a dislipidemia, hipertensão arterial, **resistência à insulina**, intolerância à glicose e alterações **no sistema de** coagulação, é compreendida ainda **como fator de risco para o desenvolvimento de outras** DCNTs. A citar: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, osteoartrite e determinadas espécies de câncer (endométrio, mama, próstata e cólon), que, via de regra, não são correlacionadas a mesma pela ausência de diagnóstico adequado.⁶⁴ Doenças estas que são responsáveis por aproximadamente 70% da mortalidade mundial, conforme dados da OMS.⁶⁵

62 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. Op.cit., 2006, p. 4 et seq.

63 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e

cultura. In: SCOMPARIN, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e

Contexto, 2021, p. 8 et seq. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

64 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed. **Rio de Janeiro** : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

65 WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d.

Disponível

em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

20

Isto posto, faz-se perceptível o quanto a obesidade influencia nos índices de morbimortalidade, contexto diante do qual se exige um maior despendimento econômico do governo, que inclusive já alcança o importe de R\$1,49 **bilhões de reais** por ano, comprometendo consideravelmente o orçamento estatal para gastos com doenças.⁶⁶ Cenário diante do qual esta figura **como problema de saúde pública**, mormente se observadas as proporções epidêmicas alcançadas em virtude da ausência de **abordagens abrangentes e não reducionistas**, acentuada pela **falta ou acesso insuficiente a** equipamentos médicos e qualificação profissional.⁶⁷

Somando-se a estes desafios, menciona-se também a **dificuldade de adesão**

aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta patologia e a baixa resolutividade dos



mesmos, fomentada pela **perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde**, ante as associações equivocadas da obesidade à preguiça, desleixo e ausência de comprometimento com **o cuidado da** saúde.⁶⁸ Observando-se a recorrente responsabilização destes pacientes pelo quadro clínico apresentado, não obstante esta presente como causas fatores multifatoriais, condicionadas, por exemplo, a questões metabólicas, que são desmerecidas ante ao estigma atrelado à patologia.⁶⁹

Condições críticas inflamadas pela parca estrutura física e pelos materiais e equipamentos médicos disponibilizados nas instituições **de saúde, que** em muitas das ocasiões não se configuram adequados **para o atendimento** deste público, o que ocasiona um nítido constrangimento **e dificuldade de acesso aos serviços de saúde por** parte destes. Enquadro fático diante do qual observa-se que tais barreiras e desafios ensejam em um diagnóstico deficitário, que obstaculiza o encaminhamento **para o serviço de** cuidado especializado.⁷⁰

Dificultando-se, desta forma, **o acolhimento e** diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, **bem como a** realização do tratamento adequado, reverberando em efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos, que comprometem a **duração e qualidade de vida** destes. Circunstância que reforça o diagnóstico

66 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de **Obesidade**

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado.

Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

67 Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção**

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. **Disponível em:**

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

68 Ibidem, p.06.

69 CFN ? **CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS**. Nota Live: ?**Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?**: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. **Disponível em:** <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

70 Ibidem, loc.cit.

21

apropriado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa, com adoção de modelo **de cuidado à** saúde contínuo, integral e humanizado, como **importantes aspectos para a promoção da saúde e** redução da morbimortalidade entre **as pessoas com obesidade**.⁷¹

3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES **DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E,**
SOBRETUDO, MUNICIPAL



Os índices de pessoas com obesidade no Município de Salvador têm apresentado um crescimento gradual no decurso dos anos, sobretudo se observada a elevação deste percentual em cerca de 68,4%. Isto considerando que passou de 11,1% em 2010 para 20,5% em 2021, conforme dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).⁷² Ratificando o quanto exposto, vejamos a evolução nos percentuais apresentados a nível municipal, consoante dados indicados nos relatórios públicos emitidos pelo referido sistema entre os anos de 2011 e 2022:

Tabela 2: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel

Percentual de Adultos com obesidade em Salvador

Ano Referência Porcentagem de pessoas com obesidade

2010 11,1%

2011 14,9%

2012 14,1%

2013 14,9%

2014 17,8%

2015 16,3%

2016 19,9%

2017 19,5%

2018 18,6%

71 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

72 Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

22

2019 18,1%

2020 19,1%

2021 20,5%

Porcentagem de aumento de 2010 para 2021 68,4%⁷³

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico | Vigitel (2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022).



Da análise dos dados acima veiculados observa-se que o panorama esboçado pelos índices de obesidade no município é preocupante, especialmente por esta patologia se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tais quais diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.⁷⁴ Compreensão corroborada pelo fato de que a incidência destas, particularmente das cardiopatias e diabetes, encontram-se atreladas a apresentação de um IMC superior a 25 kg/m², atinente às classificações de pré obesidade, obesidade grau 1, grau 2 e grau 3.⁷⁵ Ademais, note-se que tais enfermidades configuram-se como as principais causas de morte prematura (entre trinta e sessenta e nove anos) do Município, em especial as cardiopatias que apresentam as maiores taxas de mortalidade desta capital, consoante dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM).⁷⁶ Contexto o qual reforça a premissa tecida acerca dos impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, máxime diante da ausência de correlacionamento entre estas patologias por meio de um diagnóstico apropriado.⁷⁷

Neste liame, a prevenção e o diagnóstico adequado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa,

73 Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas*

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

74 Anjos, Luiz Antonio dos. *Obesidade e Saúde Pública*. 20.ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

75 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). *Plano Municipal de enfrentamento das*

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 42.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 24 set. 2023.

76 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. *Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025*. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 59 et seq. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 24 set. 2023.

77 Souza, Saul de Azevêdo et al. *Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta*.

Cadernos de Saúde Pública. João Pessoa: V. 34, 2018, p.02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7>

LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/?lang=pt. Acesso em: 03 jun. 2023.

23
com adoção de modelo de cuidado apropriado, se constituem como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade. Isto tendo em vista que a precariedade em quaisquer destes elementos, particularmente no que tange a



ausência de diagnóstico adequado e correlacionamento entre as patologias anteriormente mencionadas, interferem **na duração e qualidade de vida** destes protagonistas.⁷⁸ Sob este mesmo enquadro, analisando-se outras bases de dados governamentais, nomeadamente **o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**, abastecido **com dados do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF)** e do e-SUS (SISAB), observa-se que os percentuais tornam-se ainda mais críticos.⁷⁹ Isto dado que os índices deste indicador consubstanciam-se mais expressivos, como no ano de 2021, em que a percentagem de adultos acometida com obesidade era de 37,5%. Percentual este superior até mesmo a prevalência desta patologia na região nordeste (25,0%) e a nível nacional (28,5%).⁸⁰ A título de contextualização e comparação com os dados fornecidos pelo sistema Vigitel, bem como com os percentuais indicados a nível regional (nordeste) e nacional, vejamos os índices de obesidade (graus I, II e III) da população adulta acompanhada **na rede de atenção primária à saúde do município** de Salvador constantes **nos relatórios públicos** emitidos pelo SISVAN, mormente os relativos aos exercícios de 2010 a 2023:

Tabela 3: Percentual de **Adultos com obesidade** em Salvador - Vigitel
 Percentual de **Adultos com obesidade** - Nível Municipal, Regional e Nacional⁸¹
 Ano Referência Percentual Municipal

Percentual	Regional (Nordeste)	Percentual	Nacional
2010	28,18%	13,27%	16,48%
2011	30,66%	14,64%	17,98%
2012	30,52%	16,73%	19,93%
2013	30,8%	17,86%	21%
2014	31,1%	19,7%	22,39%

⁷⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38.** Brasília: Editora MS, 2014b. p. 214. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

⁷⁹ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Op.cit., 2022, p. 41.

⁸⁰ Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. **Relatórios do Estado nutricional** dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

⁸¹ Ibidem.

2015	31,88%	21,23%	24,57%
2016	33,49%	21,57%	25,1%
2017	32,7%	22,51%	25,98%

2018 34,5% 24% 27,29%
2019 35,17% 25,03% 28,54%
2020 36,6% 27,66% 31,6%
2021 37,5% 29,06% 32,92%
2022 35,26% 28,35% 31,88%
2023 36,14% 30,12% 33,38%

Elaboração própria. Fonte: **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN** (2023).

Afunilando-se a análise ora realizada, essencialmente no que diz respeito à organização político-administrativa sanitária, têm-se que o Município de Salvador se encontra dividido em 12 (doze) Distritos Sanitários, a citar: Centro Histórico, Barra, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano e Subúrbio Ferroviário. Tal categorização está voltada à divisão territorial **das competências e** atribuições relativas à **assistência à saúde**, de modo a facilitar a articulação das entidades atreladas à administração, fiscalização, atendimento e prestação de serviços públicos.⁸² Note-se que esta organização compreende a disponibilização de serviços nos diferentes **níveis de atenção à saúde no território**, englobando: **unidades básicas de saúde**, centros de apoio psicossocial, unidades ambulatoriais especializadas e de pronto atendimento, hospitais, dentre outros. Sendo estabelecida uma comunicação entre estes segmentos, de modo a mantê-los integrados e articulados, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, nos âmbitos público, privado (vinculados ou não ao SUS) e filantrópico, que contabilizam cerca de 3.599 estabelecimentos assistenciais de saúde.⁸³ Todavia, não se observa no âmbito de **assistência à saúde** às pessoas portadoras de obesidade tal dinamismo, especialmente se observados os altos índices de pessoas acometidas pela **obesidade no município e** a precariedade no setor de diagnóstico e prevenção. Neste ensejo, vejamos o número de casos de adultos acometidos **com sobrepeso e obesidade**

82 Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador**. Plano **Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 215. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 out. 2023.
83 Ibidem.

25

em cada um dos referidos distritos e a representação percentual destes a nível municipal no ano de 2022, **com base em** análise restrita ao estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas **unidade de saúde** destes, conforme dados do SISVAN:

Tabela 4: Número de casos de adultos acometidos **com sobrepeso e obesidade nos** distritos sanitários do Município de Salvador.

Número de casos de adultos acometidos **com sobrepeso e obesidade nos** distritos sanitários do Município de Salvador⁸⁴

Distrito Sanitário			
Nº de Unidades de Saúde			
Nº de casos/sobrepeso			
Nº de casos/obesidade			
Percentual de casos de obesidade por distrito			
Centro Histórico	08	2.806	2.651 3,61%
Barra/Rio Vermelho	12	4.327	4.595 6,26%
Boca do Rio	08	2.816	2.815 3,83%
Brotas	06	3.615	3.810 5,19%
Cabula/Beiru	24	8.601	9.004 12,27%
Cajazeiras	10	5.144	5.470 7,45%
Itapagipe	02	2.364	3.271 4,45%
Itapuã	19	8.966	8.790 11,98%
Liberdade	06	3.102	3.346 4,56%
Pau da Lima	16	6.586	6.687 9,11%
São Caetano/Valéria	16	7.169	7.830 10,67%
Subúrbio Ferroviário	36	13.493	15.102 20,58%

Elaboração própria. Fonte: **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN** (2023).

Quanto às mencionadas bases de dados, têm-se estas como importantes ferramentas para viabilização da identificação parcial **do estado nutricional** dos indivíduos acompanhados nas **unidades de saúde** municipais, **que devem ser** correlacionados com um procedimento de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado. Potencializando-se com tais realizações a elaboração **de estratégias de** atuação próprias **para o**

84 **Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado**

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. **Disponível em:** <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. **Acesso em:** 15 out. 2023.

26
enfrentamento desta patologia e de suas comorbidades, atribuindo, assim, maiores coeficientes de efetividade às ações de **assistência à saúde** ofertadas no município.⁸⁵

4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1.1. PORTARIAS INSTITUÍDAS ANTERIORMENTE PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

O aumento gradual dos índices de obesidade no cenário nacional e municipal, evidenciado pelos dados apresentados em tópicos anteriores, atrelado ao fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, têm indicado a necessidade de desenvolvimento de estratégias e atuações estatais para se enfrentar tal patologia e suas comorbidades. Isto de modo a promover a saúde, reduzindo a morbimortalidade entre os seus portadores e proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida, por meio do pleno acesso aos serviços de saúde, com infraestrutura de atendimento adequada e acompanhamento médico integral.⁸⁶

Contexto a partir do qual se instituiu a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave, regulamentada a princípio pelas Portarias n. 252/1999, 45/1999 e 196/2000. Estas voltavam-se à inclusão da cirurgia bariátrica no rol de procedimentos disponibilizados pelo SUS, designação dos hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde para esse fim, oferta dos equipamentos adequados e estabelecimento dos

85 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 22 out.. 2023.

86 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

27 critérios clínicos de seleção de pacientes.⁸⁷ Definindo-se, assim, a gestão organizacional desta e as indicações e contraindicações para a sua realização, senão vejamos:

Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias do Ministério da Saúde: a. Indicações a.1 Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo



menos 2 anos. a.2 Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada, **como: diabetes, hipertensão**, apneia do sono, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade. b. Contraindicações b.1 Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcoolismo, dependências químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contra indiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras. 88

Ainda sob este prisma, atendo-se à necessidade de ampliação da prestação deste serviço, especialmente em virtude do elevado percentual de pessoas acometidas por obesidade mórbida à época, elaborou-se a Portaria n. 1.157/2000, a qual revogou a definição **do número de** centros de referência credenciados **para a realização** da cirurgia bariátrica no país, constante **na Portaria n. 196/2000**. Isto de modo a ampliar o número de unidades credenciadas **para a realização** do procedimento, estendendo as possibilidades de execução deste, não obstante tenha se mantido as exigências necessárias e próprias para tal.⁸⁹ Neste ensejo de promoção de revogações elaborou-se também a Portaria de n. 628/2001, que além de revogar as aludidas Portarias aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. Sendo válido ressaltar que a regulamentação e gestão técnica atinente a este protocolo encontra-se esmiuçada em seus anexos (I, II e III), que instituíram diferentes disposições para a sua operacionalização, além de discriminar o soldo a ser utilizado para o custeio das despesas relativas ao mencionado tratamento cirúrgico, a citar: os recursos provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação ? FAEC (art. 4º).⁹⁰ Quanto a predita operacionalização do protocolo, no Anexo I encontra-se assentada a obrigatoriedade do seu preenchimento, mormente nas etapas de avaliação inicial, indicação do procedimento cirúrgico e acompanhamento médico dos pacientes submetidos à gastroplastia, sob pena de descadastramento do Centro de Referência (art. 1º, §§ 1º, 2º e 4º). No que tange ao Anexo II, este dispõe sobre as normas a serem observadas para o cadastramento

87 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. **Disponível em:** <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . **Acesso em:** 22 out. 2023.

88 Ibidem, p. 167.

89 Ibidem, loc.cit.

90 **Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001.** Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia **no âmbito do SUS.** **Disponível em:** https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf . **Acesso em:** 29 out. 2023.

28 do centro de referência em cirurgia bariátrica (art. 2º), conferindo ênfase a imprescindibilidade da **equipe multiprofissional para** a assistência médica **às pessoas com obesidade**, como garantia da integralidade (alínea c), do subtópico 2.1, do tópico 2).⁹¹

Por fim, menciona-se o Anexo III, **em que se** desdobra a relação de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica cadastrados no SUS (art. 3º). Dos quais, dos dezoito existentes naquele período, um se localizava **no estado do Ceará** (Fortaleza), dois em Minas



Gerais (ambos em Belo Horizonte), um no Pará (Belém), três no Paraná (Curitiba, Maringá e Londrina), um em Pernambuco (Recife), um no Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), um no Rio de Grande do Sul (Porto Alegre), um em Santa Catarina (Florianópolis) e sete em São Paulo (São Paulo [3], Campinas [1], Marília [1], Ribeirão Preto [1] e Piracicaba [1]).⁹²

Neste diapasão, diante das alterações e deformidades corporais decorrentes da intensa perda de massa corporal acarretada pela realização da cirurgia bariátrica, que dentre os seus resultados ocasiona o excesso de pele e flacidez no abdômen, seios e braços, atada a consequente necessidade da promoção de cirurgias plásticas reparadoras, se instituiu a Portaria GM/MS n. 545/2002. Que, visando propiciar o acesso dos pacientes submetidos ao procedimento de gastroplastia as cirurgias plásticas corretivas, incluiu tais procedimentos cirúrgicos na supramencionada tabela do SIH-SUS, são eles:⁹³

Tabela 5: Procedimentos cirúrgicos corretivos pós-gastroplastia incluídos na tabela de procedimentos do SIH-

SUS pela Portaria GM/MS n. 545/2002.

Procedimento Código na tabela CID?s indicados Faixa etária

Dermolipectomia

Abdominal pós

Gastroplastia

38.058.13.8

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Mamoplastia pós

Gastroplastia

38.059.06.1

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia Crural

pós Gastroplastia

38.060.06.0

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia 38.061.13.9 E66.8, L08.8, L30.0, 18 a 60 anos

91 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS n° 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.



92 Ibidem.

93 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

29

Braquial pós

Gastroplastia

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 545/2002.

Todavia, a assistência médica direcionada às pessoas com obesidade não pode se restringir à atuação de forma reparativa, tendo em vista tal realização configurar-se incompatível com as diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) para a prestação do serviço à saúde por parte do Estado. Isto considerando a necessidade desta de englobar a atuação preventiva e reparativa, por meio da prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo a se observar a necessária integralidade nesta prestação entre os diferentes segmentos de assistência da mesma.⁹⁴

Cenário em que se instituiu a Portaria GM/MS n. 1.569/2007, que se debruçou sobre tais necessidades, mormente com a institucionalização da linha de cuidados ao portador de obesidade grave em todos os níveis de assistência à saúde, com a identificação dos principais determinantes e condicionantes desta patologia. Objetivando-se promover com tal feito a ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no âmbito da assistência às pessoas com obesidade, mediante a promoção de diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico especializado, em observância aos princípios que norteiam as ações e serviços públicos de saúde, em especial a universalidade, equidade e integralidade (art. 2º).⁹⁵

Para tanto, a citada Portaria estabeleceu em seu art. 3º as diretrizes para a operacionalização da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção da obesidade, especificando as ações e serviços a serem desempenhados em cada segmento para controle desta e de suas comorbidades. Englobando, na atenção primária, à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde para promoção desta, na de média complexidade, ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, arraigadas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas de qualidade.⁹⁶

A logística de atenção ao portador de obesidade, consoante previsão do referido diploma, deve ainda ser regulada de forma complementar e suplementar, pelos estados,

94 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 31 out. 2023.

95 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a



atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023. 96 Ibidem.

30 Distrito Federal e municípios, haja vista a competência das três esferas de governo para o controle e avaliação das ações desempenhadas com este fim. De forma a planejarem a atuação de cada unidade federada, atendendo aos já mencionados princípios e diretrizes do SUS, discriminados no art. 7º da Lei n. nº 8.080/1990, qual seja: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização e igualdade da assistência à saúde.⁹⁷

4.1.2. PORTARIAS VIGENTES NA ATUALIDADE

Com a crescente prevalência da obesidade no decurso dos anos, haja vista o aumento gradual dos índices desta no cenário nacional, coadunada ao fato de as comorbidades a esta atreladas consubstanciarem-se como a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil, delineou-se a necessidade de se redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento desta. Panorama diante do qual se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu tal realização como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, esmiuçando a organização e as atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde e revogando as portarias GM/MS 1.569 e 1.570/2007.⁹⁸

Neste ensejo, no que concerne às diretrizes estabelecidas para a operacionalização da rede de atenção à saúde no âmbito da prevenção e tratamento da obesidade, destaca-se a importância conferida ao diagnóstico apropriado da população assistida, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades (art. 2º, IX). Isto a partir da identificação destes indivíduos com base em seu estado nutricional e estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades (art. 2º, I e II), além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento (art. 2º, VIII).⁹⁹

Feito que norteia, inclusive, outras de suas diretrizes, a citar: a utilização de sistemas de informação para a gestão dos casos existentes, regulação do acesso aos serviços de atenção especializada e monitoramento das ações e serviços desempenhados, bem como investigação e acompanhamento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade (art.

97 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

98 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 1ª.

ed., att. 2015, Brasília: CONASS, 2011, v. 04, p. 45 et seq. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf)

[uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf) . Acesso em: 01 nov. 2023.

99 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes



para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

31

2º, IV e V). Realizações que se alinham a articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde e organização da oferta de serviços, por meio da instituição de mecanismos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção e segmentos desta (art. 2º, III e VI).¹⁰⁰

Já no que diz respeito às atribuições, estas encontram-se sequencialmente dispostas no art. 4º da citada portaria, sendo discriminadas para cada segmento da rede de atenção à saúde. Isto de modo a englobar as especificações pertinentes à atenção básica (art. 4º, I), especializada e aos sistemas logísticos e de apoio (art. 4º, III), pormenorizando inclusive os subcomponentes da atenção especializada, a citar: o ambulatorial especializado (art. 4º, II, a), o hospitalar (art. 4º, II, b) e a urgência e emergência (art. 4º, II, c), de modo a promover a intersectorização da atuação, mantendo-se a colaboração e assistência entre estes.

A título de ilustração acerca destas atribuições, com relação ao componente de atenção básica (atenção primária) ressalta-se o encargo de efetuar a vigilância alimentar e nutricional da população, aliada ao desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersectorial. Isto precipuamente através da fomentação do autocuidado dos usuários, com fins de manutenção e recuperação do peso saudável, imprimindo destaque as ações voltadas ao incentivo da alimentação saudável e prática de atividades físicas (art. 4º, I, a, b e c); e da prestação de assistência terapêutica multiprofissional, garantindo o acolhimento adequado destas pessoas (art. 4º, I, d, f e g).

Por seu turno, tendo em consideração a atenção especializada, sobretudo o subcomponente ambulatorial, observa-se a ratificação da colaboração entre os segmentos da rede de atenção à saúde, por constar dentre as suas atribuições a prestação de apoio matricial à atenção primária e gestão de pacientes dentre os demais componentes. Conjuntura observada ante a incumbência deste de identificar os usuários para a realização da cirurgia bariátrica, enquanto tratamento para a obesidade, com o conseqüente encaminhamento destes para o subcomponente hospitalar e posterior retorno para a atenção básica, prestando assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória (art. 4º, II, a, 1 ao 7).¹⁰¹

No que diz respeito ao subcomponente hospitalar, cabe a este avaliar os casos indicados pelos setores anteriores para a realização do procedimento cirúrgico, priorizando os que possuam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde (art. 4º, II, b, 1, 2 e 3). De modo a organizar o acesso à cirurgia bariátrica, bem como às cirurgias plásticas

100 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>



legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

101 Ibidem.

32

reparadoras que se façam necessárias e ao acompanhamento terapêutico multiprofissional pós-operatório, auxiliado pelos demais segmentos consoante as diretrizes e protocolos de encaminhamento fixados pela presente portaria (art. 4º, II, b, 3 ao 7, e art. 6º).¹⁰²

Quanto ao subcomponente da **urgência e emergência**, a este compete **não apenas a** prestação **de assistência de** âmbito geral, mas também às possíveis complicações atreladas **ao sobrepeso e a obesidade** e o acompanhamento do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos pacientes (art. 4º, II, c). Sendo o funcionamento, comunicação e colaboração entre estes componentes e subcomponentes **da rede de atenção à saúde** fomentado pelos **sistemas de apoio e** logística, que se comprometem com **a realização de** exames complementares, prestação de assistência farmacêutica **e realização de** transporte sanitário para o diagnóstico **e tratamento da obesidade** (art. 4º, III).¹⁰³

Acerca disto, no que compete à assistência farmacêutica, cumpre destacar que esta se refere aos medicamentos disponibilizados para as comorbidades **e complicações associadas à** obesidade, vez que o SUS, como observado na portaria ora analisada, estabelece **a realização de** tratamento não medicamentoso. Ao que, não fornece medicamentos que se destinam especificamente **ao tratamento da obesidade** pelo gerenciamento de peso, recomendados para pacientes com um **IMC maior ou igual a** 30 kg/m², haja vista estes não serem aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tal feito, sob a justificativa do alto custo e baixa eficácia destes medicamentos.¹⁰⁴

Superadas tais especificações, **evoca-se que a** referida portaria redefiniu as diretrizes **das ações de prevenção e tratamento da obesidade e do sobrepeso e as atribuições dos componentes** e subcomponentes **da rede de atenção à saúde** com fins de instituí-las **como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Realização diante da qual não apenas elaborou um roteiro **para a organização** destas **linhas de cuidado do sobrepeso e da obesidade** (Anexo II), como também disponibilizou manuais instrutivos e cadernos temáticos para auxiliar em tal promoção.¹⁰⁵

¹⁰² Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a **organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório

para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias

no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.



105 **Brasil. Ministério da Saúde.** Op.cit., 2013.

33

Ademais, impende salientar que esta Portaria, em seu Anexo I, ressaltou o fato de que o tratamento cirúrgico da obesidade, atinente a realização da cirurgia bariátrica, configura-se tão somente como parte do tratamento integral, devendo ser implementada apenas quando esgotadas **as ações dos** segmentos mais básicos. Isto tendo em vista que prioriza-se **a promoção da saúde e o** cuidado clínico longitudinal, baseado **em ações de promoção da prática de atividades físicas e** alimentação saudável, enquanto autocuidado a ser desempenhado pelos pacientes, e a prestação de assistência terapêutica multiprofissional, estabelecendo-se rígidos critérios **para a realização de** procedimentos cirúrgicos.106

No tocante a realização da cirurgia bariátrica, **destaca-se que** esta é indicada, conforme disposições do supracitado anexo, para indivíduos que apresentem: a) IMC de 50 Kg/m²; b) IMC de 40 Kg/m², **com ou sem** comorbidades, cujo tratamento clínico longitudinal, efetuado por pelo menos 02 (dois) anos, não tenha surtido efeito; ou c) IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades, como diabetes mellitus, **hipertensão arterial sistêmica** de difícil controle, doenças articulares degenerativas, entre outras, cujo tratamento clínico também não tenha obtido sucesso (item I, alíneas a, b e c, do Anexo I).

Somam-se a estas indicações, elaboradas com fundamento em redefinições das constantes em portarias anteriores (PRTs 252/1999, 45/1999 e 196/2000), os rígidos critérios para a análise de sua pertinência, a citar: não responsividade ao tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, observância aos limites clínicos existentes em virtude da faixa etária do paciente, precipuamente quando se tratarem de jovens entre 16 e 18 anos e adultos com idade acima de 65 anos, bem como compreensão dos aspectos **do tratamento e** assunção de compromisso com todas as etapas da programação do procedimento (item I, incisos I, II e III, do Anexo I).107

Neste ensejo, em concomitância à Portaria MS/GM n. 424/2013 instituiu-se a Portaria MS/GM n. 425/2013, voltada ao estabelecimento **do regulamento técnico, normas e critérios para** a prestação da assistência especializada **de alta complexidade ao** portador de obesidade, principalmente do tratamento cirúrgico desta. Tendo previsto que configuram-se como **unidades de saúde** próprias à tal realização os hospitais que disponham de instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos **apropriados para a prestação de apoio**

106 **Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de**

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

107 Ibidem.

34

diagnóstico e terapêutico especializado, devendo tais estabelecimentos constarem na organização da aludida **linha de cuidado** (art. 1º e 2º).108

Tendo, em compatibilidade com o quanto delineado na portaria antecedente,



disposto **as diretrizes para** realização do tratamento cirúrgico **da obesidade e** acompanhamento pré e pós-cirúrgico (Anexo I), as normas para o credenciamento dos estabelecimentos **de saúde para o** desempenho destas atividades (Anexo II), além da relação de procedimentos cirúrgicos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais aprovados, **no âmbito do SUS, para** tanto (Anexo III). Outrossim, alterou as idades mínima e máxima **para a realização** do tratamento cirúrgico para 16, desde que respeitada a consolidação das epífises de crescimento, a 65 anos, conforme avaliação criteriosa do risco-benefício (art. 8º, §1º e 2º).¹⁰⁹
No que concerne aos procedimentos inclusos pela portaria ora analisada no rol disponibilizado pelo SUS para **tratamento da obesidade**, menciona-se:

Tabela 6: Procedimentos incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS pela Portaria GM/MS n. 425/2013.

Procedimento	Código na tabela	Faixa etária
Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional (art. 9º)	03.01.12.008-0	16 a 65 anos
Gastrectomia Vertical em Manga Sleeve (art. 11)	04.07.01.036-0	16 a 65 anos
Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)	03.03.07.013-7	16 a 65 anos
Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)	04.07.01.037-8	16 a 65 anos
Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica (art. 13)	04.13.04.025-9	16 a 65 anos
Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica (art. 14)	04.15.02.001-8	16 a 65 anos

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 425/2013.

Observa-se, neste tom, a ratificação pelas portarias n. 424/2013 (art. 6º) e 425/2013 (art. 14) da garantia de realização dos procedimentos de cirurgias plásticas corretivas que se fazem necessários ante as deformidades corporais ocasionadas pela intensa perda de

108 **Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento**



técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

109 Ibidem.

35

massa corporal provocada pela cirurgia bariátrica. Todavia, cumpre destacar que, malgrado não conste limitações **na portaria n. 424/2013** acerca da quantidade de procedimentos reparatórios possíveis para cada paciente que tenha sido submetido ao tratamento cirúrgico, a portaria n. 425/2013 permite o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos.¹¹⁰

Por fim, salienta-se que as PRTs de n. 424/2013 e 425/2013 encontram-se contidas na **Portaria de Consolidação n. 3**, que se trata do instrumento normativo que reúne as normas pertinentes às diferentes redes temáticas de atenção, serviço e pesquisa em saúde que compõem o **Sistema Único de Saúde**. Dispondo-se nesta as diretrizes, atribuições e disposições gerais para a operacionalização satisfatória da assistência primária e especializada **no âmbito do SUS para** as diferentes comorbidades que assolam **a população brasileira**.¹¹¹

4.1.3. PROJETOS DE LEI.

Ainda **no âmbito da** tutela jurídica do direito **à saúde das pessoas com obesidade**, evidenciou-se **ao longo do** presente trabalho a configuração desta patologia **como problema de saúde pública**, ante as proporções epidêmicas alcançadas, consoante se extrai dos índices por esta apresentados a nível nacional e municipal. Precipuamente se considerada a insuficiência de **abordagens abrangentes e não reducionistas** nas **unidades de saúde**, acentuada pela **perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde e a falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos**. Conjuntura que explana a **dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos** portadores desta doença e a baixa resolutividade dos mesmos.¹¹²

Cenário diante do qual foi proposto o Projeto de Lei n. 3.526/2020, pelo senador Romário de Souza Faria, **com o intuito de** se obrigar que sejam disponibilizados equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento **da pessoa com obesidade** pelos estabelecimentos de saúde (art. 1º), como: balanças, esfigmomanômetros, macas, **cadeiras ginecológicas e odontológicas**, mobiliário, vestimentas e demais materiais adequados. Isto sob o pressuposto de que estes estabelecimentos devem dispor de recursos apropriados **para o**

110 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece **regulamento**

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2023.

111 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. **Consolidação das normas sobre as redes do**

Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

112 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da

Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p. 06 et seq.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

36

atendimento destes indivíduos, visando a eliminação das possíveis barreiras existentes para estes protagonistas acessarem às **ações e serviços** públicos e privados de saúde.¹¹³

Ademais, dispõe-se ainda no supracitado projeto de lei que a inobservância a tal determinação configurar-se-á como infração sanitária, sendo sujeita às penalidades previstas no inciso II, do art. 10, da Lei nº 6.437/1977, qual seja: advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa (art. 2º). De modo que, tais estabelecimentos deverão respeitar os parâmetros técnicos estabelecidos em regulamento próprio para os espaços físicos, móveis, materiais e equipamentos médico-assistenciais que se façam necessários **para o atendimento** das pessoas portadoras de obesidade satisfatoriamente (§1º, art. 1º) impactando positivamente na sobrevida, morbidade **e qualidade de vida** destes.¹¹⁴

A matéria atualmente se encontra na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aguardando a designação do relator do Projeto de Lei para a análise, discussão e emissão de parecer acerca da viabilidade e pertinência deste, devendo ser encaminhado posteriormente para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para decisão terminativa. Neste prisma, **destaca-se que** superado o prazo regimental de cinco dias úteis disposto no art. 122, II, ?c?, do Regimento Interno para a apresentação de emendas, estas não foram propostas, mantendo-se o projeto **em sua integralidade** e aguardando distribuição.¹¹⁵

Sob este mesmo enquadro menciona-se o Projeto de Lei nº 2.532/2021, proposto pelo senador Antonio Mecias Pereira de Jesus, que destina-se a alteração do art. 6º da Lei nº 8.080/1990, para inclusão, no âmbito de atuação do SUS, das cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica mediante indicação médica. Sendo estas a abdominoplastia e a lipoaspiração, para correção **do excesso de** pele e flacidez no abdômen, além da mamoplastia redutora para as hipóteses de hipertrofia mamária ou gigantomastia. Conferindo, deste modo, status de lei às garantias até então reconhecidas apenas em sede de portaria (**Portaria de Consolidação n. 3**).¹¹⁶

113 Brasil. Senado Federal. Projeto de **Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020.** Obriga os estabelecimentos **de saúde**

a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa.

Disponível em:

https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=

[1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyOD_gwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyOD_gwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..) Acesso em: 11 nov. 2023.

114 Ibidem.

115 Brasil. Senado Federal. Projeto de **Lei nº 3526, de 26 de junho de 2020.** Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 11 nov. 2023.

116 **Brasil.** Senado Federal. Projeto de **Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021.** Disponível em: <https://legis>



.senado

.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

37

Isto sob a justificativa de que em uma porcentagem considerável dos casos de **obesidade o cuidado** clínico longitudinal, baseado **na promoção da prática de atividades físicas e** alimentação saudável para redução ou **manutenção do peso corporal**, não se faz suficiente, indicando-se como única alternativa terapêutica a realização da cirurgia bariátrica.

Procedimento cirúrgico do qual resulta intensa perda de massa corporal, atrelada a flacidez e **excesso de** pele, que podem ocasionar, inclusive, limitação da movimentação, desequilíbrio da coluna vertebral e infecções cutâneas recorrentes, evidenciando **a necessidade de** realização dos procedimentos reparadores para garantia **da qualidade de vida** destes pacientes.117

Diferentemente do projeto anterior, que ainda se encontra pendente de aprovação pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), este já passou pela análise promovida pela CAE, a qual o aprovou, considerando que não se diagnosticou a existência de impactos financeiros com a sua aprovação, sendo compatível com as normas que regulam as finanças públicas. Isto tendo em vista que, além de estas já se encontrarem dispostas na tabela de procedimentos do SUS, ante a previsão em portarias próprias, no que pertine a integralidade de assistência, a indispensabilidade do tratamento engloba **não apenas a obesidade, mas também** as deformidades observadas em decorrência da cirurgia bariátrica.118

Neste tom, os mencionados projetos de lei demonstram que, em que pese encontrem-se previstas diretrizes para o funcionamento da assistência médica **no âmbito da atenção primária** e especializada direcionada **às pessoas com obesidade e** da garantia de atendimento clínico especializado, dotado **de equipamentos e** infraestrutura adequada, ainda não se extrai coeficientes de eficácia satisfatórios. Mormente se observado que, não obstante tenha-se incluído os procedimentos reparadores na tabela do SUS, bem como os recursos necessários para o desempenho **das ações e serviços de assistência à saúde**, ainda se tem **a necessidade de** alçar tal matéria ao status de lei para possibilitar exigência mais incisiva desta.

117 Brasil. Senado Federal. Projeto de **Lei n° 2.532**, 13 de julho de 2021. Disponível em: [https://legis](https://legis.senado)

.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

118 **Brasil**. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023.

Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts>

=1697054195893&dispositi

on=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgzNTcyMC40LjEuMTY5OTgzM3MwNy4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

38

4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

A problemática atinente a invisibilização **das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade de** se esquadriñar a tutela jurídica do Estado direcionada à estas é evidenciada ante os óbices relativos ao efetivo funcionamento **da rede de atenção à saúde no** tocante à **prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade**. Compreensão esta assentada nas barreiras identificadas **para a oferta e realização de ações e serviços** voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde destes indivíduos, as quais englobam a ausência de **abordagens abrangentes e não reducionistas**, acentuada pela **falta ou acesso insuficiente a** equipamentos médicos e qualificação profissional.¹¹⁹

Quanto a estas deficiências, menciona-se o **diagnóstico nutricional tardio** e deficitário, que obstaculiza o encaminhamento **para o serviço de** cuidado especializado com adoção de modelo condizente com a **abordagem terapêutica integral**, reverberando na **baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos**. Sendo tal entrave circundado pela diminuta **disponibilidade de infraestrutura física e** equipamentos adequados ao atendimento **do indivíduo com obesidade** nas **unidades de saúde**, sobretudo os pertinentes ao diagnóstico e **implementação do processo de cuidado**, a citar: **balanças, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas**, estetoscópio, esfigmomanômetro, dentre outros.¹²⁰ No tocante à infraestrutura voltada à **assistência à saúde** ao portador de **obesidade no município** de Salvador, não se observa nesta o dinamismo necessário para a efetiva **implementação de ações e serviços** inerentes à prevenção, diagnóstico e tratamento desta enfermidade. Isto especialmente no que concerne aos serviços do setor diagnóstico e terapêutico, vez que em que pese as disposições da Portaria MS/GM n. 424/2013, acerca da imprescindibilidade do acompanhamento médico e diagnóstico adequado, no Plano **Municipal de Saúde não se** verifica menção a tal promoção.¹²¹

¹¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

¹²⁰ Ibidem, p. 06 et seq.

¹²¹ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de**

39

Quanto a esta premissa, **ressalta-se que não** obstante tenha se aumentado a **disponibilidade de equipamentos de** diagnóstico nas unidades municipais **de saúde no** ano de 2020, não há alusão à capacidade destes para atendimento **das pessoas com obesidade e** suas especificações dimensionais. Sobre isto, dentre os equipamentos disponibilizados há o

tomógrafo e o aparelho de ressonância magnética, que em certos quadros clínicos demandam especificações métricas diversas para que sejam capazes de comportar o biotipo destes, além do ultrassom convencional, quando o apropriado a determinados casos de **obesidade é o** ecoendoscópio, em decorrência das dificuldades ocasionadas pelo panículo adiposo.¹²² Ainda no que tange a estes serviços de apoio diagnóstico e terapêutico discriminados no citado plano, salienta-se a ausência de tópico particularizado ou menção em aspecto geral à promoção de procedimentos ou aquisição de aparelhos apropriados ao atendimento destes protagonistas. Não havendo neste, ou sequer no Plano Municipal de enfrentamento das DCNTs, a indicação das medidas a serem adotadas para a avaliação clínica do paciente portador de **obesidade, com o** conseqüente correlacionamento com as comorbidades para as quais se estabelece **como fator de risco**, acaso existentes.¹²³ Condição delicada que inflama ainda outra vertente atrelada a dificuldade de **acesso aos serviços de saúde e adesão aos processos terapêuticos**, que se trata do conseqüente constrangimento experimentado por estes indivíduos quando desta tentativa frustrada, o que ocasiona um desestímulo à procura por assistência médica especializada. Tendo-se como fomento a esta conjuntura a **perspectiva culpabilizadora dos profissionais da** saúde, que responsabilizam estes pacientes pelo quadro clínico apresentado e equivocadamente associam a obesidade ao desleixo e/ou ausência de comprometimento com **o cuidado da saúde e manutenção do peso**, em que pese a **origem multifatorial e complexa** desta.¹²⁴ Comportamento que acaba por atravancar a procura por acompanhamento médico e tratamento adequado, tendo em vista a ausência de atendimento humanizado e acolhedor em relação a estes indivíduos. Mormente se considerado que tais pessoas se sentem

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

122 Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º**

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 223 et seq. **Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I**

_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 nov. 2023.

123 Ibidem, p. 261 et seq.

124 **Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.06. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .**

Acesso em: 15 nov. 2023.

40
pressionadas e continuamente julgadas, ante os estereótipos estéticos reverberados pela sociedade e a crítica constante quanto a suposta ausência de cuidado **para que se** atingisse tal biótipo corporal. Quando, em verdade, isto é influenciado não apenas por hábitos alimentares dos indivíduos e sua frequência na **prática de atividades físicas, como** já mencionado.¹²⁵ Nesta toada, o despreparo **dos profissionais para lidar com a complexidade** da



obesidade, ante ao estigma atrelado a esta que inobserva os fatores genéticos, metabólicos, sociais e culturais **que influenciam na** sua ocorrência, enseja em um atendimento deficitário que não se atém a análise atenta das **particularidades e necessidades** destes indivíduos.¹²⁶ Inobservando-se, desta maneira, as diretrizes traçadas pela mencionada portaria **para o atendimento**, cuidado clínico e prestação de assistência terapêutica multiprofissional que garanta o acolhimento adequado destes (art. 2º, I, II, V, VI, VIII, IX e X).¹²⁷

Sob este prisma, adere-se ainda a esta espiral de problemáticas o fato **de que a** busca por **serviços de saúde por** parte deste público é motivada, via de regra, por outras comorbidades associadas **à obesidade**, tais quais **hipertensão, diabetes e dores articulares**, haja vista esta se consubstanciar **como fator de risco para o** seu desenvolvimento. Havendo, diante disso, uma alta demanda **para a realização de atendimento curativo e individual** relativo a estas, sem que se efetue um diagnóstico mais aprofundado e completo, com análise das particularidades do paciente e o necessário **encaminhamento para serviço especializado** e cuidado continuado.¹²⁸

Óbices que dificultam **o acolhimento e** diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, **bem como a** realização do tratamento adequado dos mesmos, que é tangenciado por efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos sobre estes. Circunstância que reforça **a necessidade de** aprimoramento, especialmente **na rede de atenção primária, da disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos**

¹²⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

¹²⁶ CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

¹²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 nov. 2023.

¹²⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Op.Cit., 2022, Loc. cit.

41 adequados **para o atendimento**, que ainda se demonstra escasso, em que pese tal classe consubstanciar-se como parcela significativa **da população**.¹²⁹ **No que se refere à atuação na rede de atenção primária à saúde no** município de Salvador, cumpre observar que esta se atém a redução dos riscos de adoecimento relacionados à **alimentação e nutrição** disposta na **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**



(PNAN). Adotando, para tanto, procedimentos atinentes à **Vigilância Alimentar e Nutricional** nesta proposta, voltada ao diagnóstico e monitoramento **do estado nutricional da população**, cuja procedimentalização se encontra adstrita às ações relativas ao SISVAN nas **unidades básicas de saúde do município**.¹³⁰

Realizações estas compatíveis com parte das atribuições discriminadas pela Portaria n. 424/2013 para este segmento (art. 4º, inciso I, alíneas a, b e c). Porém, como tecido anteriormente, **com base no** cenário delineado pelos dados disponibilizados ao acesso público, não se observa na atuação municipal a prestação de assistência terapêutica multiprofissional e a garantia de acolhimento adequado aos indivíduos portadores de obesidade. Feitos indicados pela citada portaria como atribuições **da rede de atenção primária** perante **a linha de cuidado** instituída para **prevenção e tratamento da obesidade** (art. 4º, inciso I, alíneas d e g).¹³¹

Neste diapasão, detendo-se **a atenção à** referida **linha de cuidado**, cumpre rememorar que a instituição desta pelas unidades federativas, em condição prioritária **na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas**, foi também estabelecida pela Portaria n. 424/2013, ao redefinir as diretrizes pertinentes a esta temática.¹³² Possuindo como finalidade **a oferta de ações e serviços de saúde de** modo integrado e harmônico entre os diferentes segmentos que compõem a RAS (atenção básica/primária e especializada de média e alta complexidade), garantindo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado clínico.¹³³

¹²⁹ Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 15 nov. 2023.

¹³⁰ Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador (SMS SSA)**. Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

¹³¹ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de**

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 nov. 2023.

¹³² Ibidem.

¹³³ Brasil. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde**. Disponível em:

[https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf)

[pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf). Acesso em: 15 out. 2023.



42

Todavia, nem todos os estados a implementaram, **vez que apenas** o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Acre, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe a instituíram, ao tempo que os estados de Alagoas, Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí e Tocantins estão debatendo e trabalhando para a instituição desta, não tendo sido encontradas até o presente momento informações acerca da efetiva instituição das mesmas.

Neste tom, **destaca-se que não** foram disponibilizados dados e informações acerca da implantação **de uma linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade** no estado da Bahia. O único documento encontrado acerca da gestão de atendimento e cuidado desses indivíduos trata-se do Protocolo de atendimento **e acompanhamento de pessoas com obesidade** elaborado pelo Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), **com o intuito de** regular os critérios de encaminhamento de pacientes para este.¹³⁴

Nota-se, assim, uma deficiência na implantação de protocolos e fluxos de cuidado nas instâncias iniciais de atendimento **da rede de atenção primária à saúde (APS)** no Estado da Bahia, que reverbera na gestão promovida pelo Município de Salvador, não se observando uma atuação preventiva a obesidade de modo a evitar o agravamento da condição clínica e **desenvolvimento de outras** comorbidades. Quanto a isto, não foram disponibilizados nos bancos de dados e documentos **de acesso público** informações relativas ao abastecimento e suficiência de equipamentos necessários **para o atendimento**, diagnóstico **e tratamento da obesidade**, bem como formação e capacitação de profissionais da saúde.

Noutro tom, em meio a este crítico cenário é válida a menção à instituição do Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), o qual oferece uma rede integrada de atenção ao paciente, com atendimento multidisciplinar em áreas referentes ao desenvolvimento de possíveis complicações e comorbidades a estas atreladas. O mesmo apresenta uma atuação integrada a das demais **unidades de saúde que** compõem a **rede de atenção primária**, as quais realizam a interlocução e encaminhamento dos pacientes. No entanto, este apresenta critérios restritivos para a admissão, englobando:¹³⁵

Paciente de 18 a 60 anos com obesidade grau 3 ($IMC > 40$) **com ou sem** comorbidades ou grau 2 (IMC entre 35 e 40) com pelo menos duas comorbidades

134 Bahia. Secretaria **de Saúde do** Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência

ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. **Disponível em:** <https://www.saude.ba.gov.br/a-tencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. **Acesso em:** 16 out. 2023.

135 Ibidem.

43

relacionadas **ao excesso de peso**, desde que estejam sensibilizados e predispostos a fazer **mudanças de estilo de vida** visando perda ponderal e com acompanhamento regular **na Atenção Primária** por pelo menos 01 ano. ¹³⁶

Ademais, **destaca-se que** no ano de 2020 foi incorporado ao Hospital



Municipal de Salvador (HMS) o serviço de cirurgia bariátrica, compreendido como um importante meio de tratamento da obesidade e suas comorbidades. Integrando-se nesta área de atuação com o citado Cedeba, instituído décadas antes (24/03/1994), cujo ambos dispõem de uma equipe composta de médicos, endocrinologistas, psicólogos e nutricionistas voltados ao acompanhamento destes indivíduos para a identificação da adequação do procedimento e sua consequente realização.¹³⁷

Neste ensejo, entende-se pela observância às atribuições do componente de atenção especializada quanto à identificação de casos de realização do procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhamento destes para as unidades apropriadas para tal promoção, ante ao esgotamento das possibilidades terapêuticas na APS (art. 4º, inciso II, alínea a, itens 1, 2 e 3). Contudo, não se tem menção ao importante acompanhamento terapêutico multiprofissional no pós-operatório a ser desempenhado na rede de atenção especializada hospitalar (4º, inciso II, alínea a, itens 5 e 6, c/c alínea b, itens 1, 3 e 5).¹³⁸

5. CONCLUSÃO.

O presente trabalho se propôs a esquadrihar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto ante a potencial invisibilização desses indivíduos no sistema de saúde, em que pese a existência de instrumentos normativos que versam especificamente acerca

136 Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao>

-de-criterios-de-matricula.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

137 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 277 et seq. Disponível em:

[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I)

[_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf). Acesso em: 15 nov. 2023.

138 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

44

desta matéria, os quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos diferentes níveis que compõem esta rede de assistência, a citar: as Portarias MS/GM n. 424 e 425/2013.

Neste ensejo, impende destacar o reconhecimento desta doença como problema de saúde pública, haja vista que além dos altos índices de incidência apresentados,



que já alcançam proporções epidêmicas, esta se consubstancia **como fator de risco para o desenvolvimento de outras** DCNTs, a citar: **hipertensão arterial, diabetes** e cardiopatias. Enfermidades que, inclusive, são as responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade desta capital, conforme dados disponibilizados **no Sistema de Informação** Sobre Mortalidade (SIM), o que evidencia os impactos exercidos pela obesidade nos índices **de morbidade e mortalidade**, interferindo **na duração e qualidade de vida** destes protagonistas.

Ademais, salienta-se ainda os drásticos impactos financeiros exercidos pelos gastos com esta patologia **no sistema de saúde**, o qual exige um considerável despendimento econômico por parte do Estado, que já alcança a monta de R\$1,49 **bilhões de reais** por ano, comprometendo-se significativamente o orçamento estatal para estes gastos. Panorama geral que **evidencia a necessidade de** se debater a eficácia dos instrumentos normativos existentes acerca da matéria, de modo a potencializar a estruturação **da rede de atenção primária e especializada** voltada **à prevenção e tratamento da obesidade** e a garantia de **acesso à saúde** de qualidade, enquanto direito fundamental constitucionalmente assegurado.

Neste tom, este trabalho foi desenvolvido mediante a aplicação do método de pesquisa bibliográfica, lastreada em material publicado a respeito da temática, especialmente livros, periódicos, artigos, **cadernos de saúde**, relatórios publicados em plataformas governamentais e legislação existente acerca da matéria. Tendo se utilizado, ainda, de abordagem metodológica qualitativa, voltada ao entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo de Karl Popper, cujas hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento **para a identificação** da solução do problema de pesquisa explicitado.

Sob este prisma, para se alcançar uma compreensão da realidade acerca dos efeitos da aparente invisibilização **das pessoas com obesidade no sistema de saúde e da necessidade** ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades dos **indivíduos com obesidade**, estabeleceu-se quatro objetivos específicos. Sendo o primeiro pertinente a identificação da regulamentação do direito à saúde, do seu status no ordenamento jurídico e quais os meios e sistemas elaborados pelo Estado para a efetivação do **acesso à saúde**, enquanto garantia de um mínimo existencial nesta esfera.

45

No que concerne a este, observou-se **que a** regulamentação geral do direito à saúde encontra-se disposta na Constituição Federal, em que é reconhecida como um direito social, nos termos do art. 6º, e elevada **a condição de** direito fundamental. Sendo que, no referido diploma, esta matéria encontra-se disciplinada em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, que estabelecem as normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante **a população brasileira**. Visando-se a garantia e ampliação do acesso às **ações e serviços** voltados à promoção, proteção e recuperação **da saúde por meio de** prestações materiais positivas e providências jurídico-normativas.

Conjuntura sob a qual foi criado o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, de caráter universal, integral e descentralizado, que encontra-se disposto no art. 198 do diploma constitucional e é regulamentado **de forma mais** específica nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990 que delineiam o arcabouço legal e principiológico para seu funcionamento. Isto enquanto suporte para a efetivação da política **de saúde do país**, por estabelecer **um conjunto de ações e serviços** públicos que integram uma rede regionalizada e



hierarquizada, pautada na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. No que concerne ao segundo objetivo específico, este refere-se à análise das principais estratégias formuladas pelo sistema público de saúde para o controle do número de casos de obesidade no país, atendo-se à identificação das bases legais existentes acerca da matéria. Tendo-se, nesta oportunidade, verificado a instituição de uma série de portarias atinentes à estruturação da rede de atenção primária e especializada do SUS para atendimento destes indivíduos, as quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos segmentos que a compõem para a prevenção e tratamento da obesidade.

Sendo que, nas Portarias mais recentes (PRTs MS/GM n. 424 e 425/2013) foi conferida maior relevância a realização do diagnóstico apropriado dos pacientes, centrado nas particularidades e necessidades destes, mediante identificação de seu estado nutricional e estratificação consoante a presença de outros fatores de risco e comorbidades. Isto além da importância creditada ao acompanhamento terapêutico adequado, com encaminhamento para serviço especializado e adoção de modelo com abordagem terapêutica integral e intersetorial, malgrado não se observe a efetivação destas realizações no município de Salvador.

No que tange ao terceiro objetivo específico, convergente a verificação de como se dá a operacionalização dos eixos estratégicos para que abarque as necessidades da população obesa assistida, tal informação encontra-se também disciplinada na Portaria n.

424/2013. Isto considerando que, como discorrido no desenvolvimento deste trabalho, esta engloba as principais atribuições dos níveis de atenção básica, especializada e dos sistemas

46
logísticos e de apoio à saúde, esmiuçando inclusive os encargos dos subcomponentes da atenção especializada (ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência), ao estabelecer as atividades a serem desempenhadas intersetorialmente nestes.

Já no que diz respeito ao quarto e último objetivo específico, pertinente a identificação das barreiras enfrentadas para a garantia do acesso à saúde às pessoas com obesidade, sobretudo nesta capital, constatou-se: a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas no âmbito de atendimento médico, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a infraestrutura física e equipamentos adequados ao acompanhamento destes indivíduos nas unidades de saúde. Deficiências agravadas pelo diagnóstico nutricional tardio e deficitário, ante a perspectiva culpabilizadora e despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a complexidade da obesidade, que desestimula a procura por assistência médica especializada.

Aglutina-se ainda a este encadeamento a questão da busca por ações e serviços de saúde ser motivada, majoritariamente, pela manifestação de outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, que em sua maioria não são correlacionadas com a mesma. Dificultando-se, desta forma, o diagnóstico mais aprofundado, com análise das particularidades dos pacientes e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado, com a conseqüente garantia de uma melhor qualidade de vida para estes.

Informações estas que comungam com as alegadas limitações diagnósticas e terapêuticas indicadas em virtude da inobservância de importantes disposições previstas nas aludidas portarias, que se destinam a operacionalização das ações e serviços de prevenção e tratamento da obesidade. Considerando que, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública no âmbito da saúde, ainda se nota a precariedade no que tange ao diagnóstico apropriado

e encaminhamento para atendimento especializado, sendo tal conjuntura circundada pela parca **disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos adequados**.

Confirmando-se, assim, as hipóteses levantadas acerca da problemática.

Diante de tudo quanto exposto, observa-se que no tocante a conjuntura analisada não se faz necessária a elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das **redes de assistência à saúde** do SUS, mas sim a implementação efetiva das disposições das portarias já existentes que regulam a matéria. Isto tendo em vista que, as previsões nestas existentes já se debruçam sobre as necessidades a serem observadas **para que seja** promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional, ante a busca por profissionalização do corpo de trabalho que a compõe.

47

Sendo estabelecido por estas, ainda, toda a divisão de atribuições entre os diferentes segmentos que a integram, **de forma a** corroborar com a colaboração entre estes, possibilitando uma atuação intersetorial e dinâmica, com assistência não apenas reparativa, mas também preventiva, atendendo às disposições gerais tecidas quanto à **garantia do direito** à saúde. Note-se que, até mesmo os projetos de lei elaborados nesta esfera voltam-se a busca de garantia de coeficientes de efetividade de disposições já constantes nas mesmas, seja **em relação ao** atendimento especializado com infraestrutura adequada ou a autorização e custeio de cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica. Necessita-se, portanto, especialmente **no âmbito do** município de Salvador, da efetiva implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição **da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade**, dentre outras realizações nestas constantes. Isto porque, conforme se extrai das informações sobre a atuação municipal, angariadas nas plataformas de dados governamentais disponíveis e nas documentações disponibilizadas ao acesso público, especialmente os planos municipais **de saúde e de** enfrentamento às DCNTs, este ainda não implementou as principais medidas para acompanhamento destes indivíduos. Neste diapasão, salienta-se que em que pese as tentativas, não foram encontradas ou fornecidas maiores informações acerca da instituição, no município, **da linha de cuidado** voltada especialmente para **a prevenção e tratamento da obesidade**, bem como das políticas públicas implementadas visando tal feito ou **dos processos de cuidado** direcionados ao acompanhamento deste público. Ademais, não se disponibilizou também dados acerca da infraestrutura técnica, profissional e material existente no município para a devida prestação da assistência médica a ser direcionada a esta parcela substancial da população, sendo esta ausência de acesso ou existência a informação também compreendida como tal. Circunstância diante da qual se propõe que, para pesquisas futuras, se angarie mais informações acerca da gestão desempenhada no município **no âmbito da rede de** assistência primária e especializada do SUS, com destaque às **ações e serviços** implementados por este para **prevenção e tratamento da obesidade**. Sobretudo, se houve a instalação **de uma linha de cuidado prioritária** específica para esta esfera, como discriminado nas portarias vigentes acerca da temática, ou se há planos para a sua futura implementação, com a adoção do plano de atribuições nesta discriminados.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão **sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. **Disponível em:** https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pf. Acessado em 09 de março de 2023.

Anjos, Luiz Antonio dos. **Obesidade e Saúde Pública**. 20.ed. **Rio de Janeiro** : Editora Fiocruz, 2006.

Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de **Acompanhamento de Pessoas com Obesidade**. 1ª edição, **Versão eletrônica**, 2020, p. 16. **Disponível em:** <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao-de-criterios-de-matricula.pdf>. **Acesso em:** 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria **de Saúde do** Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. **Disponível em:** <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. **Acesso em:** 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria **de Saúde do** Estado da Bahia - SESAB. **Obesidade e Sobrepeso**. **Disponível em:** <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/obesidade-e-sobrepeso/>. **Acesso em:** 15 out. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de **Obesidade e as DCNT**. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. **Disponível em:** <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. **Disponível em:** <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf>. **Acesso em** 27 de agosto de 2023.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. **Disponível em:** https://www.planalto.gov.br/ccivi/l_03/constituicao/constituicao.htm. **Acesso em:** 09 mar. 2023.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre **as condições para a promoção,**



proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em:
<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas>. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.htm. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccc.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 2012,



2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

Brasil. Senado Federal. Matérias Bicameras: Projeto de Lei n° 3526, de 2020. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&disposition=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDlwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MDMwNy4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDlwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA.. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&n_umero_Processo=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI A.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2023.

Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 111-153, 3 nov. 2020.



Malta, Deborah Carvalho. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis** e a utilização de **serviços de saúde**: análise da **Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil**. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 2017;51 Supl 1:4s, p. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2023.

Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). **Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo**. Barueri: Manole, 2020.

Moraes, Alexandre de. **Direito constitucional**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

Paulsen, Leandro. **Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006.

Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Corso, Arlete Catarina Tittoni. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade**. **Revista de Nutrição**. Campinas: V. 17, out./dez., 2004, p.01. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador**. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador (SMS SSA)**. **Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Souza, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev bras nutr clín**, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

WHO. **Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012**. Geneva: WHO; s.d. Disponível em:



http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva: **World Health Organization**, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.



=====

Arquivo 1: [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Arquivo 2:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
(44725 termos)

Termos comuns: 925

Similaridade: 1,64%

O texto abaixo é o conteúdo do documento [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Os termos em vermelho foram encontrados no documento

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
(44725 termos)

=====

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
GRADUAÇÃO EM DIREITO

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

Salvador



2023

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

TCC apresentado ao Programa
de Graduação em Direito da
Universidade Católica do
Salvador, como requisito
parcial para a obtenção do grau
de bacharel em direito.

Orientador: André Quadros
Côrtes, Mestre em Políticas
Sociais e Cidadania.

Salvador

2023

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA



RESUMO

O presente trabalho se propôs a analisar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde direcionado às pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto no intuito de se esquadrihar a aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades destes indivíduos. Interesses estes fundados nos desafios e barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços pertinentes à promoção, proteção e recuperação da saúde da população obesa, que englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional. Para tanto aplicou-se o método de pesquisa bibliográfica, embasada em material publicado a respeito da temática, particularmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde e relatórios extraídos de plataformas governamentais. Utilizando-se, ademais, de abordagem metodológica qualitativa, focada no entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para identificação da solução do problema de pesquisa explicitado. Sob este enquadro, a análise realizada evidenciou a prescindibilidade de elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, vez que, em verdade, faz-se necessária a implementação efetiva das disposições constantes nas portarias já existentes acerca da matéria. As quais se debruçam sobre as particularidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional. Conjuntura sob a qual delinea-se a necessidade, mormente no âmbito do município de Salvador, de implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; DCNTs; Comorbidades; Saúde; SUS; Prevenção; Diagnóstico; Tratamento; Atendimento; Acompanhamento; Infraestrutura; Estigma; Atenção Primária; Atenção Especializada; Mortalidade; Morbidade; Portarias; Eficácia.

ABSTRACT

The present work proposed to analyze the effectiveness coefficients of the legal protection of the right to health aimed at people with obesity in the Municipality of Salvador, especially with regard to the actions and services performed in the primary and specialized care network of the

SUS. This is in order to investigate the apparent invisibility of people with **obesity in the** health system and the need or not to develop legislative instruments specifically aimed at the needs of these individuals. These interests are based on the challenges and barriers identified for the offer and implementation of actions and services relevant to the promotion, protection and recovery of the health of the obese population, which include the absence of comprehensive and non-reductionist approaches, accentuated by the lack of or insufficient access to medical equipment and professional qualification. To this end, the bibliographical research method was applied, based on published material on the topic, particularly books, periodicals, articles, health notebooks and reports extracted from government platforms. Furthermore, using a qualitative methodological approach, focused on understanding and evaluating the research object, linked to the hypothetical-deductive method, in which the formulated hypotheses are subjected to the falsification process to identify the solution to the explained research problem. Under this framework, the analysis carried out highlighted the unnecessary development of new normative instruments to establish guidelines and operationalize SUS health care networks, since, in truth, it is necessary to effectively implement the provisions contained in the ordinances already existing information on the subject. Which focus on the particularities to be observed so that adequate diagnosis of the obese population can be promoted, with specialized monitoring, equipped with technical and professional infrastructure. Situation under which the need is outlined, especially within the scope of the municipality of Salvador, to implement the guidelines and attributions contained in the Ordinances and National Policies drawn up on the subject, such as the institution of the line of care for the prevention and treatment of **overweight and obesity**, among other achievements in these constants.

Key words: Obesity; Overweight; NCDs; Comorbidities; Health; SUS; Prevention; Diagnosis; Treatment; Service; Follow-up; Infrastructure; Stigma; Primary attention; Specialized Care; Mortality; Morbidity; Ordinances; Efficiency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.	5
2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	8
2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.	8
2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	12
3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.	17
3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.	17
3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL.	21
4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE	



NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1.1. Portarias instituídas anteriormente para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade	26
4.1.2. Portarias vigentes na atualidade.	30
4.1.3. Projetos de lei.	35
4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	38
5. CONCLUSÃO.	43

5

1. INTRODUÇÃO

A saúde se consubstancia como um direito social, assim reconhecida no art.

6º da Constituição Federal, que a elevou à condição de direito fundamental, dotando-lhe de força normativa e vinculante.¹ Cenário este que exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, para se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos termos do art. 196 da CF.² Enquadro lógico sob o qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado (art. 198, da CF), enquanto suporte à efetivação da política de saúde no país.³

Tal sistema é responsável pela atenção à saúde da maioria dos cidadãos, englobando um conjunto de serviços ambulatoriais, terapêuticos e pré-hospitalares de urgência e emergência especializados.⁴ Todavia, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda tem se demonstrado exígua. Tendo a referida patologia se tornado um problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas que têm alcançado em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas quando do atendimento primário.⁵

A título de contextualização, salienta-se que a obesidade se trata de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa que representa o aumento excessivo de tecido adiposo no organismo, haja vista apresentar um excesso no Índice de Massa Corporal (Superior a 30 kg/m²).⁶ Dentre as suas causas, alberga fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos, dos quais a literatura científica

1 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

2 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da

Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

3 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de



mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

4 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNASUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2_saud_soci_e_polit_public_saud_2016.pdf. Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

6 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity . Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.

6 destaca como principais a inatividade física, a redução do consumo de alimentos básicos e a maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar.⁷ Esta, em decorrência das suas complicações metabólicas, se configura ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, as quais não são correlacionadas a um diagnóstico apropriado, ante a deficiente estrutura de atendimento.⁸ O que reverbera na ausência de encaminhamento para serviço especializado, com adoção de modelo adequado à abordagem terapêutica integral, que se constituem como importantes aspectos para a redução da morbimortalidade das pessoas com obesidade.⁹ Quanto a isto, nota-se que consoante dados apontados pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB), apenas 2,5% do total de atendimentos individuais são voltados à condição avaliada como obesidade.¹⁰ Conjuntura esta incongruente com os índices apresentados no ano de 2023 nos relatórios públicos emitidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde, que indicavam que aproximadamente 34.51% dos indivíduos adultos já possuem diagnóstico de excesso de peso, 20.65% de Obesidade Grau I, 8.23% de Obesidade Grau II e 4.37% de Obesidade Grau III.¹¹ Contexto que se reproduz no município de Salvador, cujo os índices apresentados neste relatório indicam que aproximadamente 33.1% dos indivíduos adultos possuem diagnóstico de sobrepeso, além de apresentar porcentagens ligeiramente mais altas de Obesidade Grau I (21.68%), Obesidade Grau II (9.42%) e Obesidade Grau III (5.05%), se comparada com os índices nacionais. Circunstância sob a qual se observa que os atos normativos elaborados não transparecem coeficientes de eficácia válidos, especialmente no que concerne ao cuidado direcionado a estes protagonistas neste município.¹² Ratifica-se, desta forma, a premissa tecida acerca da precariedade de



diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento, que ainda é circundada pela parca

7 Souza, Saul de Azevêdo *et al.* **Obesidade** adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. **Cadernos**

de Saúde Pública, v. 34, p. 02. **Disponível em:** <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

8 Ibidem.

9 **Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para**

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. **Disponível em:** https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

10 Ibidem, p.11.

11 **Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado**

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, **fase do ciclo da vida e índice.** Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

12 Ibidem.

7

disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à **atenção ao indivíduo com** obesidade. Particularmente aqueles voltados ao rastreamento e implementação **do processo de** cuidado, tais quais: balanças, macas e cadeiras adequadas, fita métrica, esfigmomanômetro, dentre outros. Condições observadas não obstante tais indivíduos representarem porcentagem significativa da população, consoante delineado linhas alhures.¹³

Sob este prisma, impende ainda **ressaltar que o fato de** a obesidade se configurar como **fator de risco para o desenvolvimento de outras** DCNTs exerce drásticos impactos nos índices de morbidade e mortalidade, bem como nas finanças pertinentes **ao sistema de** saúde. Tendo se contabilizado em estudo elaborado sobre a temática que do orçamento de R\$6,77 bilhões gastos anualmente com estas, cerca de R\$1,49 bilhões são atribuídos **ao excesso de peso e obesidade.** Percentual este que se mantém considerável no que tange ao número de mortes (128,71 mil), hospitalizações (495,99 mil) e procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS (31,72 milhões), o que denota a sobrecarga deste sistema.¹⁴

Neste ensejo, tem-se traçada **a necessidade de** priorização e revisão dos aspectos estruturais **da rede de atenção à saúde do SUS**, no âmbito primário e especializado, essencialmente no que concerne à **organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade** delineada nas portarias já elaboradas sobre a matéria.¹⁵ Contexto este que influenciou a elaboração do presente trabalho, o qual **tem como objetivo** analisar se, diante do cenário exposto, **faz-se necessária a elaboração de** novos instrumentos legislativos **de atenção à saúde** voltadas especificamente as particularidades destes indivíduos, ou se, em verdade, se trata da necessidade de efetivação dos já existentes.

Atrélendo-se tal questionamento, ainda, a indagação de como esta possível invisibilização no sistema público de saúde reverbera em consequências tangenciais à garantia do direito **à saúde e**, como sequela, a uma ampla **qualidade de vida.** Isto **em virtude de** se ter,



dentre os princípios fundamentais desta República, a dignidade da pessoa humana, que reverbera na garantia das necessidades vitais do ser humano, englobando o acesso à saúde permeada em ações e serviços de qualidade. Questionamento este existente em decorrência da

13 **Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção**

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.16. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

14 **Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade**

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

15 **Brasil. Ministério da Saúde.** Op.cit., 2022, p.13.

8

ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas e da precariedade de diagnóstico e encaminhamento para atendimento apropriado destes indivíduos **no sistema de** saúde.¹⁶

Fundado neste intuito, o presente trabalho se consubstancia como uma reflexão e estudo decorrente da aplicação do método de pesquisa bibliográfica, subsidiada em material publicado acerca da temática, em especial livros, artigos e periódicos, bem como na legislação existente, que corroboraram para a constatação e deslinde da problemática identificada. Isto além do levantamento de dados quantitativos, vez que se analisará material lastreado em dados publicados pelo governo federal e municipal sobre os índices de obesidade, atendimento, diagnóstico **e disponibilização de** tratamento.

Tendo se utilizado, para tanto, de abordagem metodológica qualitativa, voltada à compreensão **e avaliação do objeto de** pesquisa. Isto considerando as características da situação, avaliando e medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito da problemática analisada, qual seja: a potencial invisibilização **das pessoas com obesidade no sistema de** saúde, sobretudo no que concerne **à rede de atenção** primária e especializada do SUS, à luz dos instrumentos legislativos existentes.

Sob este enquadro empregou-se o método hipotético-dedutivo de Karl

Popper, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento **para a construção da** solução do problema de pesquisa narrado e, posteriormente, são confirmadas ou refutadas. **De forma que, com o desenvolvimento da** referida discussão, foi construída a argumentação finalística deste e estabelecida a sua conexão com a conjuntura fática observada hodiernamente.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.



A adoção do modelo **de bem-estar** social pela federação brasileira, em que se observa uma intervenção mais incisiva do Estado no intuito de se assegurar aos indivíduos o

16 **Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção**

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. **Disponível em:**

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

9

acesso a serviços assistenciais básicos, com a conseqüente disposição da saúde **como um direito** social (art. 6º da CF), alçou-a **à condição de** direito fundamental. Posição esta que lhe confere caráter vinculante e normativo, dotado de exigibilidade perante aos seus titulares, enquanto meio para se garantir o mínimo existencial necessário para uma vida digna, em compatibilidade com os fundamentos fixados para o país no artigo 1º da Constituição (CF).¹⁷

Neste tom, o direito à saúde encontra-se compreendido em um bloco

integrado, ainda, pelos direitos à previdência e à assistência social, relativos à área de atuação da seguridade social.¹⁸ A qual estabelece **um conjunto de ações de** iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas à proteção dos direitos **individuais e coletivos** concernentes à tríade de garantias citadas acima, consoante disposto no art. 194 da Constituição.¹⁹

Observando-se, a partir desta perspectiva, a atuação de diversos órgãos da administração pública direta e indireta e de atores políticos atrelados às ocupações desta no âmbito federal, distrital, estadual e municipal de forma regionalizada e hierarquizada.²⁰

Cenário sob o qual se exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, **por meio da implementação de políticas públicas,** de modo a se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.²¹ Sendo a matéria tratada no diploma constitucional, em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, os quais estabelecem **uma série de** normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante **a população brasileira,**²² com prestações materiais positivas do Executivo e providências jurídico-normativas do Legislativo.²³

Nesse sentido, ratificando o quanto esposado, vejamos as premissas tecidas por Alexandre de Moraes acerca da matéria que explanam a lógica em voga:

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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

17 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

18 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal **e a saúde pública** no brasil: Visão crítica sob a óptica

tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 119, 3 nov. 2020.



19 Brasill. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

20 Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006, p. 496.

21 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida

da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

22 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. Op.cit., 2020, p. 121.

23 Cunha Júnior, Dirley. Op.cit., 2012, p.767 et seq.

10

(CF, art. 196), sendo 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 **por meio de** terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).²⁴

Note-se que o art. 196 da CF, além de estabelecer a saúde como direito **de todos e** dever do Estado, destaca a finalidade de sua atuação neste campo, atrelando-a à **redução do risco de doenças e de outros** agravos²⁵. Compreensão esta ratificada no tema de Repercussão Geral de n. 793, **em que o** Supremo Tribunal Federal (STF) inseriu o tratamento médico adequado dentre o rol de deveres estatais, assim como fixou a responsabilidade solidária dos entes federados. O que corrobora com a premissa de atuação regionalizada e hierarquizada dos entes políticos a nível federal, estadual, distrital e municipal quanto à garantia de acesso universal e igualitário **à saúde e** seus desdobramentos.²⁶

Tal feito, pois, encontra-se pautado na descentralização da atuação das esferas de governo **no âmbito do** direito à saúde, atinente às áreas de operação dos entes políticos no atendimento integral da população, com prioridade **para as atividades** preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.²⁷ Isto porque, a efetivação deste direito compreende **não apenas a disponibilização de** hospitais ou postos públicos de saúde devidamente equipados para atendimento, mas também o fornecimento de medicamentos e profissionais qualificados para a prestação de serviços públicos desta estirpe.²⁸

À vista disso, visando conferir maior efetividade à política **de saúde do país** foi instituído o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, previsto no art. 198 da CF e regulamentado de modo mais específico nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que fornecem o arcabouço legal e principiológico **para a sua** operacionalização. Definindo-se tal sistema como **o conjunto de ações e** serviços públicos **de saúde que** integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em conformidade com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.²⁹

24 Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 537.

25 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivi_l_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

26 Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever

de prestar **assistência à saúde**. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em:



<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProc=esso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793> . Acesso em 10 de maio de 2023.
27 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Op.cit. Acesso em: 09 mar. 2023.
28 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.769 et seq.
29 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.
11

Ratificando o quanto esposado, vejamos as considerações tecidas pelo doutrinador Dirley da Cunha Júnior acerca da matéria explanam a lógica em voga:

Visando a execução **das políticas públicas de saúde**, a Constituição instituiu um **sistema único de saúde** (SUS), que passou a compreender todas **as ações e serviços** públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizado **de acordo com as seguintes** diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade **para as atividades** preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (art. 198). (...) Nada obstante ser de atribuição **do Poder Público**, a Constituição facultou a **assistência à saúde** à iniciativa privada (art. 199), de **modo que as** instituições privadas poderão participar **de forma complementar do sistema único de saúde**, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.³⁰

As LOS comportam, desta forma, disposições no tocante à participação da comunidade na sua gestão e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados a sua manutenção (Lei nº 8.142/90). Além de esmiuçarem o quanto externado no art. 198, indicando **as condições para a atuação do SUS**, especialmente ao estabelecerem **o modo de** organização e funcionamento dos serviços prestados e instituírem os objetivos, competências e atribuições do mesmo (Lei nº 8.142/90).³¹ Reforçando, assim, **a adoção de** um sistema público e universal **de saúde**, **que visa** assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico **de serviços de saúde**.³²

Seguindo este enquadro lógico, destacam-se dois importantes princípios delineados nos incisos **I e II**, do art. 7º, da referida lei 8.080/1990. São eles, respectivamente: o da universalidade **de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de** assistência e o da integralidade desta, compreendida como o conjunto articulado e contínuo **de ações e** serviços preventivos e curativos, **individuais e coletivos em todos os níveis de** complexidade do sistema. **Destacando-se a** sua importância por reforçarem **a adoção de** um sistema público e universal **de saúde**, **que visa** assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico **de serviços de saúde**.³³

30 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

31 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num



contexto de mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=p df&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

32 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 10.

33 Ibidem, loc.cit.

12

Sob esta ótica, confere-se destaque ao objetivo disposto no art. 5º, III, da Lei n. 8.080/1990, que estabelece a prestação de assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como atribuições do SUS³⁴. O qual, para desempenhar de modo satisfatório tal encargo, abarca uma série de serviços, a citar: rede hospitalar de média e de alta complexidade, serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, serviços ambulatoriais especializados e serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, incluindo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Portando-se, hegemonicamente, como responsável pela maioria dos cidadãos brasileiros no âmbito da garantia ao direito à saúde³⁵.

Entretanto, a despeito do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem se demonstrado insuficiente e insatisfatória. De modo que, tal patologia tem se estabelecido como um problema de saúde pública, ante as suas proporções epidêmicas e a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, sendo tal questão matéria de discussão dos tópicos adiante delineados.³⁶

2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

Atendo-se a base principiológica concernente a institucionalização do SUS, principalmente no que tange a integralidade na prestação dos serviços de saúde, nota-se a instituição de três segmentos relativos à atenção à saúde, a citar: (a) atenção primária, (b) de média e (c) de alta complexidade, cujo estas duas últimas integram a rede de atenção especializada.³⁷ A aludida organização presta-se a melhor estruturação dos serviços

34 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

35 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_soci

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

36 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de **atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção**

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

37 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de **Média e Alta** Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 11.

13

disponibilizados, atentando-se a diferenciação de densidade tecnológica e custos envolvidos com os agravos médicos que cada campo visa atender.³⁸

A **atenção primária à saúde** (APS) se consubstancia como o eixo orientador do SUS, sendo o primeiro nível de **atenção em saúde** e abarcando **um conjunto de ações que** incluem prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e **manutenção da saúde**, mediante o emprego de tecnologia **de baixa densidade**.³⁹ Dispondo, em virtude disto, de insumos e equipamentos necessários à resolução dos problemas e agravos de maior frequência e baixa complexidade, **assim como dos meios para o encaminhamento a** serviços especializados **de apoio diagnóstico e terapêutico**, ambulatorial e hospitalar.⁴⁰ Ratificando as informações elencadas, vejamos as asseverações elaboradas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde acerca da infraestrutura de atendimento desta:

[...] na mesma portaria, quando é descrita a infraestrutura necessária **para a atenção primária, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem Saúde da Família**, com equipe multiprofissional composta por médico, **enfermeiro, cirurgião-dentista**, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário **de saúde, entre outros**. Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas **para a saúde** local, com a **garantia dos fluxos de referência e** contrarreferência aos serviços especializados, **de apoio diagnóstico e terapêutico**, ambulatorial e hospitalar?⁴¹

Tal conjuntura evidencia, portanto, que **a rede de atenção** primária não esgota as necessidades manifestadas pelos usuários do SUS, necessitando-se da institucionalização dos demais segmentos **de atenção à saúde que**, como mencionado, **compõem a rede de atenção especializada**. A reiterar: **a rede de atenção** de média e de alta complexidade, que, como o próprio nome já sugere, englobam atendimentos que exijam **a realização de** procedimentos mais complexos, recursos tecnológicos mais específicos e profissionais especializados.

38 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça **os níveis de**

assistência

do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**.

Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20co>

mposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

39 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da **Atenção Básica para o**

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

40 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de **Média e Alta Complexidade no SUS**. 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf. Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 12.

41 Ibidem, loc.cit.

14

À luz desta premissa, no que tange ao segmento de **atenção à saúde de** média complexidade, este abarca ações e serviços prestados em hospitais e ambulatórios envolvendo atendimento em distintas especialidades médicas. Objeto este decorrente de problemas e agravos de **saúde que** demandam a **utilização de** recursos tecnológicos mais específicos, ante a **necessidade de realização de** procedimentos complexos destinados ao **diagnóstico e tratamento dos usuários**.⁴²

Dessa forma, tal nível encontra-se integrado com o retro citado, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, compreendida nesta fase por policlínicas, hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e centros dotados de equipamentos para exames e procedimentos mais avançados. Sendo efetuado nesta o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, a estabilização dos pacientes e a investigação diagnóstica inicial, oportunidade em que se irá aferir a **necessidade de** atendimento mais complexo.⁴³

Cenário em que se menciona o segmento de **atenção à saúde de** alta complexidade, que, integrado aos demais níveis, abrange **um conjunto de** procedimentos de alta tecnologia e custo, por envolver a **disponibilização de** serviços qualificados de alta complexidade. Sendo estes normalmente prestados em hospitais gerais de grande porte, cujo os procedimentos realizados encontram-se relacionados **no Sistema de Informações Hospitalares do SUS**.⁴⁴ As diversas áreas médicas e procedimentos atendidos encontram-se relacionadas em obra **do Ministério da Saúde** acerca da matéria, senão vejamos:

As principais áreas **que compõem a** alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (**por meio dos** procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos

da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos **para a avaliação e tratamento dos transtornos** respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (**cirurgia bariátrica**); **cirurgia** reprodutiva; genética clínica;

42 **Brasil. Ministério da Saúde.** Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência

do maior sistema público **de saúde do mundo**. Portal da **Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível**

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20c>

omposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. **Acesso em:** 03 set. 2023.

43 Ibidem, loc.cit.

44 **Brasil, Ministério da Saúde.** O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. **Brasília: Ministério da Saúde,**

2005. p.32. **Disponível em:** https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. **Acesso em:** 03 set. 2023.

15

terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.45

A definição das áreas de assistência especializada de **média e alta** complexidade e a instituição destas **por meio da** publicação de instrumentos normativos é efetuada mediante o levantamento de informações no tocante à situação **da saúde na** respectiva área de interesse. Isto sobretudo mediante a análise dos problemas e agravos existentes, serviços ofertados e **necessidades da população**, com o consequente enquadramento das prioridades para atuação, regulamentação da área específica e organização dos serviços e procedimentos ofertados em relação a esta.46

Sob este tom, atentando-se a elevação nos índices de **peças que apresentam** quadro clínico compatível **com excesso de peso** (34.51%) **ou** obesidade (33.25%), **bem como o fato de** tal condição se configurar como **fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs**, instituiu-se **a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave**. Política **com a qual**, logo no início de sua institucionalização, se incluiu **na tabela de** procedimentos do SUS a gastroplastia, atualmente regulamentada pelas Portarias n. 628/2001 e 545/2002.47

Contudo, **considerando que a** esfera de cuidado direcionada a esta patologia não pode se restringir apenas a atuação de forma reparativa e atentando-se **a necessidade da**



atuação preventiva, foi instituída a Portaria GM/MS n. 1.569/2007.48 Nesta, identifica-se uma maior **preocupação com a** integralidade na prestação **dos serviços de saúde entre os diferentes** segmentos de assistência, tendo se organizado **a linha de cuidados ao portador de obesidade** grave em diferentes níveis. Buscando, com a referida realização, se identificar os principais determinantes e condicionantes **da obesidade**, de modo a se desenvolver ações transeitoriais **de atenção à saúde** amplas e qualificadas.49

45 **Brasil, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde,**

2005. p.32. **Disponível em:** https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. **Acesso em:** **Acesso em:** 03 set. 2023.

46 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de **Média e Alta** Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 14 et seq. **Disponível em:** <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/>

06/Atualizacao -2011.pdf . **Acesso em** 27 de agosto de 2023.

47 Ibidem, p. 166 et seq.

48 Ibidem, p. 168.

49 **Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção**

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Disponível em:** https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. **Acesso em:** 09 set. 2023.

16

Com este intuito a citada Portaria estabelece **o modo como** deve ser operacionalizada **a atenção à saúde em** seus diferentes níveis, indicando em seu art. 3º as atribuições de cada segmento **para o controle da obesidade e** suas comorbidades. Sendo estas: na **atenção primária à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde;** na de média complexidade **ações diagnósticas e terapêuticas especializadas,** atreladas ao processo **de referência e contrarreferência do portador de obesidade;** e na de alta complexidade o acesso **a possibilidade de realização de** cirurgias bariátricas, impactando positivamente na sobrevida, morbidade **e qualidade de vida** destes protagonistas.50

Cenário diante do qual também se instituiu a **Portaria MS/GM n. 424/2013,** que estabeleceu **a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas,** redefinindo suas diretrizes e esmiuçando a organização de atribuições dos diferentes **níveis de atenção à saúde.** Devendo-se destacar a importância creditada **à promoção do** diagnóstico apropriado, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades, em consonância com **a classificação do estado nutricional e** a estratificação conforme **a presença de outros fatores de risco e** comorbidades, além da relevância conferida **a formação de** profissionais capacitados para atendimento.51

No entanto, a despeito do amplo desenvolvimento **do sistema de** saúde neste tópico, **a disponibilização de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade** ainda é



diminuta, precipuamente no setor de diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado. Isto porque somente 2,5% do total de atendimentos individuais realizados no âmbito da APS são voltados à condição avaliada como obesidade.⁵² Conjuntura incongruente com os índices exibidos em 2019 pelo SISVAN, os quais indicavam, à época, que aproximadamente 34.55% dos indivíduos adultos já possuíam diagnóstico de excesso de peso e que cerca de 28,54% da população do país já se encontrava obesa.⁵³

50 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

51 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

52 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

53 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

17

3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, definida, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, caracterizado por um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m².⁵⁴ Divergindo, assim, do sobrepeso, que é compreendido como um aumento exclusivo de peso não atrelado ao comprometimento da saúde do paciente, tal qual a obesidade o é.⁵⁵ Corroborando com o quanto externado, vejamos a classificação da OMS do estado nutricional dos adultos a depender do IMC:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos com base no IMC - OMS⁵⁶



Classificação IMC Risco de comorbidades
Abaixo do peso < 18,5 Baixo (Risco de outras complicações clínicas)
Eutrofia/
Intervalo normal
18,5 ? 24,9 Média
Sobrepeso ? 25,0 -
Pré Obeso 25,0 ? 29,9 Aumentou
Obesidade Classe 1 30,0 ? 34,9 Moderado
Obesidade Classe 2 35,0 ? 39,9 Severo
Obesidade Classe 3 ? 40,0 Muito severo

Cálculo do IMC: Divide-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros).

Elaboração própria. Fonte: **World Health Organization** (1998).

54 **WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.**

Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.
Acesso em: 28 mai. 2023.

55 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. **O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade.**

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 3, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

56 WHO. Op.cit., 1998, p. 21.

18
Neste tom, tem-se a **obesidade como uma** doença ocasionada por um prolongado cenário de ingestão energética **maior do que o** gasto perpetrado pelo corpo,⁵⁷ compreensão que, em razão da visão estigmatizada da sociedade, normalmente é atrelada apenas a dieta alimentar inadequada e a inatividade física.⁵⁸ Todavia, esta **trata-se de uma** doença multifatorial, albergando dentre as suas causas não apenas inatividade física, redução **do consumo de alimentos básicos** e maior participação **de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar**, mas também **fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos que contribuem para** tal.⁵⁹

No que tange aos **aspectos históricos e sociais** que influenciaram os **hábitos de vida da sociedade** e levaram **ao aumento de incidência dos casos de obesidade**, nota-se que desde **o período da** Revolução Industrial houveram mudanças que ocasionaram notórias transformações nos **hábitos de vida e padrões alimentares**. Isto ante o êxodo rural, em virtude da urbanização **e da contínua** substituição da mão de obra humana **pelo uso de** máquinas, massificando as **atividades laborais e** reduzindo-as a atos simples e repetitivos distantes das



ocupações nos setores extrativos.⁶⁰

Tal contexto favoreceu ainda o desenvolvimento de uma rotina sedentária, haja vista a diminuição da prática de atividades físicas em decorrência, por exemplo, das jornadas de trabalho exaustivas. Padrão que se reproduz no contexto atual, devido a ausência de tempo e energia da população para tais práticas, aliada às formas de lazer sedentárias desenvolvidas, tais quais televisão e computadores, e a insegurança quanto ao deslocamento para os locais apropriados para tal, como academias e praças.⁶¹

Conjuntura atrelada a progressiva alteração da dieta para produtos que paulatinamente tiveram reduzidos seu valor nutricional, ante o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados de baixo valor nutricional, que propiciam uma maior ingestão calórica e menor gasto energético, ocasionando o acúmulo de gordura. Destacando-se como fatores de influência para o consumo destes o aumento do processo de industrialização dos

57 Anjos, Luiz Antonio dos. *Obesidade e Saúde Pública*. 20.ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 12.

58 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. *Obesidade, sociedade e cultura*. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). *Obesidade: uma epidemia mundial*. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021, p. 6. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

59 Souza, Saul de Azevêdo et al. *Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta*.

Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

60 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. *O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade*.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 4, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

61 Anjos, Luiz Antonio dos. *Op.cit.*, 2006, p. 30.

19 alimentos e oferta destes em supermercados, a maior facilidade e comodidade na aquisição e/ou preparo, bem como os preços mais baixos e atrativos, sopesado diante das possibilidades financeiras das famílias para despesas alimentares.⁶²

Sob este prisma, ratificando as asseverações acima delineadas, vejamos as premissas tecidas pelo professor da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pós-doutor em Fisiologia, Dr. Luiz Antonio dos Anjos, acerca da matéria:

Existe uma preocupação grande sobre os efeitos que a sociedade urbana (dita moderna) trazem ao ambiente que circundam esses grandes aglomerados urbanos. De fato, tais ambientes são, sob aspectos alimentares e de prática da atividade física, ?obesigênicos?, ou seja, facilitadores para a ocorrência de obesidade. Essas características incluem a grande disponibilidade de alimentos com alta densidade energética (além de disponíveis em todos os lugares são também baratos); redução do



gasto energético nas atividades cotidianas (automóvel, escada rolante, elevadores, mudanças **nos processos de trabalho**); aumento **das atividades de lazer** de menor gasto energético (televisão, computador, jogos de vídeo); e redução das oportunidades **para a prática da atividade física regular** (lugares públicos seguros, **aumento no tempo de trabalho**, aumento do tempo nos deslocamentos **de e para** o trabalho/escola).

Diante deste prisma, **observa-se que** com as alterações históricas dos aspectos **de vida da sociedade**, **como o processo de** urbanização, as mudanças nas relações **de consumo** e o acesso a tecnologia, houve uma mudança gradativa na dieta e na frequência **de atividades físicas**. Aspectos perante os quais, embora se note uma redução **do número de casos de doenças infecciosas e parasitárias**, proporcionada pela melhoria nas condições sanitárias, aprimoramento do **diagnóstico e tratamento e acesso a** atendimento médico de qualidade, têm-se **uma transição epidemiológica** para as DCNTs, tal qual a obesidade.⁶³ Patologia esta que, em razão das suas **complicações metabólicas**, **como a** dislipidemia, hipertensão arterial, **resistência à insulina**, intolerância **à glicose** e alterações **no sistema de coagulação**, é compreendida ainda como **fator de risco para o desenvolvimento de outras** DCNTs. A citar: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, osteoartrite e determinadas espécies de câncer (endométrio, mama, próstata e cólon), que, via de regra, não são correlacionadas a mesma pela ausência de diagnóstico adequado.⁶⁴ Doenças estas que **são responsáveis por** aproximadamente 70% da mortalidade mundial, conforme dados da OMS.⁶⁵

62 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. Op.cit., 2006, p. 4 et seq.

63 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e

cultura. In: SCOMPARIN, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e

Contexto, 2021, p. 8 et seq. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

64 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

65 WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d.

Disponível

em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

20

Isto posto, faz-se perceptível o quanto a obesidade influencia nos índices de morbimortalidade, contexto diante do qual se exige um maior despendimento econômico do governo, que inclusive já alcança o importe de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo consideravelmente o orçamento estatal para gastos com doenças.⁶⁶ Cenário diante do qual esta figura como **problema de saúde pública**, mormente se observadas as proporções epidêmicas alcançadas em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.⁶⁷

Somando-se a estes desafios, menciona-se também **a dificuldade de adesão**

aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta patologia **e a baixa** resolutividade dos



mesmos, fomentada pela perspectiva culpabilizadora **dos profissionais da** saúde, ante as associações equivocadas da obesidade à preguiça, desleixo e ausência de comprometimento com **o cuidado da saúde**.⁶⁸ Observando-se a recorrente responsabilização destes pacientes pelo quadro clínico apresentado, não obstante esta presente como causas fatores multifatoriais, condicionadas, **por exemplo, a** questões metabólicas, que são desmerecidas ante ao estigma atrelado à patologia.⁶⁹

Condições críticas inflamadas pela parca estrutura física e pelos materiais e equipamentos médicos disponibilizados nas instituições **de saúde, que** em muitas das ocasiões não se configuram adequados para o atendimento deste público, o que ocasiona um nítido constrangimento e dificuldade **de acesso aos serviços de saúde por** parte destes. Enquadro fático diante do qual **observa-se que** tais barreiras e desafios ensejam em um diagnóstico deficitário, que obstaculiza o encaminhamento **para o serviço de** cuidado especializado.⁷⁰

Dificultando-se, desta forma, o acolhimento e diagnóstico efetivo dos **indivíduos que apresentam o** citado quadro clínico, **bem como a realização do** tratamento adequado, reverberando em efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos, que comprometem a **duração e qualidade de vida** destes. Circunstância **que reforça o** diagnóstico

66 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A **Epidemia de Obesidade**

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

67 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de **atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção**

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

68 Ibidem, p.06.

69 CFN ? **CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS**. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e **o fenômeno da** obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

70 Ibidem, loc.cit.

21

apropriado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa, com adoção de modelo de **cuidado à saúde** contínuo, integral e humanizado, como **importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da** morbimortalidade **entre as pessoas com obesidade**.⁷¹

3.2. **ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL**

Os índices **de pessoas com obesidade** no Município de Salvador têm apresentado um crescimento gradual no decurso dos anos, sobretudo se observada a elevação deste percentual **em cerca de 68,4%**. Isto considerando que passou de 11,1% em 2010 para 20,5% em 2021, conforme **dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)**.⁷² Ratificando o quanto exposto, vejamos a evolução nos percentuais apresentados a nível municipal, consoante dados indicados nos relatórios públicos emitidos pelo referido sistema entre os anos de 2011 e 2022:

Tabela 2: Percentual **de Adultos com obesidade** em Salvador - Vigitel

Percentual **de Adultos com obesidade** em Salvador

Ano Referência Porcentagem **de pessoas com obesidade**

2010 11,1%

2011 14,9%

2012 14,1%

2013 14,9%

2014 17,8%

2015 16,3%

2016 19,9%

2017 19,5%

2018 18,6%

71 **Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para**

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

72 **Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas**

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

22

2019 18,1%

2020 19,1%

2021 20,5%

Porcentagem **de aumento de 2010 para 2021 68,4%**⁷³

Elaboração própria. Fonte: **Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por**

Inquérito Telefônico | Vigitel (2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022).



Da **análise dos dados** acima veiculados **observa-se que** o panorama esboçado pelos índices de obesidade no município é preocupante, especialmente por esta patologia se configurar como **fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis** (DCNTs), tais quais diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.⁷⁴ Compreensão corroborada **pelo fato de que a incidência** destas, particularmente das cardiopatias e diabetes, encontram-se atreladas a apresentação de um IMC superior **a 25 kg/m²**, atinente às classificações de pré obesidade, obesidade grau 1, grau 2 e grau 3.⁷⁵ Ademais, note-se que tais enfermidades **configuram-se como as principais causas de** morte prematura (entre trinta e sessenta e nove anos) do Município, **em especial as** cardiopatias que apresentam as maiores taxas de mortalidade desta capital, consoante **dados do Sistema de Informação** Sobre Mortalidade (SIM).⁷⁶ Contexto o qual reforça a premissa tecida acerca dos impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, máxime diante da ausência de correlacionamento entre estas patologias **por meio de um** diagnóstico apropriado.⁷⁷

Neste liame, **a prevenção e o diagnóstico** adequado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa,

73 Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

74 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

75 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 42.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 24 set. 2023.

76 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 59 et seq. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 24 set. 2023.

77 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta.

Cadernos de Saúde Pública. João Pessoa: V. 34, 2018, p.02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7>

LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/?lang=pt. Acesso em: 03 jun. 2023.

23

com adoção de modelo de cuidado apropriado, se constituem como **importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da** morbimortalidade **entre as pessoas com obesidade**. Isto **tendo em vista** que a precariedade em quaisquer destes elementos, particularmente no que tange a

ausência de diagnóstico adequado e correlacionamento entre as patologias anteriormente mencionadas, interferem **na duração e qualidade de vida** destes protagonistas.⁷⁸ Sob este mesmo enquadro, analisando-se outras bases de dados governamentais, nomeadamente **o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**, abastecido com **dados do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF)** e do e-SUS (SISAB), **observa-se que** os percentuais tornam-se ainda mais críticos.⁷⁹ Isto dado que os índices deste indicador consubstanciam-se mais expressivos, como **no ano de 2021, em que a** porcentagem de adultos acometida com **obesidade era de 37,5%**. Percentual este superior até mesmo a prevalência desta patologia na região nordeste (25,0%) e a nível nacional (28,5%).⁸⁰ A título de contextualização e comparação **com os dados** fornecidos pelo sistema Vigitel, bem como com os percentuais indicados a nível regional (nordeste) e nacional, vejamos os índices de **obesidade (graus I, II e III) da população adulta** acompanhada **na rede de atenção primária à saúde do município de** Salvador constantes nos relatórios públicos emitidos pelo SISVAN, mormente os relativos aos exercícios de 2010 a 2023:

Tabela 3: Percentual **de Adultos com obesidade** em Salvador - Vigitel
Percentual **de Adultos com obesidade** - Nível Municipal, Regional e Nacional⁸¹

Ano Referência Percentual Municipal

Percentual

Regional (Nordeste)

Percentual

Nacional

2010 28,18% 13,27% 16,48%

2011 30,66% 14,64% 17,98%

2012 30,52% 16,73% 19,93%

2013 30,8% 17,86% 21%

2014 31,1% 19,7% 22,39%

⁷⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para**

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. p. 214. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

⁷⁹ Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador (SMS SSA)**. Op.cit., 2022, p. 41.

⁸⁰ Brasil, Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado**

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, **fase do ciclo da vida e índice**. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

⁸¹ Ibidem.

24

2015 31,88% 21,23% 24,57%

2016 33,49% 21,57% 25,1%

2017 32,7% 22,51% 25,98%



2018 34,5% 24% 27,29%
2019 35,17% 25,03% 28,54%
2020 36,6% 27,66% 31,6%
2021 37,5% 29,06% 32,92%
2022 35,26% 28,35% 31,88%
2023 36,14% 30,12% 33,38%

Elaboração própria. Fonte: **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN** (2023).

Afunilando-se a análise ora realizada, essencialmente **no que diz respeito à** organização político-administrativa sanitária, têm-se que o Município de Salvador se encontra dividido em 12 (doze) Distritos Sanitários, a citar: Centro Histórico, Barra, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano e Subúrbio Ferroviário. Tal categorização está voltada à divisão territorial das competências e atribuições relativas à **assistência à saúde**, de modo a **facilitar a** articulação das entidades atreladas à administração, fiscalização, atendimento e prestação de serviços públicos.⁸²

Note-se que esta organização compreende a **disponibilização de serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde** no território, englobando: **unidades básicas de saúde**, centros de apoio psicossocial, unidades ambulatoriais especializadas e de pronto atendimento, hospitais, dentre outros. Sendo estabelecida uma comunicação entre estes segmentos, de modo a mantê-los integrados e articulados, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, nos âmbitos público, privado (vinculados ou não ao SUS) e filantrópico, que contabilizam cerca de 3.599 estabelecimentos assistenciais de saúde.⁸³

Todavia, não se observa no âmbito **de assistência à saúde** às pessoas portadoras de obesidade tal dinamismo, especialmente se observados os altos índices de pessoas acometidas pela obesidade no município e a precariedade no setor de diagnóstico e prevenção. Neste ensejo, vejamos **o número de casos** de adultos acometidos **com sobrepeso e obesidade**

82 Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador**. Plano **Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 215. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 out. 2023.
83 Ibidem.

25
em cada um dos referidos distritos e a representação percentual destes a nível municipal **no ano de 2022**, **com base em** análise restrita **ao estado nutricional dos indivíduos** acompanhados nas **unidade de saúde** destes, conforme dados do SISVAN:

Tabela 4: **Número de casos** de adultos acometidos **com sobrepeso e obesidade** nos distritos sanitários **do Município de Salvador**.

Número de casos de adultos acometidos **com sobrepeso e obesidade** nos distritos sanitários **do Município de Salvador**⁸⁴

Distrito Sanitário
Nº de **Unidades de Saúde**
Nº de casos/
sobrepeso
Nº de casos/
obesidade
Percentual de **casos de obesidade** por distrito

Centro Histórico 08	2.806	2.651	3,61%	
Barra/ Rio Vermelho	12	4.327	4.595	6,26%
Boca do Rio 08	2.816	2.815	3,83%	
Brotas 06	3.615	3.810	5,19%	
Cabula/Beiru 24	8.601	9.004	12,27%	
Cajazeiras 10	5.144	5.470	7,45%	
Itapagipe 02	2.364	3.271	4,45%	
Itapuã 19	8.966	8.790	11,98%	
Liberdade 06	3.102	3.346	4,56%	
Pau da Lima 16	6.586	6.687	9,11%	
São Caetano/ Valéria	16	7.169	7.830	10,67%
Subúrbio Ferroviário	36	13.493	15.102	20,58%

Elaboração própria. Fonte: **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN** (2023).

Quanto às mencionadas bases de dados, têm-se estas como importantes ferramentas para viabilização da identificação parcial **do estado nutricional dos indivíduos** acompanhados **nas unidades de saúde** municipais, **que devem ser** correlacionados com um procedimento de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado. Potencializando-se com tais realizações **a elaboração de estratégias de** atuação próprias para o

84 **Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado**

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, **fase do ciclo da vida e** índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 15 out. 2023.

26
enfrentamento desta patologia e de suas comorbidades, atribuindo, assim, maiores coeficientes de efetividade às ações **de assistência à saúde** ofertadas no município.⁸⁵



4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1.1. PORTARIAS INSTITUÍDAS ANTERIORMENTE PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

O aumento gradual dos índices de obesidade no cenário nacional e municipal, evidenciado pelos dados apresentados em tópicos anteriores, atrelado ao fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, têm indicado a necessidade de desenvolvimento de estratégias e atuações estatais para se enfrentar tal patologia e suas comorbidades. Isto de modo a promover a saúde, reduzindo a morbimortalidade entre os seus portadores e proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida, por meio do pleno acesso aos serviços de saúde, com infraestrutura de atendimento adequada e acompanhamento médico integral.⁸⁶

Contexto a partir do qual se instituiu a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave, regulamentada a princípio pelas Portarias n. 252/1999, 45/1999 e 196/2000. Estas voltavam-se à inclusão da cirurgia bariátrica no rol de procedimentos disponibilizados pelo SUS, designação dos hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde para esse fim, oferta dos equipamentos adequados e estabelecimento dos

85 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 22 out.. 2023.

86 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

27 critérios clínicos de seleção de pacientes.⁸⁷ Definindo-se, assim, a gestão organizacional desta e as indicações e contraindicações para a sua realização, senão vejamos:

Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias do Ministério da Saúde: a. Indicações a.1 Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo



menos 2 anos. a.2 Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada, como: diabetes, hipertensão, **apneia do sono**, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade. b. Contraindicações b.1 Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcoolismo, dependências químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contra indiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras. 88

Ainda sob este prisma, atendo-se à necessidade de ampliação da prestação deste serviço, especialmente em virtude do **elevado percentual de** pessoas acometidas por obesidade mórbida à época, elaborou-se a Portaria n. 1.157/2000, a qual revogou a definição **do número de** centros de referência credenciados **para a realização da cirurgia bariátrica no** país, constante na Portaria n. 196/2000. Isto de modo a ampliar **o número de** unidades credenciadas **para a realização do** procedimento, estendendo as possibilidades de execução deste, não obstante tenha se mantido as exigências necessárias e próprias para tal.⁸⁹ Neste ensejo **de promoção de** revogações elaborou-se também a Portaria de n. 628/2001, que além de revogar as aludidas Portarias aprovou o Protocolo de Indicação **de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida**. Sendo válido ressaltar que a regulamentação e gestão técnica atinente a este protocolo encontra-se esmiuçada em seus anexos (I, II e III), que instituíram diferentes disposições **para a sua** operacionalização, além de discriminar o soldo a **ser utilizado para** o custeio das despesas relativas ao mencionado tratamento cirúrgico, a citar: os recursos provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação ? FAEC (art. 4º).⁹⁰ Quanto a predita operacionalização do protocolo, no Anexo I encontra-se assentada a obrigatoriedade do seu preenchimento, mormente nas etapas de avaliação inicial, indicação do procedimento cirúrgico e acompanhamento médico dos pacientes submetidos à gastroplastia, sob pena de descadastramento do Centro de Referência (art. 1º, §§ 1º, 2º e 4º). No que tange ao Anexo II, este dispõe sobre as normas a serem observadas para o cadastramento

87 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de **Média e Alta** Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. **Disponível em:** <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . **Acesso em:** 22 out. 2023.

88 Ibidem, p. 167.

89 Ibidem, loc.cit.

90 **Brasil. Ministério da Saúde**. Portaria GM-MS nº 628, **de 26 de abril de 2001**. Aprova o protocolo **de tratamento**

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. **Acesso em:** 29 out. 2023.

28 do centro de referência em cirurgia bariátrica (art. 2º), conferindo ênfase a imprescindibilidade da equipe multiprofissional para a assistência médica **às pessoas com obesidade**, como **garantia da integralidade** (alínea c), do subtópico 2.1, do tópico 2).⁹¹

Por fim, menciona-se o Anexo III, em que se desdobra a relação de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica cadastrados no SUS (art. 3º). Dos quais, dos dezoito existentes naquele período, um se localizava no estado do Ceará (Fortaleza), dois em Minas



Gerais (ambos em Belo Horizonte), um no Pará (Belém), três no Paraná (Curitiba, Maringá e Londrina), um em Pernambuco (Recife), um no Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), um no Rio de Grande do Sul (Porto Alegre), um em Santa Catarina (Florianópolis) e sete em São Paulo (São Paulo [3], Campinas [1], Marília [1], Ribeirão Preto [1] e Piracicaba [1]).⁹²

Neste diapasão, diante das alterações e deformidades corporais decorrentes da intensa perda de massa corporal acarretada pela realização da cirurgia bariátrica, que dentre os seus resultados ocasiona o excesso de pele e flacidez no abdômen, seios e braços, atada a consequente necessidade da promoção de cirurgias plásticas reparadoras, se instituiu a Portaria GM/MS n. 545/2002. Que, visando propiciar o acesso dos pacientes submetidos ao procedimento de gastroplastia as cirurgias plásticas corretivas, incluiu tais procedimentos cirúrgicos na supramencionada tabela do SIH-SUS, são eles:⁹³

Tabela 5: Procedimentos cirúrgicos corretivos pós-gastroplastia incluídos na tabela de procedimentos do SIH-

SUS pela Portaria GM/MS n. 545/2002.

Procedimento Código na tabela CID?s indicados Faixa etária

Dermolipectomia

Abdominal pós

Gastroplastia

38.058.13.8

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Mamoplastia pós

Gastroplastia

38.059.06.1

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia Crural

pós Gastroplastia

38.060.06.0

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia 38.061.13.9 E66.8, L08.8, L30.0, 18 a 60 anos

91 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.



92 Ibidem.

93 **Brasil. Ministério da Saúde.** Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva **na Tabela de** Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

29

Braquial pós

Gastroplastia

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 545/2002.

Todavia, a assistência médica direcionada **às pessoas com obesidade** não pode se restringir à atuação de forma reparativa, **sendo em vista** tal realização configurar-se incompatível com as diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) para a prestação do serviço à saúde por parte do Estado. Isto considerando a necessidade desta de englobar a atuação preventiva e reparativa, **por meio da prestação de serviços de** promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo a se observar a necessária integralidade nesta prestação **entre os diferentes** segmentos de assistência da mesma.⁹⁴ Cenário em que se instituiu a Portaria GM/MS n. 1.569/2007, que se debruçou sobre tais necessidades, mormente com a institucionalização **da linha de cuidados ao portador de obesidade** grave **em todos os níveis de assistência à saúde, com a identificação dos** principais determinantes e condicionantes desta patologia. Objetivando-se promover com tal feito a ampliação e qualificação **da rede de atenção à saúde no âmbito da** assistência **às pessoas com obesidade**, mediante **a promoção de** diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico especializado, em observância aos princípios que norteiam **as ações e** serviços públicos **de saúde, em especial** a universalidade, equidade e integralidade (art. 2º).⁹⁵

Para tanto, a citada Portaria estabeleceu em seu art. 3º **as diretrizes para a** operacionalização **da rede de atenção à saúde** no tocante **à prevenção da obesidade**, especificando **as ações e** serviços a serem desempenhados em cada segmento para controle **desta e de** suas comorbidades. Englobando, na **atenção primária, à realização de ações de** caráter **individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde para** promoção desta, na de média complexidade, ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, arraigadas ao processo **de referência e** contrarreferência **do portador de obesidade, e** na de alta complexidade o acesso **a possibilidade de realização de** cirurgias bariátricas de qualidade.⁹⁶

A logística de **atenção ao portador de obesidade**, consoante previsão do referido diploma, deve ainda ser regulada **de forma complementar** e suplementar, pelos estados,

94 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de **Média e Alta** Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 31 out. 2023.

95 **Brasil. Ministério da Saúde.** Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui **diretrizes para a**

atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023. 96 Ibidem.

30

Distrito Federal e municípios, haja vista a competência das três esferas de governo para o controle e avaliação das ações desempenhadas com este fim. De forma a planejarem a atuação de cada unidade federada, atendendo aos já mencionados princípios e diretrizes do SUS, discriminados no art. 7º da Lei n. nº 8.080/1990, qual seja: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização e igualdade da assistência à saúde.⁹⁷

4.1.2. PORTARIAS VIGENTES NA ATUALIDADE

Com a crescente prevalência da obesidade no decurso dos anos, haja vista o aumento gradual dos índices desta no cenário nacional, coadunada ao fato de as comorbidades a esta atreladas consubstanciarem-se como a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil, delineou-se a necessidade de se redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento desta. Panorama diante do qual se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu tal realização como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, esmiuçando a organização e as atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde e revogando as portarias GM/MS 1.569 e 1.570/2007.⁹⁸

Neste ensejo, no que concerne às diretrizes estabelecidas para a operacionalização da rede de atenção à saúde no âmbito da prevenção e tratamento da obesidade, destaca-se a importância conferida ao diagnóstico apropriado da população assistida, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades (art. 2º, IX). Isto a partir da identificação destes indivíduos com base em seu estado nutricional e estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades (art. 2º, I e II), além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento (art. 2º, VIII).⁹⁹

Feito que norteia, inclusive, outras de suas diretrizes, a citar: a utilização de sistemas de informação para a gestão dos casos existentes, regulação do acesso aos serviços de atenção especializada e monitoramento das ações e serviços desempenhados, bem como investigação e acompanhamento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade (art.

⁹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁸ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 1ª.

ed., att. 2015, Brasília: CONASS, 2011, v. 04, p. 45 et seq. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf)

[uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf) . Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes



para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

31

2º, IV e V). Realizações que se alinham a articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde e organização da oferta de serviços, por meio da instituição de mecanismos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção e segmentos desta (art. 2º, III e VI).¹⁰⁰

Já no que diz respeito às atribuições, estas encontram-se sequencialmente dispostas no art. 4º da citada portaria, sendo discriminadas para cada segmento da rede de atenção à saúde. Isto de modo a englobar as especificações pertinentes à atenção básica (art. 4º, I), especializada e aos sistemas logísticos e de apoio (art. 4º, III), pormenorizando inclusive os subcomponentes da atenção especializada, a citar: o ambulatorial especializado (art. 4º, II, a), o hospitalar (art. 4º, II, b) e a urgência e emergência (art. 4º, II, c), de modo a promover a intersectorização da atuação, mantendo-se a colaboração e assistência entre estes.

A título de ilustração acerca destas atribuições, com relação ao componente de atenção básica (atenção primária) ressalta-se o encargo de efetuar a vigilância alimentar e nutricional da população, aliada ao desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersectorial. Isto precipuamente através da fomentação do autocuidado dos usuários, com fins de manutenção e recuperação do peso saudável, imprimindo destaque as ações voltadas ao incentivo da alimentação saudável e prática de atividades físicas (art. 4º, I, a, b e c); e da prestação de assistência terapêutica multiprofissional, garantindo o acolhimento adequado destas pessoas (art. 4º, I, d, f e g).

Por seu turno, tendo em consideração a atenção especializada, sobretudo o subcomponente ambulatorial, observa-se a ratificação da colaboração entre os segmentos da rede de atenção à saúde, por constar dentre as suas atribuições a prestação de apoio matricial à atenção primária e gestão de pacientes dentre os demais componentes. Conjuntura observada ante a incumbência deste de identificar os usuários para a realização da cirurgia bariátrica, enquanto tratamento para a obesidade, com o conseqüente encaminhamento destes para o subcomponente hospitalar e posterior retorno para a atenção básica, prestando assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória (art. 4º, II, a, 1 ao 7).¹⁰¹

No que diz respeito ao subcomponente hospitalar, cabe a este avaliar os casos indicados pelos setores anteriores para a realização do procedimento cirúrgico, priorizando os que possuam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde (art. 4º, II, b, 1, 2 e 3). De modo a organizar o acesso à cirurgia bariátrica, bem como às cirurgias plásticas

¹⁰⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>



legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

101 Ibidem.

32

reparadoras que se façam necessárias e ao acompanhamento terapêutico multiprofissional pós-operatório, auxiliado pelos demais segmentos consoante as diretrizes e protocolos de encaminhamento fixados pela presente portaria (art. 4º, II, b, 3 ao 7, e art. 6º).¹⁰²

Quanto ao subcomponente da urgência e emergência, a este compete não apenas a prestação de assistência de âmbito geral, mas também às possíveis complicações atreladas ao sobrepeso e a obesidade e o acompanhamento do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos pacientes (art. 4º, II, c). Sendo o funcionamento, comunicação e colaboração entre estes componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde fomentado pelos sistemas de apoio e logística, que se comprometem com a realização de exames complementares, prestação de assistência farmacêutica e realização de transporte sanitário para o diagnóstico e tratamento da obesidade (art. 4º, III).¹⁰³

Acerca disto, no que compete à assistência farmacêutica, cumpre destacar que esta se refere aos medicamentos disponibilizados para as comorbidades e complicações associadas à obesidade, vez que o SUS, como observado na portaria ora analisada, estabelece a realização de tratamento não medicamentoso. Ao que, não fornece medicamentos que se destinam especificamente ao tratamento da obesidade pelo gerenciamento de peso, recomendados para pacientes com um IMC maior ou igual a 30 kg/m², haja vista estes não serem aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tal feito, sob a justificativa do alto custo e baixa eficácia destes medicamentos.¹⁰⁴

Superadas tais especificações, evoca-se que a referida portaria redefiniu as diretrizes das ações de prevenção e tratamento da obesidade e do sobrepeso e as atribuições dos componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde com fins de instituí-las como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Realização diante da qual não apenas elaborou um roteiro para a organização destas linhas de cuidado do sobrepeso e da obesidade (Anexo II), como também disponibilizou manuais instrutivos e cadernos temáticos para auxiliar em tal promoção.¹⁰⁵

¹⁰² Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório

para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias

no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.



105 Brasil. Ministério da Saúde. Op.cit., 2013.

33

Ademais, impende salientar que esta Portaria, em seu Anexo I, ressaltou o fato de que o tratamento cirúrgico da obesidade, atinente a realização da cirurgia bariátrica, configura-se tão somente como parte do tratamento integral, devendo ser implementada apenas quando esgotadas as ações dos segmentos mais básicos. Isto tendo em vista que prioriza-se a promoção da saúde e o cuidado clínico longitudinal, baseado em ações de promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável, enquanto autocuidado a ser desempenhado pelos pacientes, e a prestação de assistência terapêutica multiprofissional, estabelecendo-se rígidos critérios para a realização de procedimentos cirúrgicos.106

No tocante a realização da cirurgia bariátrica, destaca-se que esta é indicada, conforme disposições do supracitado anexo, para indivíduos que apresentem: a) IMC de 50 Kg/m²; b) IMC de 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, cujo tratamento clínico longitudinal, efetuado por pelo menos 02 (dois) anos, não tenha surtido efeito; ou c) IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, doenças articulares degenerativas, entre outras, cujo tratamento clínico também não tenha obtido sucesso (item I, alíneas a, b e c, do Anexo I).

Somam-se a estas indicações, elaboradas com fundamento em redefinições das constantes em portarias anteriores (PRTs 252/1999, 45/1999 e 196/2000), os rígidos critérios para a análise de sua pertinência, a citar: não responsividade ao tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, observância aos limites clínicos existentes em virtude da faixa etária do paciente, precipuamente quando se tratarem de jovens entre 16 e 18 anos e adultos com idade acima de 65 anos, bem como compreensão dos aspectos do tratamento e assunção de compromisso com todas as etapas da programação do procedimento (item I, incisos I, II e III, do Anexo I).107

Neste ensejo, em concomitância à Portaria MS/GM n. 424/2013 instituiu-se a Portaria MS/GM n. 425/2013, voltada ao estabelecimento do regulamento técnico, normas e critérios para a prestação da assistência especializada de alta complexidade ao portador de obesidade, principalmente do tratamento cirúrgico desta. Tendo previsto que configuram-se como unidades de saúde próprias à tal realização os hospitais que disponham de instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos apropriados para a prestação de apoio

106 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

107 Ibidem.

34

diagnóstico e terapêutico especializado, devendo tais estabelecimentos constarem na organização da aludida linha de cuidado (art. 1º e 2º).108

Tendo, em compatibilidade com o quanto delineado na portaria antecedente,



disposto **as diretrizes para** realização do **tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirúrgico** (Anexo I), as normas para o credenciamento dos **estabelecimentos de saúde para** o desempenho destas atividades (Anexo II), além da relação de procedimentos cirúrgicos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais aprovados, **no âmbito do SUS, para** tanto (Anexo III). Outrossim, alterou as idades mínima e máxima **para a realização do** tratamento cirúrgico para 16, desde que respeitada a **consolidação das epífises de crescimento**, a 65 anos, conforme **avaliação criteriosa do risco-benefício** (art. 8º, §1º e 2º).¹⁰⁹
No que concerne aos procedimentos inclusos pela portaria ora analisada no rol disponibilizado pelo SUS para **tratamento da obesidade**, menciona-se:

Tabela 6: Procedimentos incluídos **na Tabela de** Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS pela Portaria GM/MS n. 425/2013.

Procedimento Código na tabela Faixa etária
Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica **por equipe multiprofissional** (art. 9º)
03.01.12.008-0 16 a 65 anos
Gastrectomia Vertical em Manga | Sleeve (art. 11)
04.07.01.036-0 16 a 65 anos
Tratamento de **intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica** (art. 12)
03.03.07.013-7 16 a 65 anos
Tratamento de **intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica** (art. 12)
04.07.01.037-8 16 a 65 anos
Dermolipectomia abdominal circunferencial **pós-cirurgia bariátrica** (art. 13)
04.13.04.025-9 16 a 65 anos
Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora **pós-cirurgia bariátrica** (art. 14)
04.15.02.001-8 16 a 65 anos

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 425/2013.

Observa-se, neste tom, a ratificação pelas portarias n. 424/2013 (art. 6º) e 425/2013 (art. 14) da garantia de realização dos procedimentos de cirurgias plásticas corretivas que se fazem necessários ante as deformidades corporais ocasionadas pela intensa perda de

108 **Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013.** Estabelece regulamento



técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade **ao Indivíduo com** Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

109 Ibidem.

35

massa corporal provocada pela cirurgia bariátrica. Todavia, cumpre destacar que, malgrado não conste limitações na portaria n. 424/2013 acerca da quantidade de procedimentos reparatórios possíveis para cada paciente que tenha sido submetido ao tratamento cirúrgico, a portaria n. 425/2013 permite o registro simultâneo **de, no máximo**, 02 (dois) procedimentos.¹¹⁰

Por fim, salienta-se que as PRTs de n. 424/2013 e 425/2013 encontram-se contidas na Portaria de Consolidação n. 3, que se trata do instrumento normativo que reúne as normas pertinentes às diferentes redes temáticas de atenção, serviço e pesquisa **em saúde que compõem o Sistema Único de Saúde**. Dispondo-se nesta as diretrizes, atribuições e disposições gerais para a operacionalização satisfatória da assistência primária e especializada **no âmbito do SUS para as diferentes** comorbidades que assolam **a população brasileira**.¹¹¹

4.1.3. PROJETOS DE LEI.

Ainda **no âmbito da** tutela jurídica do direito **à saúde das pessoas com obesidade**, evidenciou-se **ao longo do** presente trabalho a configuração desta patologia como **problema de saúde pública**, ante as proporções epidêmicas alcançadas, consoante se extrai dos índices por esta apresentados a nível nacional e municipal. Precipuamente se considerada a insuficiência de abordagens abrangentes e não reducionistas **nas unidades de saúde**, acentuada pela perspectiva culpabilizadora **dos profissionais da saúde e a falta ou** acesso insuficiente a equipamentos médicos. Conjuntura que explana **a dificuldade de** adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta doença **e a baixa** resolutividade dos mesmos.¹¹² Cenário diante do qual foi proposto o Projeto de Lei n. 3.526/2020, pelo senador Romário de Souza Faria, com o intuito de se obrigar que sejam disponibilizados equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento **da pessoa com obesidade** pelos **estabelecimentos de saúde** (art. 1º), como: balanças, esfigmomanômetros, macas, cadeiras ginecológicas e odontológicas, mobiliário, vestimentas e demais materiais adequados. Isto sob o pressuposto de que estes estabelecimentos devem dispor de recursos apropriados para o

110 **Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013.** Estabelece regulamento

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade **ao Indivíduo com** Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2023.

111 **Brasil. Ministério da Saúde.** Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes **do**

Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesCconsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

112 **Brasil. Ministério da Saúde.** Manual de **atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da**

Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p. 06 et seq.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 11 nov. 2023.

36

atendimento destes indivíduos, visando a eliminação das possíveis barreiras existentes para estes protagonistas acessarem às ações e serviços **públicos e privados** de saúde.¹¹³

Ademais, dispõe-se ainda no supracitado projeto de lei que a inobservância a tal determinação configurar-se-á como infração sanitária, sendo sujeita às penalidades previstas no inciso II, do art. 10, da Lei nº 6.437/1977, qual seja: advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa (art. 2º). De modo que, tais estabelecimentos deverão respeitar os parâmetros técnicos estabelecidos em regulamento próprio para os espaços físicos, móveis, materiais e equipamentos médico-assistenciais que se façam necessários para o atendimento das pessoas portadoras de obesidade satisfatoriamente (§1º, art. 1º) impactando positivamente na sobrevida, morbidade **e qualidade de vida** destes.¹¹⁴

A matéria atualmente se encontra na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aguardando a designação do relator do Projeto de Lei para a análise, discussão e emissão de parecer acerca da viabilidade e pertinência deste, devendo ser encaminhado posteriormente para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para decisão terminativa. Neste prisma, **destaca-se que** superado o prazo regimental de cinco dias úteis disposto no art. 122, II, ?c?, do Regimento Interno para a apresentação de emendas, estas não foram propostas, mantendo-se o projeto em sua integralidade e aguardando distribuição.¹¹⁵

Sob este mesmo enquadro menciona-se o Projeto de Lei nº 2.532/2021, proposto pelo senador Antonio Mecias Pereira de Jesus, que destina-se a alteração do art. 6º da Lei nº 8.080/1990, para inclusão, no âmbito de atuação do SUS, das cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica mediante indicação médica. Sendo estas a abdominoplastia e a lipoaspiração, para correção **do excesso de pele** e flacidez no abdômen, além da mamoplastia redutora para as hipóteses de hipertrofia mamária ou gigantomastia. Conferindo, deste modo, status de lei às garantias até então reconhecidas apenas em sede de portaria (Portaria de Consolidação n. 3).¹¹⁶

113 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, **de 26 de junho de 2020**. Obriga os **estabelecimentos de saúde**

a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa.

Disponível em:

https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=

[1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyOD_gwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyOD_gwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..) Acesso em: 11 nov. 2023.

114 Ibidem.

115 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 3526, **de 26 de junho de 2020**. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 11 nov. 2023.

116 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, **13 de julho de 2021**. Disponível em: <https://legis>



.senado

.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga
*N

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc
2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

37

Isto sob a justificativa de que em uma porcentagem considerável **dos casos de obesidade o cuidado clínico longitudinal, baseado na promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável para** redução ou **manutenção do peso corporal**, não se faz suficiente, indicando-se como única alternativa terapêutica a realização **da cirurgia bariátrica**.

Procedimento cirúrgico do qual resulta intensa **perda de massa corporal**, atrelada a flacidez e excesso de pele, que podem ocasionar, inclusive, limitação da movimentação, desequilíbrio da coluna vertebral e infecções cutâneas recorrentes, evidenciando **a necessidade de** realização dos procedimentos reparadores para garantia **da qualidade de vida** destes pacientes.117

Diferentemente do projeto anterior, que ainda se encontra pendente de aprovação pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), este já passou pela análise promovida pela CAE, a qual o aprovou, considerando **que não se** diagnosticou **a existência de** impactos financeiros **com a sua** aprovação, sendo **compatível com as** normas que regulam as finanças públicas. Isto **tendo em vista** que, além de estas já se encontrarem dispostas **na tabela de** procedimentos do SUS, ante a previsão em portarias próprias, no que pertine a integralidade de assistência, a indispensabilidade do tratamento engloba **não apenas a** obesidade, **mas também as** deformidades observadas em decorrência **da cirurgia bariátrica**.118

Neste tom, os mencionados projetos de lei demonstram que, em que pese encontrem-se previstas diretrizes para **o funcionamento da** assistência médica **no âmbito da atenção** primária e especializada direcionada **às pessoas com obesidade e da** garantia de atendimento clínico especializado, dotado de equipamentos e infraestrutura adequada, ainda não se extrai coeficientes de eficácia satisfatórios. Mormente se observado que, não obstante tenha-se incluído os procedimentos reparadores na tabela do SUS, **bem como os recursos necessários para** o desempenho das ações e serviços **de assistência à saúde**, ainda se tem **a necessidade de** alçar tal matéria ao status de lei para possibilitar exigência mais incisiva desta.

117 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 **de julho de** 2021. Disponível em: [https://legis](https://legis.senado)

.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga
*N

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc
2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

118 Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, **de 30 de maio de** 2023.

Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi>

[on=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTgzM3MwNy4wLjAuMA?](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi) Acesso em: 11 nov. 2023.

38

4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

A problemática atinente a invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade de se esquadriñar a tutela jurídica do Estado direcionada à estas é evidenciada ante os óbices relativos ao efetivo funcionamento da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade. Compreensão esta assentada nas barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde destes indivíduos, as quais englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.¹¹⁹

Quanto a estas deficiências, menciona-se o diagnóstico nutricional tardio e deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado com adoção de modelo condizente com a abordagem terapêutica integral, reverberando na baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos. Sendo tal entrave circundado pela diminuta disponibilidade de infraestrutura física e equipamentos adequados ao atendimento do indivíduo com obesidade nas unidades de saúde, sobretudo os pertinentes ao diagnóstico e implementação do processo de cuidado, a citar: balanças, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas, estetoscópio, esfigmomanômetro, dentre outros.¹²⁰ No tocante à infraestrutura voltada à assistência à saúde ao portador de obesidade no município de Salvador, não se observa nesta o dinamismo necessário para a efetiva implementação de ações e serviços inerentes à prevenção, diagnóstico e tratamento desta enfermidade. Isto especialmente no que concerne aos serviços do setor diagnóstico e terapêutico, vez que em que pese as disposições da Portaria MS/GM n. 424/2013, acerca da imprescindibilidade do acompanhamento médico e diagnóstico adequado, no Plano Municipal de Saúde não se verifica menção a tal promoção.¹²¹

¹¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

¹²⁰ Ibidem, p. 06 et seq.

¹²¹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

39

Quanto a esta premissa, ressalta-se que não obstante tenha se aumentado a disponibilidade de equipamentos de diagnóstico nas unidades municipais de saúde no ano de 2020, não há alusão à capacidade destes para atendimento das pessoas com obesidade e suas especificações dimensionais. Sobre isto, dentre os equipamentos disponibilizados há o



tomógrafo e o aparelho de ressonância magnética, que em certos quadros clínicos demandam especificações métricas diversas **para que sejam** capazes de comportar o biotipo destes, além do ultrassom convencional, quando o apropriado a determinados **casos de obesidade** é o ecoendoscópio, em decorrência das dificuldades ocasionadas pelo panículo adiposo.¹²² Ainda no que tange a estes serviços **de apoio diagnóstico e terapêutico** discriminados no citado plano, salienta-se a ausência de tópico particularizado ou menção em aspecto geral à promoção de procedimentos ou aquisição de aparelhos apropriados ao atendimento destes protagonistas. Não havendo neste, ou sequer no Plano Municipal de enfrentamento das DCNTs, a indicação das medidas a serem adotadas **para a avaliação clínica** do paciente **portador de obesidade**, com o conseqüente correlacionamento com as comorbidades para as quais se estabelece como **fator de risco**, acaso existentes.¹²³ Condição delicada que inflama ainda outra vertente atrelada **a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e adesão** aos processos terapêuticos, que se trata do conseqüente constrangimento experimentado por **estes indivíduos quando** desta tentativa frustrada, o que ocasiona um desestímulo **à procura por** assistência médica especializada. Tendo-se como fomento a esta conjuntura a perspectiva culpabilizadora **dos profissionais da saúde, que** responsabilizam estes pacientes pelo quadro clínico apresentado e equivocadamente associam a obesidade ao desleixo e/**ou ausência de** comprometimento com **o cuidado da saúde e manutenção do peso, em** que pese a origem multifatorial e complexa desta.¹²⁴ Comportamento que acaba por atravancar a procura por acompanhamento médico e tratamento adequado, **tendo em vista a** ausência de atendimento humanizado e acolhedor em relação a estes indivíduos. Mormente se considerado que tais pessoas se sentem

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). **Acesso em:** 15 nov. 2023.

122 Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador**. Plano **Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 223 et seq. **Disponível em:**

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I

[_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf](#). **Acesso em:** 15 nov. 2023.

123 Ibidem, p. 261 et seq.

124 **Brasil. Ministério da Saúde**. Manual de **atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.06.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 15 nov. 2023.

40
pressionadas e continuamente julgadas, ante os estereótipos estéticos reverberados pela sociedade e a crítica constante quanto a suposta ausência **de cuidado para que se** atingisse tal biótipo corporal. Quando, em verdade, isto é influenciado não apenas por hábitos alimentares **dos indivíduos e sua frequência na prática de atividades físicas, como** já mencionado.¹²⁵ Nesta toada, o despreparo dos profissionais para **lidar com a** complexidade da

obesidade, ante ao estigma atrelado a esta que inobserva os fatores genéticos, metabólicos, sociais e culturais que influenciam na sua ocorrência, enseja em um atendimento deficitário **que não se** atém a análise atenta das particularidades e necessidades destes indivíduos.¹²⁶ Inobservando-se, desta maneira, as diretrizes traçadas pela mencionada portaria para o atendimento, cuidado clínico e prestação de assistência terapêutica multiprofissional que garanta o acolhimento adequado destes (art. 2º, I, II, V, VI, VIII, IX e X).¹²⁷ Sob este prisma, adere-se ainda a esta espiral de problemáticas **o fato de que a busca por serviços de saúde por** parte deste público é motivada, via de regra, por outras **comorbidades associadas à obesidade**, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, haja vista esta se consubstanciar como **fator de risco para o** seu desenvolvimento. Havendo, diante disso, uma alta demanda **para a realização de** atendimento curativo e individual relativo a estas, sem que se efetue um diagnóstico mais aprofundado e completo, com análise das particularidades do paciente e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado.¹²⁸

Óbices que dificultam o acolhimento e diagnóstico efetivo dos **indivíduos que apresentam o** citado quadro clínico, **bem como a realização do** tratamento adequado dos mesmos, que é tangenciado por efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos sobre estes. Circunstância que reforça **a necessidade de** aprimoramento, especialmente **na rede de atenção** primária, da disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos

125 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de **atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

126 CFN ? **CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS**. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e **o fenômeno da** obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

127 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. **Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de**

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 nov. 2023.

128 Brasil. Ministério da Saúde. Op.Cit., 2022, Loc. cit.

41 adequados para o atendimento, que ainda se demonstra escasso, em que pese tal classe consubstanciar-se como parcela significativa da população.¹²⁹ **No que se refere à atuação na rede de atenção primária à saúde** no município de Salvador, cumpre observar que esta se atém **a redução dos riscos** de adoecimento **relacionados à alimentação e nutrição** disposta na **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**



(PNAN). Adotando, para tanto, procedimentos atinentes à **Vigilância Alimentar e Nutricional** nesta proposta, voltada ao diagnóstico e **monitoramento do estado nutricional da população**, cuja procedimentalização se encontra adstrita às ações relativas ao SISVAN nas **unidades básicas de saúde do município**.¹³⁰

Realizações estas compatíveis com parte das atribuições discriminadas pela Portaria n. 424/2013 para este segmento (art. 4º, inciso I, alíneas a, b e c). Porém, como tecido anteriormente, **com base no** cenário delineado pelos dados disponibilizados ao acesso público, não se observa na atuação municipal a prestação de assistência terapêutica multiprofissional e a garantia de acolhimento adequado aos indivíduos portadores de obesidade. Feitos indicados pela citada portaria como atribuições **da rede de atenção** primária perante **a linha de cuidado** instituída **para prevenção e tratamento da obesidade** (art. 4º, inciso I, alíneas d e g).¹³¹

Neste diapasão, detendo-se **a atenção à** referida **linha de cuidado**, cumpre rememorar que a instituição desta pelas unidades federativas, em condição prioritária **na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas**, foi também estabelecida pela Portaria n. 424/2013, ao redefinir as diretrizes **pertinentes a esta** temática.¹³² Possuindo como finalidade **a oferta de ações e serviços de saúde de** modo integrado e harmônico **entre os diferentes** segmentos **que compõem a RAS** (atenção básica/primária e especializada de **média e alta** complexidade), garantindo a integralidade e a **longitudinalidade do cuidado** clínico.¹³³

129 **Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:** https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 15 nov. 2023.

130 Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.**

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. **Acesso em:** 15 nov. 2023.

131 **Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de**

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). **Acesso em:** 15 nov. 2023.

132 Ibidem.

133 **Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em:**

[https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf)

[pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf). **Acesso em:** 15 out. 2023.

42

Todavia, **nem todos os** estados a implementaram, vez que apenas o **Rio Grande do Sul**, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Acre, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, **Rio Grande do Norte** e Sergipe a instituíram, ao **tempo que os** estados de Alagoas, Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí e Tocantins estão debatendo e trabalhando para a instituição desta, não tendo sido encontradas até o presente momento informações acerca da efetiva instituição das mesmas.

Neste tom, **destaca-se que** não foram disponibilizados dados e informações acerca **da implantação de uma linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade** no estado da Bahia. O único documento encontrado acerca da gestão de atendimento e **cuidado desses indivíduos** trata-se do Protocolo de atendimento **e acompanhamento de pessoas com obesidade** elaborado pelo Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), com o intuito de regular os critérios de encaminhamento de pacientes para este.¹³⁴

Nota-se, assim, uma deficiência na implantação de protocolos e fluxos de cuidado nas instâncias iniciais de atendimento **da rede de atenção primária à saúde** (APS) no Estado da Bahia, que reverbera na gestão promovida pelo Município de Salvador, não se observando uma atuação preventiva a obesidade de modo **a evitar o** agravamento da condição clínica **e desenvolvimento de outras** comorbidades. Quanto a isto, não foram disponibilizados nos bancos de dados e documentos de acesso público informações relativas ao abastecimento e suficiência de equipamentos necessários para o atendimento, **diagnóstico e tratamento da obesidade**, bem como formação e capacitação de profissionais da saúde.

Noutro tom, em meio a este crítico cenário é válida a menção à instituição do Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), o qual oferece uma rede integrada de atenção ao paciente, com atendimento multidisciplinar em áreas referentes **ao desenvolvimento de** possíveis complicações e comorbidades a estas atreladas. O mesmo apresenta uma atuação integrada a das demais **unidades de saúde que compõem a rede de atenção** primária, as quais realizam a interlocução e encaminhamento dos pacientes. **No entanto, este** apresenta critérios restritivos para a admissão, englobando:¹³⁵

Paciente **de 18 a 60 anos com** obesidade grau 3 ($IMC > 40$) **com ou sem comorbidades** ou grau 2 (IMC entre 35 e 40) com pelo menos duas comorbidades

134 Bahia. Secretaria **de Saúde do** Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência

ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

135 Ibidem.

43

relacionadas **ao excesso de peso**, desde que estejam sensibilizados e predispostos a fazer mudanças de **estilo de vida** visando perda ponderal e com acompanhamento regular na Atenção Primária **por pelo menos** 01 ano. 136

Ademais, **destaca-se que no ano de** 2020 foi incorporado ao Hospital



Municipal de Salvador (HMS) o **serviço de cirurgia bariátrica**, compreendido como um importante meio de **tratamento da obesidade e** suas comorbidades. Integrando-se nesta área de atuação com o citado Cedeba, instituído décadas antes (24/03/1994), cujo ambos dispõem de uma equipe composta de médicos, endocrinologistas, psicólogos e nutricionistas voltados ao acompanhamento destes **indivíduos para a identificação** da adequação do procedimento e sua consequente realização.¹³⁷

Neste ensejo, entende-se pela observância às atribuições do componente **de atenção especializada** quanto à identificação de casos de realização do procedimento cirúrgico para **tratamento da obesidade e** encaminhamento destes para as unidades apropriadas para tal promoção, ante ao esgotamento **das possibilidades terapêuticas** na APS (art. 4º, inciso II, alínea a, itens 1, 2 e 3). Contudo, não se tem menção ao importante acompanhamento terapêutico multiprofissional **no pós-operatório** a ser desempenhado **na rede de atenção especializada** hospitalar (4º, inciso II, alínea a, itens 5 e 6, c/c alínea b, itens 1, 3 e 5).¹³⁸

5. CONCLUSÃO.

O presente trabalho se propôs a esquadrihar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito **à saúde das pessoas com obesidade** no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados **na rede de atenção** primária e especializada do SUS. Isto ante a potencial invisibilização desses indivíduos **no sistema de saúde, em** que pese **a existência de** instrumentos normativos que versam especificamente acerca

136 Bahia. Centro **de Diabetes e** Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento **de Pessoas com Obesidade**. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao>

-de-criterios-de-matricula.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

137 Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador**. Plano **Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 277 et seq. Disponível em:

[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I)

[_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I). Acesso em: 15 nov. 2023.

138 **Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a**

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 out. 2023.

44

desta matéria, os quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos diferentes níveis que compõem esta **rede de assistência**, a citar: as Portarias **MS/GM n. 424 e 425/2013**.

Neste ensejo, impende destacar o reconhecimento desta doença como

problema de saúde pública, haja vista que além dos altos índices de incidência apresentados,

que já alcançam proporções epidêmicas, esta se consubstancia como **fator de risco para o desenvolvimento de outras** DCNTs, a citar: hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias. Enfermidades que, inclusive, são as responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade desta capital, conforme dados disponibilizados **no Sistema de Informação** Sobre Mortalidade (SIM), o que evidencia os impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, interferindo **na duração e qualidade de vida** destes protagonistas.

Ademais, salienta-se ainda os drásticos impactos financeiros exercidos pelos gastos com esta patologia **no sistema de saúde**, o qual exige um considerável despendimento econômico por parte do Estado, que já alcança a monta de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo-se significativamente o orçamento estatal para estes gastos. Panorama geral que evidencia **a necessidade de** se debater a eficácia dos instrumentos normativos existentes acerca da matéria, de modo a potencializar a estruturação **da rede de atenção** primária e especializada voltada à **prevenção e tratamento da obesidade** e a garantia de acesso **à saúde de** qualidade, enquanto direito fundamental constitucionalmente assegurado.

Neste tom, este trabalho foi desenvolvido mediante a aplicação do método de pesquisa bibliográfica, lastreada em material publicado a respeito da temática, especialmente livros, periódicos, artigos, **cadernos de saúde**, relatórios publicados em plataformas governamentais e legislação existente acerca da matéria. Tendo se utilizado, ainda, de abordagem metodológica qualitativa, voltada ao entendimento **e avaliação do objeto de** pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo de Karl Popper, cujas hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento **para a identificação** da solução do problema de pesquisa explicitado.

Sob este prisma, para se alcançar uma **compreensão da realidade** acerca dos efeitos da aparente invisibilização **das pessoas com obesidade no sistema de saúde e da** necessidade **ou não de** elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades **dos indivíduos com obesidade**, estabeleceu-se quatro objetivos específicos. Sendo o primeiro pertinente a identificação da regulamentação do direito **à saúde**, do seu status no ordenamento jurídico e quais os meios e sistemas elaborados pelo Estado para a efetivação do acesso à saúde, enquanto garantia de um mínimo existencial nesta esfera.

45

No que concerne a este, **observou-se que a** regulamentação geral do direito à saúde encontra-se disposta na Constituição Federal, em que é reconhecida **como um direito** social, nos termos do art. 6º, e elevada a condição de direito fundamental. **Sendo que, no** referido diploma, esta matéria encontra-se disciplinada em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, que estabelecem as normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante **a população brasileira**. Visando-se a garantia e ampliação do acesso às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da **saúde por meio de** prestações materiais positivas e providências jurídico-normativas.

Conjuntura sob a qual foi criado o **Sistema Único de Saúde** (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado, que encontra-se disposto no art. 198 do diploma constitucional e é regulamentado **de forma mais** específica nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990 que delineiam o arcabouço legal e principiológico para seu funcionamento. Isto enquanto suporte para a efetivação da política **de saúde do** país, por estabelecer **um conjunto de ações e** serviços públicos que integram uma rede regionalizada e



hierarquizada, pautada na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. No que concerne ao segundo objetivo específico, este refere-se à análise das principais estratégias formuladas pelo sistema público **de saúde para o controle do número de casos de obesidade** no país, atendo-se à identificação das bases legais existentes acerca da matéria. Tendo-se, nesta oportunidade, verificado a instituição de **uma série de portarias** atinentes à estruturação **da rede de atenção** primária e especializada **do SUS para** atendimento destes indivíduos, as quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos segmentos que a compõem **para a prevenção e tratamento da obesidade**.

Sendo que, nas Portarias mais recentes (PRTs **MS/GM n. 424 e 425/2013**) foi conferida maior relevância **a realização do diagnóstico** apropriado dos pacientes, centrado nas particularidades e necessidades destes, mediante identificação de **seu estado nutricional e** estratificação consoante **a presença de outros fatores de risco e** comorbidades. Isto além da importância creditada ao acompanhamento terapêutico adequado, com encaminhamento para serviço especializado e adoção de modelo com abordagem terapêutica integral e intersetorial, malgrado não se observe a efetivação destas realizações no município de Salvador.

No que tange ao terceiro objetivo específico, convergente a verificação de como se dá a operacionalização dos eixos estratégicos para que abarque as **necessidades da população obesa** assistida, tal informação encontra-se também disciplinada na Portaria n. 424/2013. Isto considerando que, como discorrido no desenvolvimento deste trabalho, esta engloba as principais atribuições **dos níveis de atenção básica**, especializada e dos sistemas 46

logísticos **e de apoio à saúde**, esmiuçando inclusive os encargos dos subcomponentes **da atenção especializada (ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência)**, ao estabelecer as atividades a serem desempenhadas intersetorialmente nestes.

Já **no que diz respeito** ao quarto e último objetivo específico, pertinente a identificação das barreiras enfrentadas **para a garantia** do acesso à saúde **às pessoas com obesidade**, sobretudo nesta capital, constatou-se: a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas no âmbito de atendimento médico, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a infraestrutura física e equipamentos adequados ao acompanhamento destes indivíduos **nas unidades de saúde**. Deficiências agravadas pelo diagnóstico nutricional tardio e deficitário, ante a perspectiva culpabilizadora e despreparo **dos profissionais da** saúde para **lidar com a** complexidade **da obesidade, que** desestimula a procura por assistência médica especializada. Aglutina-se ainda a este encadeamento a questão da busca por ações e **serviços de saúde** ser motivada, majoritariamente, pela manifestação de outras **comorbidades associadas à obesidade**, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, que em sua maioria não são correlacionadas com a mesma. Dificultando-se, desta forma, **o diagnóstico mais** aprofundado, com análise das particularidades dos pacientes e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado, com a consequente garantia de uma melhor **qualidade de vida para** estes.

Informações estas que comungam com as alegadas limitações diagnósticas e terapêuticas indicadas em virtude da inobservância de importantes disposições previstas nas aludidas portarias, que se destinam a operacionalização das ações e serviços **de prevenção e tratamento da obesidade**. Considerando que, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública **no âmbito da** saúde, ainda se nota a precariedade no que tange ao diagnóstico apropriado



e encaminhamento para atendimento especializado, sendo tal conjuntura circundada pela parca disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos adequados.

Confirmando-se, assim, as hipóteses levantadas acerca da problemática.

Diante de tudo quanto exposto, **observa-se que no** tocante a conjuntura analisada não se faz necessária **a elaboração de** novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização **das redes de assistência à saúde do SUS**, mas sim a implementação efetiva das disposições das portarias já existentes que regulam a matéria. Isto **tendo em vista** que, as previsões nestas existentes já se debruçam sobre as necessidades a serem observadas **para que seja** promovido o diagnóstico adequado **da população obesa**, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional, ante **a busca por** profissionalização do corpo de trabalho que a compõe.

47

Sendo estabelecido por estas, ainda, toda a divisão de atribuições **entre os diferentes** segmentos que a integram, **de forma a** corroborar com a colaboração entre estes, possibilitando uma atuação intersetorial e dinâmica, com assistência não apenas reparativa, mas também preventiva, atendendo às disposições gerais tecidas quanto à garantia do direito à saúde. Note-se que, até mesmo os projetos de lei elaborados nesta esfera voltam-se **a busca de** garantia de coeficientes de efetividade de disposições já constantes nas mesmas, seja **em relação ao** atendimento especializado com infraestrutura adequada ou a autorização e custeio de cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica. Necessita-se, portanto, especialmente **no âmbito do município de** Salvador, da efetiva implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição **da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade**, dentre outras realizações nestas constantes. Isto porque, conforme se extrai das **informações sobre a atuação** municipal, angariadas nas plataformas de dados governamentais disponíveis e nas documentações disponibilizadas ao acesso público, especialmente os planos municipais **de saúde e de enfrentamento às DCNTs**, este ainda não implementou as principais medidas para acompanhamento destes indivíduos. Neste diapasão, salienta-se **que em** que pese as tentativas, não foram encontradas ou fornecidas maiores informações acerca da instituição, no município, **da linha de cuidado** voltada especialmente **para a prevenção e tratamento da obesidade**, bem como **das políticas públicas** implementadas visando tal feito ou **dos processos de** cuidado direcionados ao acompanhamento deste público. Ademais, não se disponibilizou também dados acerca da infraestrutura técnica, profissional e material existente no município para a devida prestação da assistência médica a ser direcionada a esta parcela substancial da população, sendo esta ausência de acesso ou existência a informação também compreendida como tal. Circunstância diante da qual se propõe que, para pesquisas futuras, se angarie mais informações acerca da gestão desempenhada no município **no âmbito da rede de assistência** primária e especializada do SUS, com destaque às ações e serviços implementados por este **para prevenção e tratamento da obesidade**. Sobretudo, se houve a instalação **de uma linha de cuidado prioritária** específica para esta esfera, como discriminado nas portarias vigentes acerca da temática, ou se há planos **para a sua** futura implementação, com a adoção do plano de atribuições nesta discriminados.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão **sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pdf. Acessado em 09 de março de 2023.

Anjos, Luiz Antonio dos. **Obesidade e Saúde Pública**. 20.ed. **Rio de Janeiro** : Editora Fiocruz, 2006.

Bahia. Centro **de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA)**. Protocolo de Acompanhamento **de Pessoas com Obesidade**. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao-de-criterios-de-matricula.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria **de Saúde do Estado da Bahia - SESAB**. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria **de Saúde do Estado da Bahia - SESAB**. **Obesidade e Sobrepeso**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A **Epidemia de Obesidade e as DCNT**. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de **Média e Alta Complexidade no SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2023.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivi_l_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre **as condições para a promoção,**



proteção e recuperação **da saúde**, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça **os níveis de assistência** do maior sistema público **de saúde do mundo**. Portal da **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas>. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de **atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2005. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no **cuidado às pessoas com obesidade no sus**: Resultados do laboratório de inovação no **manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde**. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes **do Sistema Único de Saúde**. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. **Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.htm. Acesso em: 15 out. 2023.



Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao **Indivíduo com Obesidade**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. **Acesso em:** 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva **na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS**. Disponível em: <https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%20C%2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. **Acesso em:** 31 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo **de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS**. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. **Acesso em:** 29 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas **para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. **Acesso em:** 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui **diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade**, a serem implantadas **em todas as** unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. **Acesso em:** 09 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. **Acesso em:** 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. **Acesso em:** 24 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 2012,



2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

Brasil. Senado Federal. Matérias Bicameras: Projeto de Lei nº 3526, de 2020. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&disposition=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDlwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MDMwNy4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDlwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA.. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&n_umero_Processo=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI_A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 111-153, 3 nov. 2020.

Malta, Deborah Carvalho. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde**: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 2017;51 Supl 1:4s, p. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2023.

Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). *Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo*. Barueri: Manole, 2020.

Moraes, Alexandre de. *Direito constitucional*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

Paulsen, Leandro. *Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006.

Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Corso, Arlete Catarina Tittoni. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade**. *Revista de Nutrição*. Campinas: V. 17, out./dez., 2004, p.01. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador**. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal **da Saúde do Salvador (SMS SSA)**. **Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Souza, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. **O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade**. *Rev bras nutr clín*, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

WHO. *Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012*. Geneva: WHO; s.d. Disponível em:



http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.



=====

Arquivo 1: [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Arquivo 2: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/banco-de-precos/legislacao/portaria-ms-gm-no-3-346-de-27-de-dezembro-de-2013.pdf> (858 termos)

Termos comuns: 50

Similaridade: 0,37%

O texto abaixo é o conteúdo do documento [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Os termos em vermelho foram encontrados no documento <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/banco-de-precos/legislacao/portaria-ms-gm-no-3-346-de-27-de-dezembro-de-2013.pdf> (858 termos)

=====

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
GRADUAÇÃO EM DIREITO

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

Salvador
2023



ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

TCC apresentado ao Programa
de Graduação em Direito da
Universidade Católica do
Salvador, como requisito
parcial para a obtenção do grau
de bacharel em direito.

Orientador: André Quadros
Côrtes, Mestre em Políticas
Sociais e Cidadania.

Salvador
2023

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA



RESUMO

O presente trabalho se propôs a analisar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde direcionado às pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto no intuito de se esquadriñar a aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades destes indivíduos. Interesses estes fundados nos desafios e barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços pertinentes à promoção, proteção e recuperação da saúde da população obesa, que englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional. Para tanto aplicou-se o método de pesquisa bibliográfica, embasada em material publicado a respeito da temática, particularmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde e relatórios extraídos de plataformas governamentais. Utilizando-se, ademais, de abordagem metodológica qualitativa, focada no entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para identificação da solução do problema de pesquisa explicitado. Sob este enquadro, a análise realizada evidenciou a prescindibilidade de elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, vez que, em verdade, faz-se necessária a implementação efetiva das disposições constantes nas portarias já existentes acerca da matéria. As quais se debruçam sobre as particularidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional. Conjuntura sob a qual delinea-se a necessidade, mormente no âmbito do município de Salvador, de implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; DCNTs; Comorbidades; Saúde; SUS; Prevenção; Diagnóstico; Tratamento; Atendimento; Acompanhamento; Infraestrutura; Estigma; Atenção Primária; Atenção Especializada; Mortalidade; Morbidade; Portarias; Eficácia.

ABSTRACT

The present work proposed to analyze the effectiveness coefficients of the legal protection of the right to health aimed at people with obesity in the Municipality of Salvador, especially with regard to the actions and services performed in the primary and specialized care network of the SUS. This is in order to investigate the apparent invisibility of people with obesity in the health



system and the need or not to develop legislative instruments specifically aimed at the needs of these individuals. These interests are based on the challenges and barriers identified for the offer and implementation of actions and services relevant to the promotion, protection and recovery of the health of the obese population, which include the absence of comprehensive and non-reductionist approaches, accentuated by the lack of or insufficient access to medical equipment and professional qualification. To this end, the bibliographical research method was applied, based on published material on the topic, particularly books, periodicals, articles, health notebooks and reports extracted from government platforms. Furthermore, using a qualitative methodological approach, focused on understanding and evaluating the research object, linked to the hypothetical-deductive method, in which the formulated hypotheses are subjected to the falsification process to identify the solution to the explained research problem. Under this framework, the analysis carried out highlighted the unnecessary development of new normative instruments to establish guidelines and operationalize SUS health care networks, since, in truth, it is necessary to effectively implement the provisions contained in the ordinances already existing information on the subject. Which focus on the particularities to be observed so that adequate diagnosis of the obese population can be promoted, with specialized monitoring, equipped with technical and professional infrastructure. Situation under which the need is outlined, especially within the scope of the municipality of Salvador, to implement the guidelines and attributions contained in the Ordinances and National Policies drawn up on the subject, such as the institution of the line of care for the prevention and treatment of overweight and obesity, among other achievements in these constants.

Key words: Obesity; Overweight; NCDs; Comorbidities; Health; SUS; Prevention; Diagnosis; Treatment; Service; Follow-up; Infrastructure; Stigma; Primary attention; Specialized Care; Mortality; Morbidity; Ordinances; Efficiency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.	5
2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	8
2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.	8
2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	12
3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL	21
4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26



4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1.1. Portarias instituídas anteriormente para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade	26
4.1.2. Portarias vigentes na atualidade.	30
4.1.3. Projetos de lei.	35
4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	38
5. CONCLUSÃO.	43

5

1. INTRODUÇÃO

A saúde se consubstancia como um direito social, assim reconhecida no **art. 6º da Constituição** Federal, que a elevou à condição de direito fundamental, dotando-lhe de força normativa e vinculante.¹ Cenário este que exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, para se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos termos **do art. 196 da CF**.² Enquadro lógico sob o qual foi criado o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, de caráter universal, integral e descentralizado (art. 198, da CF), enquanto suporte à efetivação da política de saúde no país.³ Tal sistema é responsável pela **atenção à saúde** da maioria dos cidadãos, englobando um conjunto de serviços ambulatoriais, terapêuticos e pré-hospitalares de urgência e emergência especializados.⁴ Todavia, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda tem se demonstrado exígua. Tendo a referida patologia se tornado um problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas que têm alcançado em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas quando do atendimento primário.⁵ A título de contextualização, salienta-se que a obesidade se trata de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa que representa o aumento excessivo de tecido adiposo no organismo, haja vista apresentar um excesso no Índice de Massa Corporal (Superior a 30 kg/m²).⁶ Dentre as suas causas, alberga fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos, dos quais a literatura científica

1 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

2 Melo, Adriana Zawada. Seção II, **da Saúde**, **art. 196**. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da

Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

3 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www>



.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 27/05/2023.

4 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNASUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2 saud_soci](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2_saud_soci)

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

5 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade **no âmbito da Atenção**

Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

6 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity

. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

6

destaca como principais a inatividade física, a redução do consumo de alimentos básicos e a maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar.⁷

Esta, em decorrência das suas complicações metabólicas, se configura ainda

como fator de risco **para o desenvolvimento** de outras DCNTs, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, as quais não são correlacionadas a um diagnóstico apropriado, ante a

deficiente estrutura de atendimento.⁸ O que reverbera na ausência de encaminhamento para serviço especializado, com adoção de modelo adequado à abordagem terapêutica integral, que se constituem como importantes aspectos para a redução da morbimortalidade das pessoas com obesidade.⁹

Quanto a isto, nota-se que consoante dados apontados pelo Sistema de

Informações da Atenção Básica (SISAB), apenas 2,5% do total de atendimentos individuais são voltados à condição avaliada como obesidade.¹⁰ Conjuntura esta incongruente com os índices

apresentados no ano de 2023 nos relatórios públicos emitidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) **do Ministério da Saúde**, que indicavam que

aproximadamente 34.51% dos indivíduos adultos já possuem diagnóstico de excesso de peso, 20.65% de Obesidade Grau I, 8.23% de Obesidade Grau II e 4.37% de Obesidade Grau III.¹¹

Contexto que se reproduz no município de Salvador, cujo os índices

apresentados neste relatório indicam que aproximadamente 33.1% dos indivíduos adultos possuem diagnóstico de sobrepeso, além de apresentar porcentagens ligeiramente mais altas de

Obesidade Grau I (21.68%), Obesidade Grau II (9.42%) e Obesidade Grau III (5.05%), se

comparada com os índices nacionais. Circunstância sob a qual se observa que os atos

normativos elaborados não transparecem coeficientes de eficácia válidos, especialmente no que concerne ao cuidado direcionado a estes protagonistas neste município.¹²

Ratifica-se, desta forma, a premissa tecida acerca da precariedade de

diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento, que ainda é circundada pela parca



7 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. Cadernos

de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

8 Ibidem.

9 Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

10 Ibidem, p.11.

11 Brasil, **Ministério da Saúde.** Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

12 Ibidem.

7

disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade. Particularmente aqueles voltados ao rastreamento e implementação do processo de cuidado, tais quais: balanças, macas e cadeiras adequadas, fita métrica, esfigmomanômetro, dentre outros. Condições observadas não obstante tais indivíduos representarem porcentagem significativa da população, consoante delineado linhas alhures.¹³

Sob este prisma, impende ainda ressaltar que o fato de a obesidade se configurar como fator de risco **para o desenvolvimento** de outras DCNTs exerce drásticos impactos nos índices de morbidade e mortalidade, bem como nas finanças pertinentes ao sistema de saúde. Tendo se contabilizado em estudo elaborado sobre a temática que do orçamento de R\$6,77 bilhões gastos anualmente com estas, cerca de R\$1,49 bilhões são atribuídos ao excesso de peso e obesidade. Percentual este que se mantém considerável no que tange ao número de mortes (128,71 mil), hospitalizações (495,99 mil) e procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS (31,72 milhões), o que denota a sobrecarga deste sistema.¹⁴ Neste ensejo, tem-se traçada **a necessidade de** priorização e revisão dos

aspectos estruturais da rede **de atenção à saúde** do SUS, no âmbito primário e especializado, essencialmente no que concerne à organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade delineada nas portarias já elaboradas sobre a matéria.¹⁵ Contexto este que influenciou a elaboração do presente trabalho, o qual tem como objetivo analisar se, diante do cenário exposto, faz-se necessária a elaboração de novos instrumentos legislativos **de atenção à saúde** voltadas especificamente as particularidades destes indivíduos, ou se, em verdade, se trata da necessidade de efetivação dos já existentes.

Atrelando-se tal questionamento, ainda, a indagação de como esta possível invisibilização no sistema público de saúde reverbera em consequências tangenciais à garantia do direito à saúde e, como seqüela, a uma ampla qualidade de vida. Isto em virtude de se ter, dentre os princípios fundamentais desta República, a dignidade da pessoa humana, que



reverbera na garantia das necessidades vitais do ser humano, englobando o acesso à saúde permeada em ações e serviços de qualidade. Questionamento este existente em decorrência da

13 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade **no âmbito da Atenção**

Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.16. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

14 Brasil. **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**. A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórniás Machado.

Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

15 Brasil. **Ministério da Saúde**. Op.cit., 2022, p.13.

8

ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas e da precariedade de diagnóstico e encaminhamento para atendimento apropriado destes indivíduos no sistema de saúde.16

Fundado neste intuito, o presente trabalho se consubstancia como uma reflexão e estudo decorrente da aplicação do método de pesquisa bibliográfica, subsidiada em material publicado acerca da temática, em especial livros, artigos e periódicos, bem como na legislação existente, que corroboraram para a constatação e deslinde da problemática identificada. Isto além do levantamento de dados quantitativos, vez que se analisará material lastreado em dados publicados pelo governo federal e municipal sobre os índices de obesidade, atendimento, diagnóstico e disponibilização de tratamento.

Tendo se utilizado, para tanto, de abordagem metodológica qualitativa, voltada à compreensão e avaliação do objeto de pesquisa. Isto considerando as características da situação, avaliando e medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito da problemática analisada, qual seja: a potencial invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde, sobretudo no que concerne à rede de atenção primária e especializada do SUS, à luz dos instrumentos legislativos existentes.

Sob este enquadro empregou-se o método hipotético-dedutivo de Karl

Popper, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a construção da solução do problema de pesquisa narrado e, posteriormente, são confirmadas ou refutadas. De forma que, com o desenvolvimento da referida discussão, foi construída a argumentação finalística deste e estabelecida a sua conexão com a conjuntura fática observada hodiernamente.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.



A adoção do modelo de bem-estar social pela federação brasileira, em que se observa uma intervenção mais incisiva do Estado no intuito de se assegurar aos indivíduos o

16 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade **no âmbito da Atenção**

Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

9

acesso a serviços assistenciais básicos, com a consequente disposição da saúde como um direito social (art. 6º da CF), alçou-a à condição de direito fundamental. Posição esta **que lhe confere** caráter vinculante e normativo, dotado de exigibilidade perante aos seus titulares, enquanto meio para se garantir o mínimo existencial necessário para uma vida digna, em compatibilidade com os fundamentos fixados para o país no artigo 1º da Constituição (CF).¹⁷

Neste tom, o direito à saúde encontra-se compreendido em um bloco integrado, ainda, pelos direitos à previdência e à assistência social, relativos à área de atuação da seguridade social.¹⁸ A qual estabelece um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas à proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à tríade de garantias citadas acima, consoante disposto no **art. 194 da Constituição**.¹⁹

Observando-se, a partir desta perspectiva, a atuação de diversos órgãos da administração pública direta e indireta e de atores políticos atrelados às ocupações desta no âmbito federal, distrital, estadual e municipal de forma regionalizada e hierarquizada.²⁰

Cenário sob o qual se exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, por meio da implementação de políticas públicas, de modo a se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.²¹ Sendo a matéria tratada no diploma constitucional, em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, os quais estabelecem uma série de normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira,²² com prestações materiais positivas do Executivo e providências jurídico-normativas do Legislativo.²³

Nesse sentido, ratificando o quanto esposado, vejamos as premissas tecidas por Alexandre de Moraes acerca da matéria que explanam a lógica em voga:

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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

17 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

18 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica

tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 119, 3 nov. 2020.

19 Brasill. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/cc>



ivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

20 Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006, p. 496.

21 Melo, Adriana Zawada. Seção II, **da Saúde**, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida

da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

22 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. Op.cit., 2020, p. 121.

23 Cunha Júnior, Dirley. Op.cit., 2012, p.767 et seq.

10

(CF, art. 196), sendo 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 por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).²⁴

Note-se que o art. 196 da CF, além de estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, destaca a finalidade de sua atuação neste campo, atrelando-a à redução do risco de doenças e de outros agravos²⁵. Compreensão esta ratificada no tema de Repercussão Geral de n. 793, em que o Supremo Tribunal Federal (STF) inseriu o tratamento médico adequado dentre o rol de deveres estatais, assim como fixou a responsabilidade solidária dos entes federados. O que corrobora com a premissa de atuação regionalizada e hierarquizada dos entes políticos a nível federal, estadual, distrital e municipal quanto à garantia de acesso universal e igualitário à saúde e seus desdobramentos.²⁶

Tal feito, pois, encontra-se pautado na descentralização da atuação das esferas de governo no âmbito do direito à saúde, atinente às áreas de operação dos entes políticos no atendimento integral da população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.²⁷ Isto porque, a efetivação deste direito compreende não apenas a disponibilização de hospitais ou postos públicos de saúde devidamente equipados para atendimento, mas também o fornecimento de medicamentos e profissionais qualificados para a prestação de serviços públicos desta estirpe.²⁸

À vista disso, visando conferir maior efetividade à política de saúde do país foi instituído o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, previsto no art. 198 da CF e regulamentado de modo mais específico nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que fornecem o arcabouço legal e principiológico para a sua operacionalização. Definindo-se tal sistema como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em conformidade com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.²⁹

24 Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 537.

25 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

26 Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever

de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente>



=4678356&numeroProc

esso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

27 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Op.cit. Acesso em: 09 mar. 2023.

28 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.769 et seq.

29 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www>

.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 27/05/2023.

11

Ratificando o quanto esposado, vejamos as considerações tecidas pelo doutrinador Dirley da Cunha Júnior acerca da matéria explanam a lógica em voga:

Visando a execução das políticas públicas de saúde, a Constituição instituiu um **sistema único de saúde (SUS)**, que passou a compreender todas as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (art. 198). (...) Nada obstante ser de atribuição do Poder Público, a Constituição facultou a assistência à saúde à iniciativa privada (art. 199), de modo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do **sistema único de saúde**, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.³⁰

As LOS comportam, desta forma, disposições no tocante à participação da comunidade na sua gestão e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados a sua manutenção (Lei nº 8.142/90). Além de esmiuçarem o quanto externado no art. 198, indicando as condições para a atuação do SUS, especialmente ao estabelecerem o modo de organização e funcionamento dos serviços prestados e instituírem os objetivos, competências e atribuições do mesmo (Lei nº 8.142/90).³¹ Reforçando, assim, a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³²

Seguindo este enquadro lógico, destacam-se dois importantes princípios delineados nos incisos I e II, **do art. 7º, da** referida lei 8.080/1990. São eles, respectivamente: o da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e o da integralidade desta, compreendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema. Destacando-se a sua importância por reforçarem a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³³

30 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

31 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de



mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

32 Brasil. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-)

Atualizacao-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 10.

33 Ibidem, loc.cit.

12

Sob esta ótica, confere-se destaque ao objetivo disposto no art. 5º, III, da Lei n. 8.080/1990, que estabelece a prestação de assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como atribuições do SUS³⁴. O qual, para desempenhar de modo satisfatório tal encargo, abarca uma série de serviços, a citar: rede hospitalar de média e de alta complexidade, serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, serviços ambulatoriais especializados e serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, incluindo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Portando-se, hegemonicamente, como responsável pela maioria dos cidadãos brasileiros **no âmbito da** garantia ao direito à saúde³⁵.

Entretanto, a despeito do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem se demonstrado insuficiente e insatisfatória. De modo que, tal patologia tem se estabelecido como um problema de saúde pública, ante as suas proporções epidêmicas e a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, sendo tal questão matéria de discussão dos tópicos adiante delineados.³⁶

2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

Atendo-se a base principiológica concernente a institucionalização do SUS, principalmente no que tange a integralidade na prestação dos serviços de saúde, nota-se a instituição de três segmentos relativos à **atenção à saúde**, a citar: (a) atenção primária, (b) de média e (c) de alta complexidade, cujo estas duas últimas integram a rede de atenção especializada.³⁷ A aludida organização presta-se a melhor estruturação dos serviços

34 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes **e dá outras providências**.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

35 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNASUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_soci

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.



36 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade **no âmbito da Atenção**

Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

37 Brasil. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 11.

13

disponibilizados, atentando-se a diferenciação de densidade tecnológica e custos envolvidos com os agravos médicos que cada campo visa atender.³⁸

A atenção primária à saúde (APS) se consubstancia como o eixo orientador do SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde e abarcando um conjunto de ações que incluem prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, mediante o emprego de tecnologia de baixa densidade.³⁹ Dispondo, em virtude disto, de insumos e equipamentos necessários à resolução dos problemas e agravos de maior frequência e baixa complexidade, assim como dos meios para o encaminhamento a serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.⁴⁰ Ratificando as informações elencadas, vejamos as asseverações elaboradas pelo **Conselho Nacional de Secretários de Saúde** acerca da infraestrutura de atendimento desta:

[...] na mesma portaria, quando é descrita a infraestrutura necessária para a atenção primária, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a ?garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar?.⁴¹

Tal conjuntura evidencia, portanto, que a rede de atenção primária não esgota as necessidades manifestadas pelos usuários do SUS, necessitando-se da institucionalização dos demais segmentos **de atenção à saúde** que, como mencionado, compõem a rede de atenção especializada. A reiterar: a rede de atenção de média e de alta complexidade, que, como o próprio nome já sugere, englobam atendimentos que exijam a realização de procedimentos mais complexos, recursos tecnológicos mais específicos e profissionais especializados.

38 Brasil. **Ministério da Saúde**. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência



do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**.

Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20co>

mposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

39 Brasil. **Ministério da Saúde**. **Portaria n. 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

40 Brasil. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 12.

41 Ibidem, loc.cit.

14

À luz desta premissa, no que tange ao segmento **de atenção à saúde** de média complexidade, este abarca ações e serviços prestados em hospitais e ambulatórios envolvendo atendimento em distintas especialidades médicas. Objeto este decorrente de problemas e agravos de saúde que demandam a utilização de recursos tecnológicos mais específicos, ante **a necessidade de** realização de procedimentos complexos destinados ao diagnóstico e tratamento dos usuários.⁴²

Dessa forma, tal nível encontra-se integrado com o retro citado, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, compreendida nesta fase por policlínicas, hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e centros dotados de equipamentos para exames e procedimentos mais avançados. Sendo efetuado nesta o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, a estabilização dos pacientes e a investigação diagnóstica inicial, oportunidade em que se irá aferir **a necessidade de** atendimento mais complexo.⁴³

Cenário em que se menciona o segmento **de atenção à saúde** de alta complexidade, que, integrado aos demais níveis, abrange um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e custo, por envolver a disponibilização de serviços qualificados de alta complexidade. Sendo estes normalmente prestados em hospitais gerais de grande porte, cujo os procedimentos realizados encontram-se relacionados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.⁴⁴ As diversas áreas médicas e procedimentos atendidos encontram-se relacionadas em obra **do Ministério da Saúde** acerca da matéria, senão vejamos:

As principais áreas que compõem a alta complexidade do **SUS, e que** estão organizadas em ?redes?, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos;



laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica;

42 Brasil. **Ministério da Saúde**. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20c>

omposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

43 Ibidem, loc.cit.

44 Brasil, **Ministério da Saúde**. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: **Ministério da Saúde**,

2005. p.32. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)

_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

15

terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.45

A definição das áreas de assistência especializada de média e alta complexidade e a instituição destas por meio da publicação de instrumentos normativos é efetuada mediante o levantamento de informações no tocante à situação da saúde na respectiva área de interesse. Isto sobretudo mediante a análise dos problemas e agravos existentes, serviços ofertados e necessidades da população, com o consequente enquadramento das prioridades para atuação, regulamentação da área específica e organização dos serviços e procedimentos ofertados em relação a esta.46

Sob este tom, atentando-se a elevação nos índices de pessoas que apresentam quadro clínico compatível com excesso de peso (34.51%) ou obesidade (33.25%), bem como o fato de tal condição se configurar como fator de risco **para o desenvolvimento** de outras DCNTs, instituiu-se a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave. Política com a qual, logo no início de sua institucionalização, se incluiu na tabela de procedimentos do SUS a gastroplastia, atualmente regulamentada pelas Portarias n. 628/2001 e 545/2002.47

Contudo, considerando que a esfera de cuidado direcionada a esta patologia não pode se restringir apenas a atuação de forma reparativa e atentando-se a necessidade da atuação preventiva, foi instituída a Portaria GM/MS n. 1.569/2007.48 Nesta, identifica-se uma



maior preocupação com a integralidade na prestação dos serviços de saúde entre os diferentes segmentos de assistência, tendo se organizado a linha de cuidados ao portador de obesidade grave em diferentes níveis. Buscando, com a referida realização, se identificar os principais determinantes e condicionantes da obesidade, de modo a se desenvolver ações transeitoriais **de atenção à saúde** amplas e qualificadas.⁴⁹

45 Brasil, **Ministério da Saúde**. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: **Ministério da Saúde**,

2005. p.32. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios

_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

46 Brasil. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 14 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/>

06/Atualizacao -2011.pdf . Acesso em 27 **de agosto de** 2023.

47 Ibidem, p. 166 et seq.

48 Ibidem, p. 168.

49 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, **de 28 de** junho de 2007. Institui diretrizes para a **atenção**

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

16

Com este intuito a citada Portaria estabelece o modo como deve ser operacionalizada a **atenção à saúde** em seus diferentes níveis, indicando em seu art. 3º as atribuições de cada segmento para o controle da obesidade e suas comorbidades. Sendo estas: na atenção primária à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde; na de média complexidade ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, atreladas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade; e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas, impactando positivamente na sobrevivência, morbidade e qualidade de vida destes protagonistas.⁵⁰

Cenário diante do qual também se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede **de Atenção à Saúde** das Pessoas com Doenças Crônicas, redefinindo suas diretrizes e esmiuçando a organização de atribuições dos diferentes níveis **de atenção à saúde**.

Devendo-se destacar a importância creditada à promoção do diagnóstico apropriado, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades, em consonância com a classificação do estado nutricional e a estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades, além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento.⁵¹

No entanto, a despeito do amplo desenvolvimento do sistema de saúde neste tópico, a disponibilização de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda é diminuta, precipuamente **no setor de** diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado.

Isto porque somente 2,5% do total de atendimentos individuais realizados **no âmbito da APS** são voltados à condição avaliada como obesidade.⁵² Conjuntura incongruente com os índices exibidos em 2019 pelo SISVAN, os quais indicavam, à época, que aproximadamente 34.55% dos indivíduos adultos já possuíam diagnóstico de excesso de peso e que cerca de 28,54% da população do país já se encontrava obesa.⁵³

50 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a **atenção** à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

51 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

52 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade **no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 09 mar. 2023.

53 Brasil, **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

17

3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, definida, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, caracterizado por um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m².⁵⁴ Divergindo, assim, do sobrepeso, que é compreendido como um aumento exclusivo de peso não atrelado ao comprometimento da saúde do paciente, tal qual a obesidade o é.⁵⁵ Corroborando com o quanto externado, vejamos a classificação da OMS do estado nutricional dos adultos a depender do IMC:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos com base no IMC - OMS⁵⁶



Classificação IMC Risco de comorbidades
Abaixo do peso < 18,5 Baixo (Risco de outras
complicações clínicas)
Eutrofia/
Intervalo normal
18,5 ? 24,9 Média
Sobrepeso ? 25,0 -
Pré Obeso 25,0 ? 29,9 Aumentou
Obesidade Classe 1 30,0 ? 34,9 Moderado
Obesidade Classe 2 35,0 ? 39,9 Severo
Obesidade Classe 3 ? 40,0 Muito severo

Cálculo do IMC: Divide-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros).

Elaboração própria. Fonte: World Health Organization (1998).

54 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.

55 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 3, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

56 WHO. Op.cit., 1998, p. 21.

18
Neste tom, tem-se a obesidade como uma doença ocasionada por um prolongado cenário de ingestão energética maior do que o gasto perpetrado pelo corpo,⁵⁷ compreensão que, em razão da visão estigmatizada da sociedade, normalmente é atrelada apenas a dieta alimentar inadequada e a inatividade física.⁵⁸ Todavia, esta trata-se de uma doença multifatorial, albergando dentre as suas causas não apenas inatividade física, redução do consumo de alimentos básicos e maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar, mas também fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos que contribuem para tal.⁵⁹

No que tange aos aspectos históricos e sociais que influenciaram os hábitos de vida da sociedade e levaram ao aumento de incidência dos casos de obesidade, nota-se que desde o período da Revolução Industrial houveram mudanças que ocasionaram notórias transformações nos hábitos de vida e padrões alimentares. Isto ante o êxodo rural, em virtude da urbanização e da contínua substituição da mão de obra humana pelo uso de máquinas, massificando as atividades laborais e reduzindo-as a atos simples e repetitivos distantes das ocupações nos setores extrativos.⁶⁰



Tal contexto favoreceu ainda o desenvolvimento de uma rotina sedentária, haja vista a diminuição da prática de atividades físicas em decorrência, por exemplo, das jornadas de trabalho exaustivas. Padrão que se reproduz no contexto atual, devido a ausência de tempo e energia da população para tais práticas, aliada às formas de lazer sedentárias desenvolvidas, tais quais televisão e computadores, e a insegurança quanto ao deslocamento para os locais apropriados para tal, como academias e praças.⁶¹

Conjuntura atrelada a progressiva alteração da dieta para produtos que paulatinamente tiveram reduzidos seu valor nutricional, ante o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados de baixo valor nutricional, que propiciam uma maior ingestão calórica e menor gasto energético, ocasionando o acúmulo de gordura. Destacando-se como fatores de influência para o consumo destes o aumento do processo de industrialização dos

57 Anjos, Luiz Antonio dos. *Obesidade e Saúde Pública*. 20.ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 12.

58 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. *Obesidade, sociedade e cultura*. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). *Obesidade: uma epidemia mundial*. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021, p. 6. Disponível em [https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-](https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf)

[ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf](https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.

59 Souza, Saul de Azevêdo et al. *Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta*.

Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

60 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. *O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade*.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 4, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

61 Anjos, Luiz Antonio dos. *Op.cit.*, 2006, p. 30.

19 alimentos e oferta destes em supermercados, a maior facilidade e comodidade na aquisição e/ou preparo, bem como os preços mais baixos e atrativos, sopesado diante das possibilidades financeiras das famílias para despesas alimentares.⁶²

Sob este prisma, ratificando as asseverações acima delineadas, vejamos as premissas tecidas pelo professor da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pós-doutor em Fisiologia, Dr. Luiz Antonio dos Anjos, acerca da matéria:

Existe uma preocupação grande sobre os efeitos que a sociedade urbana (dita moderna) trazem ao ambiente que circundam esses grandes aglomerados urbanos. De fato, tais ambientes são, sob aspectos alimentares e de prática da atividade física, ?obesigênicos?, ou seja, facilitadores para a ocorrência de obesidade. Essas características incluem a grande disponibilidade de alimentos com alta densidade energética (além de disponíveis em todos os lugares são também baratos); redução do gasto energético nas atividades cotidianas (automóvel, escada rolante, elevadores,



mudanças nos processos de trabalho); aumento das atividades de lazer de menor gasto energético (televisão, computador, jogos de vídeo); e redução das oportunidades para a prática da atividade física regular (lugares públicos seguros, aumento no tempo de trabalho, aumento do tempo nos deslocamentos de e para o trabalho/escola).

Diante deste prisma, observa-se que com as alterações históricas dos aspectos de vida da sociedade, como o processo de urbanização, as mudanças nas relações de consumo e o acesso a tecnologia, houve uma mudança gradativa na dieta e na frequência de atividades físicas. Aspectos perante os quais, embora se note uma redução do número de casos de doenças infecciosas e parasitárias, proporcionada pela melhoria nas condições sanitárias, aprimoramento do diagnóstico e tratamento e acesso a atendimento médico de qualidade, têm-se uma transição epidemiológica para as DCNTs, tal qual a obesidade.⁶³ Patologia esta que, em razão das suas complicações metabólicas, como a dislipidemia, hipertensão arterial, resistência à insulina, intolerância à glicose e alterações no sistema de coagulação, é compreendida ainda como fator de risco **para o desenvolvimento** de outras DCNTs. A citar: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, osteoartrite e determinadas espécies de câncer (endométrio, mama, próstata e cólon), que, via de regra, não são correlacionadas a mesma pela ausência de diagnóstico adequado.⁶⁴ Doenças estas que são responsáveis por aproximadamente 70% da mortalidade mundial, conforme dados da OMS.⁶⁵

62 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. Op.cit., 2006, p. 4 et seq.

63 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e

cultura. In: SCOMPARIN, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e

Contexto, 2021, p. 8 et seq. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

64 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

65 WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível

em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

20

Isto posto, faz-se perceptível o quanto a obesidade influencia nos índices de morbimortalidade, contexto diante do qual se exige um maior despendimento econômico do governo, que inclusive já alcança o importe de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo consideravelmente o orçamento estatal para gastos com doenças.⁶⁶ Cenário diante do qual esta figura como problema de saúde pública, mormente se observadas as proporções epidêmicas alcançadas em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.⁶⁷

Somando-se a estes desafios, menciona-se também a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta patologia e a baixa resolutividade dos mesmos, fomentada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, ante as



associações equivocadas da obesidade à preguiça, desleixo e ausência de comprometimento com o cuidado da saúde.⁶⁸ Observando-se a recorrente responsabilização destes pacientes pelo quadro clínico apresentado, não obstante esta apresente como causas fatores multifatoriais, condicionadas, por exemplo, a questões metabólicas, que são desmerecidas ante ao estigma atrelado à patologia.⁶⁹

Condições críticas inflamadas pela parca estrutura física e pelos materiais e equipamentos médicos disponibilizados nas instituições de saúde, que em muitas das ocasiões não se configuram adequados para o atendimento deste público, o que ocasiona um nítido constrangimento e dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte destes. Enquadro fático diante do qual observa-se que tais barreiras e desafios ensejam em um diagnóstico deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado.⁷⁰

Dificultando-se, desta forma, o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado, reverberando em efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos, que comprometem a duração e qualidade de vida destes. Circunstância que reforça o diagnóstico

66 Brasil. **Conselho Nacional de** Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado.

Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

67 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade **no âmbito da** Atenção

Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

68 Ibidem, p.06.

69 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade.

Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

70 Ibidem, loc.cit.

21

apropriado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa, com adoção de modelo de cuidado à saúde contínuo, integral e humanizado, como importantes aspectos para a promoção **da saúde e** redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade.⁷¹

3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL

Os índices de pessoas com obesidade no Município de Salvador têm



apresentado um crescimento gradual no decurso dos anos, sobretudo se observada a elevação deste percentual em cerca de 68,4%. Isto considerando que passou de 11,1% em 2010 para 20,5% em 2021, conforme dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).⁷² Ratificando o quanto exposto, vejamos a evolução nos percentuais apresentados a nível municipal, consoante dados indicados nos relatórios públicos emitidos pelo referido sistema entre os anos de 2011 e 2022:

Tabela 2: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel

Percentual de Adultos com obesidade em Salvador

Ano Referência Porcentagem de pessoas com obesidade

2010 11,1%

2011 14,9%

2012 14,1%

2013 14,9%

2014 17,8%

2015 16,3%

2016 19,9%

2017 19,5%

2018 18,6%

71 Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

72 Brasil. **Ministério da Saúde.** Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

22

2019 18,1%

2020 19,1%

2021 20,5%

Porcentagem de aumento de 2010 para 2021 68,4%⁷³

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico | Vigitel (2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022).

Da análise dos dados acima veiculados observa-se que o panorama esboçado



pelos índices de obesidade no município é preocupante, especialmente por esta patologia se configurar como fator de risco **para o desenvolvimento** de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tais quais diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.⁷⁴ Compreensão corroborada pelo fato de que a incidência destas, particularmente das cardiopatias e diabetes, encontram-se atreladas a apresentação de um IMC superior a 25 kg/m², atinente às classificações de pré obesidade, obesidade grau 1, grau 2 e grau 3.⁷⁵

Ademais, note-se que tais enfermidades configuram-se como as principais causas de morte prematura (entre trinta e sessenta e nove anos) do Município, em especial as cardiopatias que apresentam as maiores taxas de mortalidade desta capital, consoante dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM).⁷⁶ Contexto o qual reforça a premissa tecida acerca dos impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, máxime diante da ausência de correlacionamento entre estas patologias por meio de um diagnóstico apropriado.⁷⁷

Neste liame, a prevenção e o diagnóstico adequado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa,

73 Brasil. **Ministério da Saúde**. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

74 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

75 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 42.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

76 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 59 et seq. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 24 set. 2023.

77 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta.

Cadernos de Saúde Pública. João Pessoa: V. 34, 2018, p.02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7>

[LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/?lang=pt](https://doi.org/10.1590/1518-8744.20170111). Acesso em: 03 jun. 2023.

23

com adoção de modelo de cuidado apropriado, se constituem como importantes aspectos para a promoção **da saúde e** redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade. Isto tendo em vista que a precariedade em quaisquer destes elementos, particularmente no que tange a ausência de diagnóstico adequado e correlacionamento entre as patologias anteriormente

mencionadas, interferem na duração e qualidade de vida destes protagonistas.⁷⁸ Sob este mesmo enquadro, analisando-se outras bases de dados governamentais, nomeadamente o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), abastecido com dados do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e do e-SUS (SISAB), observa-se que os percentuais tornam-se ainda mais críticos.⁷⁹ Isto dado que os índices deste indicador consubstanciam-se mais expressivos, como no ano de 2021, em que a percentagem de adultos acometida com obesidade era de 37,5%. Percentual este superior até mesmo a prevalência desta patologia na região nordeste (25,0%) e a nível nacional (28,5%).⁸⁰ A título de contextualização e comparação com os dados fornecidos pelo sistema Vigitel, bem como com os percentuais indicados a nível regional (nordeste) e nacional, vejamos os índices de obesidade (graus I, II e III) da população adulta acompanhada na rede de atenção primária à saúde do município de Salvador constantes nos relatórios públicos emitidos pelo SISVAN, mormente os relativos aos exercícios de 2010 a 2023:

Tabela 3: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel
Percentual de Adultos com obesidade - Nível Municipal, Regional e Nacional⁸¹
Ano Referência Percentual Municipal

Percentual	Regional (Nordeste)	Percentual	Nacional
2010	28,18%	13,27%	16,48%
2011	30,66%	14,64%	17,98%
2012	30,52%	16,73%	19,93%
2013	30,8%	17,86%	21%
2014	31,1%	19,7%	22,39%

⁷⁸ Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS, 2014b. p. 214. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

⁷⁹ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Op.cit., 2022, p. 41.

⁸⁰ Brasil, **Ministério da Saúde.** Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

⁸¹ Ibidem.

2015	31,88%	21,23%	24,57%
2016	33,49%	21,57%	25,1%
2017	32,7%	22,51%	25,98%
2018	34,5%	24%	27,29%



2019 35,17% 25,03% 28,54%
2020 36,6% 27,66% 31,6%
2021 37,5% 29,06% 32,92%
2022 35,26% 28,35% 31,88%
2023 36,14% 30,12% 33,38%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Afunilando-se a análise ora realizada, essencialmente no que diz respeito à organização político-administrativa sanitária, têm-se que o Município de Salvador se encontra dividido em 12 (doze) Distritos Sanitários, a citar: Centro Histórico, Barra, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano e Subúrbio Ferroviário. Tal categorização está voltada à divisão territorial das competências e atribuições relativas à assistência à saúde, de modo a facilitar a articulação das entidades atreladas à administração, fiscalização, atendimento e prestação de serviços públicos.⁸²

Note-se que esta organização compreende a disponibilização de serviços nos diferentes níveis **de atenção à saúde** no território, englobando: unidades básicas de saúde, centros de apoio psicossocial, unidades ambulatoriais especializadas e de pronto atendimento, hospitais, dentre outros. Sendo estabelecida uma comunicação entre estes segmentos, de modo a mantê-los integrados e articulados, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, nos âmbitos público, privado (vinculados ou não ao SUS) e filantrópico, que contabilizam cerca de 3.599 estabelecimentos assistenciais de saúde.⁸³

Todavia, não se observa no âmbito de assistência à saúde às pessoas portadoras de obesidade tal dinamismo, especialmente se observados os altos índices de pessoas acometidas pela obesidade no município e a precariedade **no setor de** diagnóstico e prevenção. Neste ensejo, vejamos o número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade

⁸² Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 215. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 15 out. 2023.

⁸³ Ibidem.

²⁵ em cada um dos referidos distritos e a representação percentual destes a nível municipal no ano de 2022, com base em análise restrita ao estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidade de saúde destes, conforme dados do SISVAN:

Tabela 4: Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador.

Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador⁸⁴

Distrito Sanitário

Nº de Unidades de Saúde			
Nº de casos/sobrepeso			
Nº de casos/obesidade			
Percentual de casos de obesidade por distrito			
Centro Histórico	08 2.806	2.651	3,61%
Barra/Rio Vermelho	12 4.327	4.595	6,26%
Boca do Rio	08 2.816	2.815	3,83%
Brotas	06 3.615	3.810	5,19%
Cabula/Beiru	24 8.601	9.004	12,27%
Cajazeiras	10 5.144	5.470	7,45%
Itapagipe	02 2.364	3.271	4,45%
Itapuã	19 8.966	8.790	11,98%
Liberdade	06 3.102	3.346	4,56%
Pau da Lima	16 6.586	6.687	9,11%
São Caetano/Valéria	16 7.169	7.830	10,67%
Subúrbio Ferroviário	36 13.493	15.102	20,58%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Quanto às mencionadas bases de dados, têm-se estas como importantes ferramentas para viabilização da identificação parcial do estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidades de saúde municipais, que devem ser correlacionados com um procedimento de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado. Potencializando-se com tais realizações a elaboração de estratégias de atuação próprias para o

84 Brasil, **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 15 out. 2023.

26
enfrentamento desta patologia e de suas comorbidades, atribuindo, assim, maiores coeficientes de efetividade às ações de assistência à saúde ofertadas no município.⁸⁵

4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM

OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1.1. PORTARIAS INSTITUÍDAS ANTERIORMENTE PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

O aumento gradual dos índices de obesidade no cenário nacional e municipal, evidenciado pelos dados apresentados em tópicos anteriores, atrelado ao fato de tal condição se configurar como fator de risco **para o desenvolvimento** de outras DCNTs, têm indicado **a necessidade de** desenvolvimento de estratégias e atuações estatais para se enfrentar tal patologia e suas comorbidades. Isto de modo a promover a saúde, reduzindo a morbimortalidade entre os seus portadores e proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida, por meio do pleno acesso aos serviços de saúde, com infraestrutura de atendimento adequada e acompanhamento médico integral.⁸⁶

Contexto a partir do qual se instituiu a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave, regulamentada a princípio pelas Portarias n. 252/1999, 45/1999 e 196/2000. Estas voltavam-se à inclusão da cirurgia bariátrica no rol de procedimentos disponibilizados pelo SUS, designação dos hospitais credenciados pelo **Ministério da Saúde** para esse fim, oferta dos equipamentos adequados e estabelecimento dos

85 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 22 out.. 2023.

86 Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

27
critérios clínicos de seleção de pacientes.⁸⁷ Definindo-se, assim, a gestão organizacional desta e as indicações e contraindicações para a sua realização, senão vejamos:

Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias **do Ministério da Saúde**: a. Indicações a.1 Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo menos 2 anos. a.2 Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de



doença crônica associada, como: diabetes, hipertensão, apneia do sono, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade. b. Contraindicações
b.1 Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcoolismo, dependências químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contra indiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras. 88

Ainda sob este prisma, atendo-se à necessidade de ampliação da prestação deste serviço, especialmente em virtude do elevado percentual de pessoas acometidas por obesidade mórbida à época, elaborou-se a Portaria n. 1.157/2000, a qual revogou a definição do número de centros de referência credenciados para a realização da cirurgia bariátrica no país, constante na Portaria n. 196/2000. Isto de modo a ampliar o número de unidades credenciadas para a realização do procedimento, estendendo as possibilidades de execução deste, não obstante tenha se mantido as exigências necessárias e próprias para tal.⁸⁹ Neste ensejo de promoção de revogações elaborou-se também a Portaria de n. 628/2001, que além de revogar as aludidas Portarias aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. Sendo válido ressaltar que a regulamentação e gestão técnica atinente a este protocolo encontra-se esmiuçada em seus anexos (I, II e III), que instituíram diferentes disposições para a sua operacionalização, além de discriminar o soldo a ser utilizado para o custeio das despesas relativas ao mencionado tratamento cirúrgico, a citar: os recursos provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação ? FAEC (art. 4º).⁹⁰ Quanto a predita operacionalização do protocolo, no Anexo I encontra-se assentada a obrigatoriedade do seu preenchimento, mormente nas etapas de avaliação inicial, indicação do procedimento cirúrgico e acompanhamento médico dos pacientes submetidos à gastroplastia, sob pena de descadastramento do Centro de Referência (art. 1º, §§ 1º, 2º e 4º). No que tange ao Anexo II, este dispõe sobre as normas a serem observadas para o cadastramento

87 Brasil. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 22 out. 2023.

88 Ibidem, p. 167.

89 Ibidem, loc.cit.

90 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

28 do centro de referência em cirurgia bariátrica (art. 2º), conferindo ênfase a imprescindibilidade da equipe multiprofissional para a assistência médica às pessoas com obesidade, como garantia da integralidade (alínea c), do subtópico 2.1, do tópico 2).⁹¹

Por fim, menciona-se o Anexo III, em que se desdobra a relação de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica cadastrados no SUS (art. 3º). Dos quais, dos dezoito existentes naquele período, um se localizava no estado do Ceará (Fortaleza), dois em Minas Gerais (ambos em Belo Horizonte), um no Pará (Belém), três no Paraná (Curitiba, Maringá e



Londrina), um em Pernambuco (Recife), um no Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), um no Rio de Grande do Sul (Porto Alegre), um em Santa Catarina (Florianópolis) e sete em São Paulo (São Paulo [3], Campinas [1], Marília [1], Ribeirão Preto [1] e Piracicaba [1]).92

Neste diapasão, diante das alterações e deformidades corporais decorrentes da intensa perda de massa corporal acarretada pela realização da cirurgia bariátrica, que dentre os seus resultados ocasiona o excesso de pele e flacidez no abdômen, seios e braços, atada a consequente necessidade da promoção de cirurgias plásticas reparadoras, se instituiu a Portaria GM/MS n. 545/2002. Que, visando propiciar o acesso dos pacientes submetidos ao procedimento de gastroplastia as cirurgias plásticas corretivas, incluiu tais procedimentos cirúrgicos na supramencionada tabela do SIH-SUS, são eles:93

Tabela 5: Procedimentos cirúrgicos corretivos pós-gastroplastia incluídos na tabela de procedimentos do SIH-

SUS pela Portaria GM/MS n. 545/2002.

Procedimento Código na tabela CID?s indicados Faixa etária

Dermolipectomia

Abdominal pós

Gastroplastia

38.058.13.8

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Mamoplastia pós

Gastroplastia

38.059.06.1

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia Crural

pós Gastroplastia

38.060.06.0

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia 38.061.13.9 E66.8, L08.8, L30.0, 18 a 60 anos

91 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

92 Ibidem.



93 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

29

Braquial pós

Gastroplastia

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 545/2002.

Todavia, a assistência médica direcionada às pessoas com obesidade não pode se restringir à atuação de forma reparativa, tendo em vista tal realização configurar-se incompatível com as diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) para a prestação do serviço à saúde por parte do Estado. Isto **considerando a necessidade** desta de englobar a atuação preventiva e reparativa, por meio da prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo a se observar a necessária integralidade nesta prestação entre os diferentes segmentos de assistência da mesma.⁹⁴

Cenário em que se instituiu a Portaria GM/MS n. 1.569/2007, que se debruçou sobre tais necessidades, mormente com a institucionalização da linha de cuidados ao portador de obesidade grave em todos os níveis de assistência à saúde, com a identificação dos principais determinantes e condicionantes desta patologia. Objetivando-se promover com tal feito a ampliação e qualificação da rede **de atenção à saúde no âmbito da** assistência às pessoas com obesidade, mediante a promoção de diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico especializado, em observância aos princípios que norteiam as ações e serviços públicos de saúde, em especial a universalidade, equidade e integralidade (art. 2º).⁹⁵

Para tanto, a citada Portaria estabeleceu em seu art. 3º as diretrizes para a operacionalização da rede **de atenção à saúde** no tocante à prevenção da obesidade, especificando as ações e serviços a serem desempenhados em cada segmento para controle desta e de suas comorbidades. Englobando, na atenção primária, à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde para promoção desta, na de média complexidade, ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, arraigadas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas de qualidade.⁹⁶

A logística de atenção ao portador de obesidade, consoante previsão do referido diploma, deve ainda ser regulada de forma complementar e suplementar, pelos estados,

94 Brasil. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 31 out. 2023.

95 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a **atenção à saúde**, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem

implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023. 96 Ibidem.

30

Distrito Federal e municípios, haja vista a competência das três esferas de governo para o controle e avaliação das ações desempenhadas com este fim. **De forma a** planejarem a atuação de cada unidade federada, atendendo aos já mencionados princípios e diretrizes do SUS, discriminados no art. 7º da Lei n.º 8.080/1990, qual seja: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização e igualdade da assistência à saúde.⁹⁷

4.1.2. PORTARIAS VIGENTES NA ATUALIDADE

Com a crescente prevalência da obesidade no decurso dos anos, haja vista o aumento gradual dos índices desta no cenário nacional, coadunada ao fato de as comorbidades a esta atreladas consubstanciarem-se como a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil, delineou-se **a necessidade de** se redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento desta. Panorama diante do qual se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu tal realização como linha de cuidado prioritária da Rede **de Atenção à Saúde** das Pessoas com Doenças Crônicas, esmiuçando a organização e as atribuições dos diferentes níveis **de atenção à saúde** e revogando as portarias GM/MS 1.569 e 1.570/2007.⁹⁸

Neste ensejo, no que concerne às diretrizes estabelecidas para a operacionalização da rede **de atenção à saúde no âmbito da** prevenção e tratamento da obesidade, destaca-se a importância conferida ao diagnóstico apropriado da população assistida, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades (art. 2º, IX). Isto a partir da identificação destes indivíduos com base em seu estado nutricional e estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades (art. 2º, I e II), além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento (art. 2º, VIII).⁹⁹

Feito que norteia, inclusive, outras de suas diretrizes, a citar: a utilização de **sistemas de informação** para a gestão dos casos existentes, regulação do acesso aos serviços de atenção especializada e monitoramento das ações e serviços desempenhados, bem como investigação e acompanhamento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade (art.

97 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, **de 28 de** junho de 2007. Institui diretrizes para a **atenção à saúde**, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

98 Brasil. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 1ª.

ed., att. 2015, Brasília: CONASS, 2011, v. 04, p. 45 et seq. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf)

[uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf) . Acesso em: 01 nov. 2023.

99 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, **de 19 de** março de 2013. Redefine as diretrizes para a



organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

31

2º, IV e V). Realizações que se alinham a articulação de ações intersetoriais para promoção da **saúde e** organização da oferta de serviços, por meio da instituição de mecanismos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção e segmentos desta (art. 2º, III e VI).¹⁰⁰

Já no que diz respeito às atribuições, estas encontram-se sequencialmente dispostas no art. 4º da citada portaria, sendo discriminadas para cada segmento da rede de **atenção à saúde**. Isto de modo a englobar as especificações pertinentes à atenção básica (art. 4º, I), especializada e aos sistemas logísticos e de apoio (art. 4º, III), pormenorizando inclusive os subcomponentes da atenção especializada, a citar: o ambulatorial especializado (art. 4º, II, a), o hospitalar (art. 4º, II, b) e a urgência e emergência (art. 4º, II, c), de modo a promover a intersectorização da atuação, mantendo-se a colaboração e assistência entre estes.

A título de ilustração acerca destas atribuições, com relação ao componente de atenção básica (atenção primária) ressalta-se o encargo de efetuar a vigilância alimentar e nutricional da população, aliada ao desenvolvimento de ações voltadas à promoção da **saúde e** prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial. Isto precipuamente através da fomentação do autocuidado dos usuários, com fins de manutenção e recuperação do peso saudável, imprimindo destaque as ações voltadas ao incentivo da alimentação saudável e prática de atividades físicas (art. 4º, I, a, b e c); e da prestação de assistência terapêutica multiprofissional, garantindo o acolhimento adequado destas pessoas (art. 4º, I, d, f e g).

Por seu turno, tendo em consideração a atenção especializada, sobretudo o subcomponente ambulatorial, observa-se a ratificação da colaboração entre os segmentos da rede de **atenção à saúde**, por constar dentre as suas atribuições a prestação de apoio matricial à atenção primária e gestão de pacientes dentre os demais componentes. Conjectura observada ante a incumbência deste de identificar os usuários para a realização da cirurgia bariátrica, enquanto tratamento para a obesidade, com o conseqüente encaminhamento destes para o subcomponente hospitalar e posterior retorno para a atenção básica, prestando assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória (art. 4º, II, a, 1 ao 7).¹⁰¹

No que diz respeito ao subcomponente hospitalar, cabe a este avaliar os casos indicados pelos setores anteriores para a realização do procedimento cirúrgico, priorizando os que possuam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde (art. 4º, II, b, 1, 2 e 3). De modo a organizar o acesso à cirurgia bariátrica, bem como às cirurgias plásticas

¹⁰⁰ Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.



101 Ibidem.

32

reparadoras que se façam necessárias e ao acompanhamento terapêutico multiprofissional pós-operatório, auxiliado pelos demais segmentos consoante as diretrizes e protocolos de encaminhamento fixados pela presente portaria (art. 4º, II, b, 3 ao 7, e art. 6º).¹⁰²

Quanto ao subcomponente da urgência e emergência, a este compete não apenas a prestação de assistência de âmbito geral, mas também às possíveis complicações atreladas ao sobrepeso e a obesidade e o acompanhamento do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos pacientes (art. 4º, II, c). Sendo o funcionamento, comunicação e colaboração entre estes componentes e subcomponentes da rede **de atenção à saúde** fomentado pelos sistemas de apoio e logística, que se comprometem com a realização de exames complementares, prestação de assistência farmacêutica e realização de transporte sanitário para o diagnóstico e tratamento da obesidade (art. 4º, III).¹⁰³

Acerca disto, no que compete à assistência farmacêutica, cumpre destacar que esta se refere aos medicamentos disponibilizados para as comorbidades e complicações associadas à obesidade, vez que o SUS, como observado na portaria ora analisada, estabelece a realização de tratamento não medicamentoso. Ao que, não fornece medicamentos que se destinam especificamente ao tratamento da obesidade pelo gerenciamento de peso, recomendados para pacientes com um IMC maior ou igual a 30 kg/m², haja vista estes não serem aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tal feito, sob a justificativa do alto custo e baixa eficácia destes medicamentos.¹⁰⁴

Superadas tais especificações, evoca-se que a referida portaria redefiniu as diretrizes das ações de prevenção e tratamento da obesidade e do sobrepeso e as atribuições dos componentes e subcomponentes da rede **de atenção à saúde** com fins de instituí-las como linha de cuidado prioritária da Rede **de Atenção à Saúde** das Pessoas com Doenças Crônicas. Realização diante da qual não apenas elaborou um roteiro para a organização destas linhas de cuidado do sobrepeso e da obesidade (Anexo II), como também disponibilizou manuais instrutivos e cadernos temáticos para auxiliar em tal promoção.¹⁰⁵

102 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, **de 19 de** março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede **de** **Atenção à Saúde** das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

103 Ibidem.

104 Brasil. **Ministério da Saúde**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

Relatório

para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias

no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

105 Brasil. **Ministério da Saúde**. Op.cit., 2013.

33

Ademais, impende salientar que esta Portaria, em seu Anexo I, ressaltou o fato de que o tratamento cirúrgico da obesidade, atinente a realização da cirurgia bariátrica, configura-se tão somente como parte do tratamento integral, devendo ser implementada apenas quando esgotadas as ações dos segmentos mais básicos. Isto tendo em vista que prioriza-se a promoção da saúde e o cuidado clínico longitudinal, baseado em ações de promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável, enquanto autocuidado a ser desempenhado pelos pacientes, e a prestação de assistência terapêutica multiprofissional, estabelecendo-se rígidos critérios para a realização de procedimentos cirúrgicos.¹⁰⁶

No tocante a realização da cirurgia bariátrica, destaca-se que esta é indicada, conforme disposições do supracitado anexo, para indivíduos que apresentem: a) IMC de 50 Kg/m²; b) IMC de 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, cujo tratamento clínico longitudinal, efetuado por pelo menos 02 (dois) anos, não tenha surtido efeito; ou c) IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, doenças articulares degenerativas, entre outras, cujo tratamento clínico também não tenha obtido sucesso (item I, alíneas a, b e c, do Anexo I).

Somam-se a estas indicações, elaboradas com fundamento em redefinições das constantes em portarias anteriores (PRTs 252/1999, 45/1999 e 196/2000), os rígidos critérios para a análise de sua pertinência, a citar: não responsividade ao tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, observância aos limites clínicos existentes em virtude da faixa etária do paciente, precipuamente quando se tratarem de jovens entre 16 e 18 anos e adultos com idade acima de 65 anos, bem como compreensão dos aspectos do tratamento e assunção de compromisso com todas as etapas da programação do procedimento (item I, incisos I, II e III, do Anexo I).¹⁰⁷

Neste ensejo, em concomitância à Portaria MS/GM n. 424/2013 instituiu-se a Portaria MS/GM n. 425/2013, voltada ao estabelecimento do regulamento técnico, normas e critérios para a prestação da assistência especializada de alta complexidade ao portador de obesidade, principalmente do tratamento cirúrgico desta. Tendo previsto que configuram-se como unidades de saúde próprias à tal realização os hospitais que disponham de instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos apropriados para a prestação de apoio

¹⁰⁶ Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

¹⁰⁷ Ibidem.

34

diagnóstico e terapêutico especializado, devendo tais estabelecimentos constarem na organização da aludida linha de cuidado (art. 1º e 2º).¹⁰⁸

Tendo, em compatibilidade com o quanto delineado na portaria antecedente, disposto as diretrizes para realização do tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento



pré e pós-cirúrgico (Anexo I), as normas para o credenciamento dos estabelecimentos de saúde para o desempenho destas atividades (Anexo II), além da relação de procedimentos cirúrgicos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais aprovados, no âmbito do SUS, para tanto (Anexo III). Outrossim, alterou as idades mínima e máxima para a realização do tratamento cirúrgico para 16, desde que respeitada a consolidação das epífises de crescimento, a 65 anos, conforme avaliação criteriosa do risco-benefício (art. 8º, §1º e 2º).109

No que concerne aos procedimentos inclusos pela portaria ora analisada no rol disponibilizado pelo SUS para tratamento da obesidade, menciona-se:

Tabela 6: Procedimentos incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS pela Portaria GM/MS n. 425/2013.

Procedimento	Código na tabela	Faixa etária
Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional (art. 9º)	03.01.12.008-0	16 a 65 anos
Gastrectomia Vertical em Manga Sleeve (art. 11)	04.07.01.036-0	16 a 65 anos
Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)	03.03.07.013-7	16 a 65 anos
Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)	04.07.01.037-8	16 a 65 anos
Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica (art. 13)	04.13.04.025-9	16 a 65 anos
Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica (art. 14)	04.15.02.001-8	16 a 65 anos

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 425/2013.

Observa-se, neste tom, a ratificação pelas portarias n. 424/2013 (art. 6º) e 425/2013 (art. 14) da garantia de realização dos procedimentos de cirurgias plásticas corretivas que se fazem necessários ante as deformidades corporais ocasionadas pela intensa perda de

108 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

109 Ibidem.

35

massa corporal provocada pela cirurgia bariátrica. Todavia, cumpre destacar que, malgrado não conste limitações na portaria n. 424/2013 acerca da quantidade de procedimentos reparatórios possíveis para cada paciente que tenha sido submetido ao tratamento cirúrgico, **a portaria n. 425/2013** permite o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos.¹¹⁰

Por fim, salienta-se que as PRTs de n. 424/2013 e 425/2013 encontram-se contidas na Portaria de Consolidação n. 3, que se trata do instrumento normativo que reúne as normas pertinentes às diferentes redes temáticas de atenção, serviço e pesquisa em saúde que compõem o **Sistema Único de Saúde**. Dispondo-se nesta as diretrizes, atribuições e disposições gerais para a operacionalização satisfatória da assistência primária e especializada no âmbito do SUS para as diferentes comorbidades que assolam a população brasileira.¹¹¹

4.1.3. PROJETOS DE LEI.

Ainda **no âmbito da** tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade, evidenciou-se ao longo do presente trabalho a configuração desta patologia como problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas alcançadas, consoante se extrai dos índices por esta apresentados a nível nacional e municipal. Precipualemente se considerada a insuficiência de abordagens abrangentes e não reducionistas nas unidades de saúde, acentuada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais **da saúde e** a falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos. Conjuntura que explana a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta doença e a baixa resolutividade dos mesmos.¹¹² Cenário diante do qual foi proposto o Projeto de Lei n. 3.526/2020, pelo senador Romário de Souza Faria, com o intuito de se obrigar que sejam disponibilizados equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa com obesidade pelos estabelecimentos de saúde (art. 1º), como: balanças, esfigmomanômetros, macas, cadeiras ginecológicas e odontológicas, mobiliário, vestimentas e demais materiais adequados. Isto sob o pressuposto de que estes estabelecimentos devem dispor de recursos apropriados para o

110 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 425, **de 19 de** março de 2013. Estabelece regulamento

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2023.

111 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do

Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/Matrizesc/consolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

112 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade **no âmbito da** Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p. 06 et



seq.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 11 nov. 2023.

36

atendimento destes indivíduos, visando a eliminação das possíveis barreiras existentes para estes protagonistas acessarem às ações e serviços públicos e privados de saúde.113 Ademais, dispõe-se ainda no supracitado projeto de lei que a inobservância a tal determinação configurar-se-á como infração sanitária, sendo sujeita às penalidades previstas no inciso II, **do art. 10, da Lei nº 6.437/1977**, qual seja: advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa (art. 2º). De modo que, tais estabelecimentos deverão respeitar os parâmetros técnicos estabelecidos em regulamento próprio para os espaços físicos, móveis, materiais e equipamentos médico-assistenciais que se façam necessários para o atendimento das pessoas portadoras de obesidade satisfatoriamente (§1º, art. 1º) impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes.114

A matéria atualmente se encontra na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aguardando a designação do relator do Projeto de Lei para a análise, discussão e emissão de parecer acerca da viabilidade e pertinência deste, devendo ser encaminhado posteriormente para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para decisão terminativa. Neste prisma, destaca-se que superado o prazo regimental de cinco dias úteis disposto no art. 122, II, **Regimento Interno para** a apresentação de emendas, estas não foram propostas, mantendo-se o projeto em sua integralidade e aguardando distribuição.115

Sob este mesmo enquadro menciona-se o Projeto de Lei nº 2.532/2021, proposto pelo senador Antonio Mecias Pereira de Jesus, que destina-se a alteração **do art. 6º da Lei nº 8.080/1990**, para inclusão, no âmbito de atuação do SUS, das cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica mediante indicação médica. Sendo estas a abdominoplastia e a lipoaspiração, para correção do excesso de pele e flacidez no abdômen, além da mamoplastia redutora para as hipóteses de hipertrofia mamária ou gigantomastia. Conferindo, deste modo, status de lei às garantias até então reconhecidas apenas em sede de portaria (Portaria de Consolidação n. 3).116

113 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, **de 26 de junho de 2020**. Obriga os estabelecimentos de saúde

a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa.

Disponível em:

https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=

[1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyOD_gwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyOD_gwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..) Acesso em: 11 nov. 2023.

114 Ibidem.

115 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 3526, **de 26 de junho de 2020**. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 11 nov. 2023.

116 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: <https://legis.senado>



.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga
*N

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc
2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

37

Isto sob a justificativa de que em uma porcentagem considerável dos casos de obesidade o cuidado clínico longitudinal, baseado na promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável para redução ou manutenção do peso corporal, não se faz suficiente, indicando-se como única alternativa terapêutica a realização da cirurgia bariátrica.

Procedimento cirúrgico do qual resulta intensa perda de massa corporal, atrelada a flacidez e excesso de pele, que podem ocasionar, inclusive, limitação da movimentação, desequilíbrio da coluna vertebral e infecções cutâneas recorrentes, evidenciando **a necessidade de** realização dos procedimentos reparadores para garantia da qualidade de vida destes pacientes.¹¹⁷

Diferentemente do projeto anterior, que ainda se encontra pendente de aprovação pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), este já passou pela análise promovida pela CAE, a qual o aprovou, considerando que não se diagnosticou a existência de impactos financeiros com a sua aprovação, sendo compatível com as normas que regulam as finanças públicas. Isto tendo em vista que, além de estas já se encontrarem dispostas na tabela de procedimentos do SUS, ante a previsão em portarias próprias, no que pertine a integralidade de assistência, a indispensabilidade do tratamento engloba não apenas a obesidade, mas também as deformidades observadas em decorrência da cirurgia bariátrica.¹¹⁸

Neste tom, os mencionados projetos de lei demonstram que, em que pese encontrem-se previstas diretrizes para o funcionamento da assistência médica **no âmbito da** atenção primária e especializada direcionada às pessoas com obesidade e da garantia de atendimento clínico especializado, dotado de equipamentos e infraestrutura adequada, ainda não se extrai coeficientes de eficácia satisfatórios. Mormente se observado que, não obstante tenha-se incluído os procedimentos reparadores na tabela do SUS, bem como os recursos necessários para o desempenho das ações e serviços de assistência à saúde, ainda se tem **a necessidade de** alçar tal matéria ao status de lei para possibilitar exigência mais incisiva desta.

117 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: [https://legis](https://legis.senado)

.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga
*N

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc
2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

118 Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, **de 30 de maio de 2023.**

Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi>

on=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2
NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MDMwNy4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

38

4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO

ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

A problemática atinente a invisibilização das pessoas com obesidade no sistema **de saúde e a necessidade de** se esquadrihar a tutela jurídica do Estado direcionada à estas é evidenciada ante os óbices relativos ao efetivo funcionamento da rede **de atenção à saúde** no tocante à prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade. Compreensão esta assentada nas barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde destes indivíduos, as quais englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.¹¹⁹

Quanto a estas deficiências, menciona-se o diagnóstico nutricional tardio e deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado com adoção de modelo condizente com a abordagem terapêutica integral, reverberando na baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos. Sendo tal entrave circundado pela diminuta disponibilidade de infraestrutura física e equipamentos adequados ao atendimento do indivíduo com obesidade nas unidades de saúde, sobretudo os pertinentes ao diagnóstico e implementação do processo de cuidado, a citar: balanças, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas, estetoscópio, esfigmomanômetro, dentre outros.¹²⁰ No tocante à infraestrutura voltada à assistência à saúde ao portador de obesidade no município de Salvador, não se observa nesta o dinamismo necessário para a efetiva implementação de ações e serviços inerentes à prevenção, diagnóstico e tratamento desta enfermidade. Isto especialmente no que concerne aos serviços do setor diagnóstico e terapêutico, vez que em que pese as disposições da Portaria MS/GM n. 424/2013, acerca da imprescindibilidade do acompanhamento médico e diagnóstico adequado, no Plano Municipal de Saúde não se verifica menção a tal promoção.¹²¹

119 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade **no âmbito da** Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

120 Ibidem, p. 06 et seq.

121 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, **de 19 de** março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

39

Quanto a esta premissa, ressalta-se que não obstante tenha se aumentado a disponibilidade de equipamentos de diagnóstico nas unidades **municipais de saúde** no ano de 2020, não há alusão à capacidade destes para atendimento das pessoas com obesidade e suas especificações dimensionais. Sobre isto, dentre os equipamentos disponibilizados há o tomógrafo e o aparelho de ressonância magnética, que em certos quadros clínicos demandam



especificações métricas diversas para que sejam capazes de comportar o biotipo destes, além do ultrassom convencional, quando o apropriado a determinados casos de obesidade é o ecoendoscópio, em decorrência das dificuldades ocasionadas pelo panículo adiposo.¹²² Ainda no que tange a estes serviços de apoio diagnóstico e terapêutico discriminados no citado plano, salienta-se a ausência de tópico particularizado ou menção em aspecto geral à promoção de procedimentos ou aquisição de aparelhos apropriados ao atendimento destes protagonistas. Não havendo neste, ou sequer no Plano Municipal de enfrentamento das DCNTs, a indicação das medidas a serem adotadas para a avaliação clínica do paciente portador de obesidade, com o consequente correlacionamento com as comorbidades para as quais se estabelece como fator de risco, acaso existentes.¹²³ Condição delicada que inflama ainda outra vertente atrelada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e adesão aos processos terapêuticos, que se trata do consequente constrangimento experimentado por estes indivíduos quando desta tentativa frustrada, o que ocasiona um desestímulo à procura por assistência médica especializada. Tendo-se como fomento a esta conjuntura a perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, que responsabilizam estes pacientes pelo quadro clínico apresentado e equivocadamente associam a obesidade ao desleixo e/ou ausência de comprometimento com o cuidado da saúde e manutenção do peso, em que pese a origem multifatorial e complexa desta.¹²⁴ Comportamento que acaba por atravancar a procura por acompanhamento médico e tratamento adequado, tendo em vista a ausência de atendimento humanizado e acolhedor em relação a estes indivíduos. Mormente se considerado que tais pessoas se sentem

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

122 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 223 et seq. Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I

_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 nov. 2023.

123 Ibidem, p. 261 et seq.

124 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.06.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

40
pressionadas e continuamente julgadas, ante os estereótipos estéticos reverberados pela sociedade e a crítica constante quanto a suposta ausência de cuidado para que se atingisse tal biótipo corporal. Quando, em verdade, isto é influenciado não apenas por hábitos alimentares dos indivíduos e sua frequência na prática de atividades físicas, como já mencionado.¹²⁵ Nesta toada, o despreparo dos profissionais para lidar com a complexidade da obesidade, ante ao estigma atrelado a esta que inobserva os fatores genéticos, metabólicos,



sociais e culturais que influenciam na sua ocorrência, enseja em um atendimento deficitário que não se atém a análise atenta das particularidades e necessidades destes indivíduos.¹²⁶ Inobservando-se, desta maneira, as diretrizes traçadas pela mencionada portaria para o atendimento, cuidado clínico e prestação de assistência terapêutica multiprofissional que garanta o acolhimento adequado destes (art. 2º, I, II, V, VI, VIII, IX e X).¹²⁷

Sob este prisma, adere-se ainda a esta espiral de problemáticas o fato de que a busca por serviços de saúde por parte deste público é motivada, via de regra, por outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, haja vista esta se consubstanciar como fator de risco para o seu desenvolvimento. Havendo, diante disso, uma alta demanda para a realização de atendimento curativo e individual relativo a estas, sem que se efetue um diagnóstico mais aprofundado e completo, com análise das particularidades do paciente e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado.¹²⁸

Óbices que dificultam o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado dos mesmos, que é tangenciado por efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos sobre estes. Circunstância que reforça a **necessidade de** aprimoramento, especialmente na rede de atenção primária, da disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos

125 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade **no âmbito da** Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

126 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

127 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, **de 19 de** março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede **de**

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude)

[/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 nov. 2023.

128 Brasil. **Ministério da Saúde**. Op.Cit., 2022, Loc. cit.

41

adequados para o atendimento, que ainda se demonstra escasso, em que pese tal classe consubstanciar-se como parcela significativa da população.¹²⁹

No que se refere à atuação na rede de atenção primária à saúde no município de Salvador, cumpre observar que esta se atém a redução dos riscos de adoecimento relacionados à alimentação e nutrição disposta na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Adotando, para tanto, procedimentos atinentes à Vigilância Alimentar e Nutricional



nesta proposta, voltada ao diagnóstico e monitoramento do estado nutricional da população, cuja procedimentalização se encontra adstrita às ações relativas ao SISVAN nas unidades básicas de saúde do município.¹³⁰

Realizações estas compatíveis com parte das atribuições discriminadas pela Portaria n. 424/2013 para este segmento (art. 4º, inciso I, alíneas a, b e c). Porém, como tecido anteriormente, com base no cenário delineado pelos dados disponibilizados ao acesso público, não se observa na atuação municipal a prestação de assistência terapêutica multiprofissional e a garantia de acolhimento adequado aos indivíduos portadores de obesidade. Feitos indicados pela citada portaria como atribuições da rede de atenção primária perante a linha de cuidado instituída para prevenção e tratamento da obesidade (art. 4º, inciso I, alíneas d e g).¹³¹

Neste diapasão, detendo-se a atenção à referida linha de cuidado, cumpre rememorar que a instituição desta pelas unidades federativas, em condição prioritária na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas, foi também estabelecida pela Portaria n. 424/2013, ao redefinir as diretrizes pertinentes a esta temática.¹³² Possuindo como finalidade a oferta de ações e serviços de saúde de modo integrado e harmônico entre os diferentes segmentos que compõem a RAS (atenção básica/primária e especializada de média e alta complexidade), garantindo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado clínico.¹³³

129 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

130 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

131 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

132 Ibidem.

133 Brasil. **Ministério da Saúde**. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em:

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

42



Todavia, nem todos os estados a implementaram, vez que apenas o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Acre, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe a instituíram, ao tempo que os estados de Alagoas, Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí e Tocantins estão debatendo e trabalhando para a instituição desta, não tendo sido encontradas até o presente momento informações acerca da efetiva instituição das mesmas.

Neste tom, destaca-se que não foram disponibilizados dados e informações acerca da implantação de uma linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade no estado da Bahia. O único documento encontrado acerca da gestão de atendimento e cuidado desses indivíduos trata-se do Protocolo de atendimento e acompanhamento de pessoas com obesidade elaborado pelo Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), com o intuito de regular os critérios de encaminhamento de pacientes para este.¹³⁴

Nota-se, assim, uma deficiência na implantação de protocolos e fluxos de cuidado nas instâncias iniciais de atendimento da rede de atenção primária à saúde (APS) no Estado da Bahia, que reverbera na gestão promovida pelo Município de Salvador, não se observando uma atuação preventiva a obesidade de modo a evitar o agravamento da condição clínica e desenvolvimento de outras comorbidades. Quanto a isto, não foram disponibilizados nos bancos de dados e documentos de acesso público informações relativas ao abastecimento e suficiência de equipamentos necessários para o atendimento, diagnóstico e tratamento da obesidade, bem como formação e capacitação de profissionais da saúde.

Noutro tom, em meio a este crítico cenário é válida a menção à instituição do Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), o qual oferece uma rede integrada de atenção ao paciente, com atendimento multidisciplinar em áreas referentes ao desenvolvimento de possíveis complicações e comorbidades a estas atreladas. O mesmo apresenta uma atuação integrada a das demais unidades de saúde que compõem a rede de atenção primária, as quais realizam a interlocução e encaminhamento dos pacientes. No entanto, este apresenta critérios restritivos para a admissão, englobando:¹³⁵

Paciente de 18 a 60 anos com obesidade grau 3 (IMC > ou = 40) com ou sem comorbidades ou grau 2 (IMC entre 35 e 40) com pelo menos duas comorbidades

134 Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência

ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

135 Ibidem.

43

relacionadas ao excesso de peso, desde que estejam sensibilizados e predispostos a fazer mudanças de estilo de vida visando perda ponderal e com acompanhamento regular na Atenção Primária por pelo menos 01 ano. 136

Ademais, destaca-se que no ano de 2020 foi incorporado ao Hospital Municipal de Salvador (HMS) o serviço de cirurgia bariátrica, compreendido como um



importante meio de tratamento da obesidade e suas comorbidades. Integrando-se nesta área de atuação com o citado Cedeba, instituído décadas antes (24/03/1994), cujo ambos dispõem de uma equipe composta de médicos, endocrinologistas, psicólogos e nutricionistas voltados ao acompanhamento destes indivíduos para a identificação da adequação do procedimento e sua consequente realização.¹³⁷

Neste ensejo, entende-se pela observância às atribuições do componente de atenção especializada quanto à identificação de casos de realização do procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhamento destes para as unidades apropriadas para tal promoção, ante ao esgotamento das possibilidades terapêuticas na APS (art. 4º, inciso II, alínea a, itens 1, 2 e 3). Contudo, não se tem menção ao importante acompanhamento terapêutico multiprofissional no pós-operatório a ser desempenhado na rede de atenção especializada hospitalar (4º, inciso II, alínea a, itens 5 e 6, c/c alínea b, itens 1, 3 e 5).¹³⁸

5. CONCLUSÃO.

O presente trabalho se propôs a esquadrihar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto ante a potencial invisibilização desses indivíduos no sistema de saúde, em que pese a existência de instrumentos normativos que versam especificamente acerca

136 Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao>

-de-criterios-de-matricula.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

137 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 277 et seq. Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I

_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 nov. 2023.

138 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

44

desta matéria, os quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos diferentes níveis que compõem esta rede de assistência, a citar: as Portarias MS/GM n. 424 e 425/2013.

Neste ensejo, impende destacar o reconhecimento desta doença como problema de saúde pública, haja vista que além dos altos índices de incidência apresentados, que já alcançam proporções epidêmicas, esta se consubstancia como fator de risco **para o**

desenvolvimento de outras DCNTs, a citar: hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias. Enfermidades que, inclusive, são as responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade desta capital, conforme dados disponibilizados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), o que evidencia os impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, interferindo na duração e qualidade de vida destes protagonistas.

Ademais, salienta-se ainda os drásticos impactos financeiros exercidos pelos gastos com esta patologia no sistema de saúde, o qual exige um considerável despendimento econômico por parte do Estado, que já alcança a monta de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo-se significativamente o orçamento estatal para estes gastos. Panorama geral que evidencia **a necessidade de** se debater a eficácia dos instrumentos normativos existentes acerca da matéria, de modo a potencializar a estruturação da rede de atenção primária e especializada voltada à prevenção e tratamento da obesidade e a garantia de acesso à saúde de qualidade, enquanto direito fundamental constitucionalmente assegurado.

Neste tom, este trabalho foi desenvolvido mediante a aplicação do método de pesquisa bibliográfica, lastreada em material publicado a respeito da temática, especialmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde, relatórios publicados em plataformas governamentais e legislação existente acerca da matéria. Tendo se utilizado, ainda, de abordagem metodológica qualitativa, voltada ao entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo de Karl Popper, cujas hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a identificação da solução do problema de pesquisa explicitado.

Sob este prisma, para se alcançar uma compreensão da realidade acerca dos efeitos da aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema **de saúde e da** necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades dos indivíduos com obesidade, estabeleceu-se quatro objetivos específicos. Sendo o primeiro pertinente a identificação da regulamentação do direito à saúde, do seu status no ordenamento jurídico e quais os meios e sistemas elaborados pelo Estado para a efetivação do acesso à saúde, enquanto garantia de um mínimo existencial nesta esfera.

45

No que concerne a este, observou-se que a regulamentação geral do direito à saúde encontra-se disposta na Constituição Federal, em que é reconhecida como um direito social, nos termos do art. 6º, e elevada a condição de direito fundamental. Sendo que, no referido diploma, esta matéria encontra-se disciplinada em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, que estabelecem as normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira. Visando-se a garantia e ampliação do acesso às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de prestações materiais positivas e providências jurídico-normativas.

Conjuntura sob a qual foi criado o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, de caráter universal, integral e descentralizado, que encontra-se disposto no art. 198 do diploma constitucional e é regulamentado de forma mais específica nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990 que delineiam o arcabouço legal e principiológico **para seu funcionamento**. Isto enquanto suporte para a efetivação da política de saúde do país, por estabelecer um conjunto de ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.



No que concerne ao segundo objetivo específico, este refere-se à análise das principais estratégias formuladas pelo sistema público de saúde para o controle do número de casos de obesidade no país, atendo-se à identificação das bases legais existentes acerca da matéria. Tendo-se, nesta oportunidade, verificado a instituição de uma série de portarias atinentes à estruturação da rede de atenção primária e especializada do SUS para atendimento destes indivíduos, as quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos segmentos que a compõem para a prevenção e tratamento da obesidade.

Sendo que, nas Portarias mais recentes (PRTs MS/GM n. 424 e 425/2013) foi conferida maior relevância a realização do diagnóstico apropriado dos pacientes, centrado nas particularidades e necessidades destes, mediante identificação de seu estado nutricional e estratificação consoante a presença de outros fatores de risco e comorbidades. Isto além da importância creditada ao acompanhamento terapêutico adequado, com encaminhamento para serviço especializado e adoção de modelo com abordagem terapêutica integral e intersetorial, malgrado não se observe a efetivação destas realizações no município de Salvador.

No que tange ao terceiro objetivo específico, convergente a verificação de como se dá a operacionalização dos eixos estratégicos para que abarque as necessidades da população obesa assistida, tal informação encontra-se também disciplinada na Portaria n.

424/2013. Isto considerando que, como discorrido no desenvolvimento deste trabalho, esta engloba as principais atribuições dos níveis de atenção básica, especializada e dos sistemas

46
logísticos e de apoio à saúde, esmiuçando inclusive os encargos dos subcomponentes da atenção especializada (ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência), ao estabelecer as atividades a serem desempenhadas intersetorialmente nestes.

Já no que diz respeito ao quarto e último objetivo específico, pertinente a identificação das barreiras enfrentadas para a garantia do acesso à saúde às pessoas com obesidade, sobretudo nesta capital, constatou-se: a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas no âmbito de atendimento médico, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a infraestrutura física e equipamentos adequados ao acompanhamento destes indivíduos nas unidades de saúde. Deficiências agravadas pelo diagnóstico nutricional tardio e deficitário, ante a perspectiva culpabilizadora e despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a complexidade da obesidade, que desestimula a procura por assistência médica especializada. Aglutina-se ainda a este encadeamento a questão da busca por ações e serviços de saúde ser motivada, majoritariamente, pela manifestação de outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, que em sua maioria não são correlacionadas com a mesma. Dificultando-se, desta forma, o diagnóstico mais aprofundado, com análise das particularidades dos pacientes e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado, com a consequente garantia de uma melhor qualidade de vida para estes.

Informações estas que comungam com as alegadas limitações diagnósticas e terapêuticas indicadas em virtude da inobservância de importantes disposições previstas nas aludidas portarias, que se destinam a operacionalização das ações e serviços de prevenção e tratamento da obesidade. Considerando que, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública no âmbito da saúde, ainda se nota a precariedade no que tange ao diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado, sendo tal conjuntura circundada pela parca



disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos adequados. Confirmando-se, assim, as hipóteses levantadas acerca da problemática. Diante de tudo quanto exposto, observa-se que no tocante a conjuntura analisada não se faz necessária a elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, mas sim a implementação efetiva das disposições das portarias já existentes que regulam a matéria. Isto tendo em vista que, as previsões nestas existentes já se debruçam sobre as necessidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional, ante a busca por profissionalização do corpo de trabalho que a compõe.

47

Sendo estabelecido por estas, ainda, toda a divisão de atribuições entre os diferentes segmentos que a integram, **de forma a** corroborar com a colaboração entre estes, possibilitando uma atuação intersetorial e dinâmica, com assistência não apenas reparativa, mas também preventiva, atendendo às disposições gerais tecidas quanto à garantia do direito à saúde. Note-se que, até mesmo os projetos de lei elaborados nesta esfera voltam-se a busca de garantia de coeficientes de efetividade de disposições já constantes nas mesmas, seja em relação ao atendimento especializado com infraestrutura adequada ou a autorização e custeio de cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica. Necessita-se, portanto, especialmente no âmbito do município de Salvador, da efetiva implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes. Isto porque, conforme se extrai das informações sobre a atuação municipal, angariadas nas plataformas de dados governamentais disponíveis e nas documentações disponibilizadas ao acesso público, especialmente os planos **municipais de saúde e** de enfrentamento às DCNTs, este ainda não implementou as principais medidas para acompanhamento destes indivíduos. Neste diapasão, salienta-se que em que pese as tentativas, não foram encontradas ou fornecidas maiores informações acerca da instituição, no município, da linha de cuidado voltada especialmente para a prevenção e tratamento da obesidade, bem como das políticas públicas implementadas visando tal feito ou dos processos de cuidado direcionados ao acompanhamento deste público. Ademais, não se disponibilizou também dados acerca da infraestrutura técnica, profissional e material existente no município para a devida prestação da assistência médica a ser direcionada a esta parcela substancial da população, sendo esta ausência de acesso ou existência a informação também compreendida como tal. Circunstância diante da qual se propõe que, para pesquisas futuras, se angarie mais informações acerca da gestão desempenhada no município **no âmbito da** rede de assistência primária e especializada do SUS, com destaque às ações e serviços implementados por este para prevenção e tratamento da obesidade. Sobretudo, se houve a instalação de uma linha de cuidado prioritária específica para esta esfera, como discriminado nas portarias vigentes acerca da temática, ou se há planos para a sua futura implementação, com a adoção do plano de atribuições nesta discriminados.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pf. Acessado em 09 de março de 2023.

Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006.

Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Pro-tocolo-obesidade-com-atualizacao-de-criterios-de-matricula.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Obesidade e Sobrepeso. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. **Conselho Nacional de** Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórniás Machado. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

Brasil. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2023.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivi/_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da **Secretaria de Atenção** Primária à Saúde. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9di>cas. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005. Disponível em:

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de **atenção à saúde**. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do **Sistema Único de Saúde**. Disponível em:

<https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de **Atenção à Saúde** das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.htm l. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a **atenção à saúde**, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.



Brasil. Senado Federal. Matérias Bicamerais: Projeto de Lei nº 3526, de 2020. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&disposition=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MzA.Ny4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA.. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&n_umero_Processo=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI_A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 111-153, 3 nov. 2020.

Malta, Deborah Carvalho. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa **Nacional de Saúde** no Brasil. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2017;51 Supl 1:4s, p. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2023.

Melo, Adriana Zawada. Seção II, **da Saúde**, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020.

Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006.

Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Corso, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Revista de Nutrição. Campinas: V. 17, out./dez., 2004, p.01. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Souza, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em:



17 set. 2023.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.



=====

Arquivo 1: [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Arquivo 2: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/portaria-no-1.061-de-18-de-maio-de-2020-2.pdf> (751 termos)

Termos comuns: 49

Similaridade: 0,37%

O texto abaixo é o conteúdo do documento [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Os termos em vermelho foram encontrados no documento

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/portaria-no-1.061-de-18-de-maio-de-2020-2.pdf> (751 termos)

=====

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
GRADUAÇÃO EM DIREITO

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

Salvador
2023



ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

TCC apresentado ao Programa
de Graduação em Direito da
Universidade Católica do
Salvador, como requisito
parcial para a obtenção do grau
de bacharel em direito.

Orientador: André Quadros
Côrtes, Mestre em Políticas
Sociais e Cidadania.

Salvador
2023

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA



RESUMO

O presente trabalho se propôs a analisar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde direcionado às pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto no intuito de se esquadriñar a aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades destes indivíduos. Interesses estes fundados nos desafios e barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços pertinentes à promoção, proteção e recuperação da saúde da população obesa, que englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional. Para tanto aplicou-se o método de pesquisa bibliográfica, embasada em material publicado a respeito da temática, particularmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde e relatórios extraídos de plataformas governamentais. Utilizando-se, ademais, de abordagem metodológica qualitativa, focada no entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para identificação da solução do problema de pesquisa explicitado. Sob este enquadro, a análise realizada evidenciou a prescindibilidade de elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, vez que, em verdade, faz-se necessária a implementação efetiva das disposições constantes nas portarias já existentes acerca da matéria. As quais se debruçam sobre as particularidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional. Conjuntura sob a qual delinea-se a necessidade, mormente **no âmbito do** município de Salvador, de implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; DCNTs; Comorbidades; Saúde; SUS; Prevenção; Diagnóstico; Tratamento; Atendimento; Acompanhamento; Infraestrutura; Estigma; Atenção Primária; Atenção Especializada; Mortalidade; Morbidade; Portarias; Eficácia.

ABSTRACT

The present work proposed to analyze the effectiveness coefficients of the legal protection of the right to health aimed at people with obesity in the Municipality of Salvador, especially with regard to the actions and services performed in the primary and specialized care network of the SUS. This is in order to investigate the apparent invisibility of people with obesity in the health



system and the need or not to develop legislative instruments specifically aimed at the needs of these individuals. These interests are based on the challenges and barriers identified for the offer and implementation of actions and services relevant to the promotion, protection and recovery of the health of the obese population, which include the absence of comprehensive and non-reductionist approaches, accentuated by the lack of or insufficient access to medical equipment and professional qualification. To this end, the bibliographical research method was applied, based on published material on the topic, particularly books, periodicals, articles, health notebooks and reports extracted from government platforms. Furthermore, using a qualitative methodological approach, focused on understanding and evaluating the research object, linked to the hypothetical-deductive method, in which the formulated hypotheses are subjected to the falsification process to identify the solution to the explained research problem. Under this framework, the analysis carried out highlighted the unnecessary development of new normative instruments to establish guidelines and operationalize SUS health care networks, since, in truth, it is necessary to effectively implement the provisions contained in the ordinances already existing information on the subject. Which focus on the particularities to be observed so that adequate diagnosis of the obese population can be promoted, with specialized monitoring, equipped with technical and professional infrastructure. Situation under which the need is outlined, especially within the scope of the municipality of Salvador, to implement the guidelines and attributions contained in the Ordinances and National Policies drawn up on the subject, such as the institution of the line of care for the prevention and treatment of overweight and obesity, among other achievements in these constants.

Key words: Obesity; Overweight; NCDs; Comorbidities; Health; SUS; Prevention; Diagnosis; Treatment; Service; Follow-up; Infrastructure; Stigma; Primary attention; Specialized Care; Mortality; Morbidity; Ordinances; Efficiency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.	5
2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	8
2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.	8
2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS , MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	12
3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL	21
4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26



4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1.1. Portarias instituídas anteriormente para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade	26
4.1.2. Portarias vigentes na atualidade.	30
4.1.3. Projetos de lei.	35
4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	38
5. CONCLUSÃO.	43

5

1. INTRODUÇÃO

A saúde se consubstancia como um direito social, assim reconhecida no **art. 6º da Constituição Federal**, que a elevou à condição de direito fundamental, dotando-lhe de força normativa e vinculante.¹ Cenário este que exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, para se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos termos **do art. 196 da CF**.² Enquadro lógico sob o qual foi criado o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, de caráter universal, integral e descentralizado (art. 198, da CF), enquanto suporte à efetivação da política de saúde no país.³ Tal sistema é responsável pela atenção à saúde da maioria dos cidadãos, englobando um conjunto de serviços ambulatoriais, terapêuticos e pré-hospitalares de urgência e emergência especializados.⁴ Todavia, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda tem se demonstrado exígua. Tendo a referida patologia se tornado um problema **de saúde pública**, ante as proporções epidêmicas que têm alcançado em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas quando do atendimento primário.⁵ A título de contextualização, salienta-se que a obesidade se trata de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa que representa o aumento excessivo de tecido adiposo no organismo, haja vista apresentar um excesso no Índice de Massa Corporal (Superior a 30 kg/m²).⁶ Dentre as suas causas, alberga fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos, dos quais a literatura científica

1 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

2 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da

Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

3 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www>



.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 27/05/2023.

4 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNASUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2 saud_soci](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2_saud_soci)

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

5 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) **do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

6 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity

. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

6

destaca como principais a inatividade física, a redução do consumo de alimentos básicos e a maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar.⁷

Esta, em decorrência das suas complicações metabólicas, se configura ainda

como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, as quais não são correlacionadas a um diagnóstico apropriado, ante a

deficiente estrutura de atendimento.⁸ O que reverbera na ausência de encaminhamento para

serviço especializado, com adoção de modelo adequado à abordagem terapêutica integral, que se constituem como importantes aspectos para a redução da morbimortalidade das pessoas com

obesidade.⁹

Quanto a isto, nota-se que consoante dados apontados pelo Sistema de

Informações da Atenção Básica (SISAB), apenas 2,5% do total de atendimentos individuais são

voltados à condição avaliada como obesidade.¹⁰ Conjuntura esta incongruente com os índices

apresentados no ano de 2023 nos relatórios públicos emitidos pelo Sistema de Vigilância

Alimentar e Nutricional (SISVAN) do **Ministério da Saúde**, que indicavam que

aproximadamente 34.51% dos indivíduos adultos já possuem diagnóstico de excesso de peso,

20.65% de Obesidade Grau I, 8.23% de Obesidade Grau II e 4.37% de Obesidade Grau III.¹¹

Contexto que se reproduz no município de Salvador, cujo os índices

apresentados neste relatório indicam que aproximadamente 33.1% dos indivíduos adultos

possuem diagnóstico de sobrepeso, além de apresentar porcentagens ligeiramente mais altas de

Obesidade Grau I (21.68%), Obesidade Grau II (9.42%) e Obesidade Grau III (5.05%), se

comparada com os índices nacionais. Circunstância sob a qual se observa que os atos

normativos elaborados não transparecem coeficientes de eficácia válidos, especialmente no que

concerne ao cuidado direcionado a estes protagonistas neste município.¹²

Ratifica-se, desta forma, a premissa tecida acerca da precariedade de

diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento, que ainda é circundada pela parca



7 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. Cadernos

de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

8 Ibidem.

9 Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

10 Ibidem, p.11.

11 Brasil, **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

12 Ibidem.

7

disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade. Particularmente aqueles voltados ao rastreamento e implementação do processo de cuidado, tais quais: balanças, macas e cadeiras adequadas, fita métrica, esfigmomanômetro, dentre outros. Condições observadas não obstante tais indivíduos representarem porcentagem significativa da população, consoante delineado linhas alhures.¹³

Sob este prisma, impende ainda ressaltar que o fato de a obesidade se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs exerce drásticos impactos nos índices de morbidade e mortalidade, bem como nas finanças pertinentes ao sistema de saúde. Tendo se contabilizado em estudo elaborado sobre a temática que do orçamento de R\$6,77 bilhões gastos anualmente com estas, cerca de R\$1,49 bilhões são atribuídos ao excesso de peso e obesidade. Percentual este que se mantém considerável no que tange ao número de mortes (128,71 mil), hospitalizações (495,99 mil) e procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS (31,72 milhões), o que denota a sobrecarga deste sistema.¹⁴ Neste ensejo, tem-se traçada a **necessidade de** priorização e revisão dos

aspectos estruturais da rede de atenção à saúde do SUS, no âmbito primário e especializado, essencialmente no que concerne à organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade delineada nas portarias já elaboradas sobre a matéria.¹⁵ Contexto este que influenciou a elaboração do presente trabalho, o qual tem como objetivo analisar se, diante do cenário exposto, faz-se necessária a elaboração de novos instrumentos legislativos de atenção à saúde voltadas especificamente as particularidades destes indivíduos, ou se, em verdade, se trata da necessidade de efetivação dos já existentes.

Atrelando-se tal questionamento, ainda, a indagação de como esta possível invisibilização no sistema público de saúde reverbera em consequências tangenciais à garantia do direito à saúde e, como sequela, a uma ampla qualidade de vida. Isto em virtude de se ter, dentre os princípios fundamentais desta República, a dignidade da pessoa humana, que



reverbera na garantia das necessidades vitais do ser humano, englobando o acesso à saúde permeada em ações e serviços de qualidade. Questionamento este existente em decorrência da

13 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) **do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.16. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

14 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado.

Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

15 Brasil. **Ministério da Saúde**. Op.cit., 2022, p.13.

8

ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas e da precariedade de diagnóstico e encaminhamento para atendimento apropriado destes indivíduos no sistema de saúde.16

Fundado neste intuito, o presente trabalho se consubstancia como uma reflexão e estudo decorrente da aplicação do método de pesquisa bibliográfica, subsidiada em material publicado acerca da temática, em especial livros, artigos e periódicos, bem como na legislação existente, que corroboraram para a constatação e deslinde da problemática identificada. Isto além do levantamento de dados quantitativos, vez que se analisará material lastreado em dados publicados pelo governo federal e municipal sobre os índices de obesidade, atendimento, diagnóstico e disponibilização de tratamento.

Tendo se utilizado, para tanto, de abordagem metodológica qualitativa, voltada à compreensão e avaliação do objeto de pesquisa. Isto considerando as características da situação, avaliando e medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito da problemática analisada, qual seja: a potencial invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde, sobretudo no que concerne à rede de atenção primária e especializada do SUS, à luz dos instrumentos legislativos existentes.

Sob este enquadro empregou-se o método hipotético-dedutivo de Karl

Popper, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a construção da solução do problema de pesquisa narrado e, posteriormente, são confirmadas ou refutadas. De forma que, com o desenvolvimento da referida discussão, foi construída a argumentação finalística deste e estabelecida a sua conexão com a conjuntura fática observada hodiernamente.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.



A adoção do modelo de bem-estar social pela federação brasileira, em que se observa uma intervenção mais incisiva do Estado no intuito de se assegurar aos indivíduos o

16 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) **do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

9

acesso a serviços assistenciais básicos, com a consequente disposição da saúde como um direito social (art. 6º da CF), alçou-a à condição de direito fundamental. Posição esta que lhe confere caráter vinculante e normativo, dotado de exigibilidade perante aos seus titulares, enquanto meio para se garantir o mínimo existencial necessário para uma vida digna, em compatibilidade com os fundamentos fixados para o país no artigo 1º da Constituição (CF).¹⁷

Neste tom, o direito à saúde encontra-se compreendido em um bloco integrado, ainda, pelos direitos à previdência e à assistência social, relativos à área de atuação da seguridade social.¹⁸ A qual estabelece um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas à proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à tríade de garantias citadas acima, consoante disposto no **art. 194 da Constituição**.¹⁹

Observando-se, a partir desta perspectiva, a atuação de diversos órgãos da administração pública direta e indireta e de atores políticos atrelados às ocupações desta no âmbito federal, distrital, estadual e municipal de forma regionalizada e hierarquizada.²⁰

Cenário sob o qual se exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, por meio da implementação de políticas públicas, de modo a se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.²¹ Sendo a matéria tratada no diploma constitucional, em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, os quais estabelecem uma série de normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira,²² com prestações materiais positivas do Executivo e providências jurídico-normativas do Legislativo.²³

Nesse sentido, ratificando o quanto esposado, vejamos as premissas tecidas por Alexandre de Moraes acerca da matéria que explanam a lógica em voga:

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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

17 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

18 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a **saúde pública no brasil**: Visão crítica sob a óptica

tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 119, 3 nov. 2020.

19 Brasill. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/cc>



ivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

20 Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006, p. 496.

21 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida

da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

22 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. Op.cit., 2020, p. 121.

23 Cunha Júnior, Dirley. Op.cit., 2012, p.767 et seq.

10

(CF, art. 196), sendo 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 por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).²⁴

Note-se que o art. 196 da CF, além de estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, destaca a finalidade de sua atuação neste campo, atrelando-a à redução do risco **de doenças e** de outros agravos²⁵. Compreensão esta ratificada no tema de Repercussão Geral de n. 793, em que o Supremo Tribunal Federal (STF) inseriu o tratamento médico adequado dentre o rol de deveres estatais, assim como fixou a responsabilidade solidária dos entes federados. O que corrobora com a premissa de atuação regionalizada e hierarquizada dos entes políticos a nível federal, estadual, distrital e municipal quanto à garantia de acesso universal e igualitário à saúde e seus desdobramentos.²⁶

Tal feito, pois, encontra-se pautado na descentralização da atuação das esferas de governo **no âmbito do** direito à saúde, atinente às áreas de operação dos entes políticos no atendimento integral da população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.²⁷ Isto porque, a efetivação deste direito compreende não apenas a disponibilização de hospitais ou postos públicos de saúde devidamente equipados para atendimento, mas também o fornecimento de medicamentos e profissionais qualificados para a prestação de serviços públicos desta estirpe.²⁸

À vista disso, visando conferir maior efetividade à política de saúde do país foi instituído o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, previsto no art. 198 da CF e regulamentado de modo mais específico nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que fornecem o arcabouço legal e principiológico para a sua operacionalização. Definindo-se tal sistema como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em conformidade com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.²⁹

24 Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 537.

25 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

26 Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever

de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente>



=4678356&numeroProc

esso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

27 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Op.cit. Acesso em: 09 mar. 2023.

28 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.769 et seq.

29 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www>

.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 27/05/2023.

11

Ratificando o quanto esposado, vejamos as considerações tecidas pelo doutrinador Dirley da Cunha Júnior acerca da matéria explanam a lógica em voga:

Visando a execução das políticas públicas de saúde, a Constituição instituiu um **sistema único de saúde (SUS)**, que passou a compreender todas as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (art. 198). (...) Nada obstante ser de atribuição do Poder Público, a Constituição facultou a assistência à saúde à iniciativa privada (art. 199), de modo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar **do sistema único de saúde**, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.³⁰

As LOS comportam, desta forma, disposições no tocante à participação da comunidade na sua gestão e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados a sua manutenção (Lei nº 8.142/90). Além de esmiuçarem o quanto externado no art. 198, indicando as condições para a atuação do SUS, especialmente ao estabelecerem o modo de organização e funcionamento dos serviços prestados e instituírem os objetivos, competências e atribuições do mesmo (Lei nº 8.142/90).³¹ Reforçando, assim, a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de **serviços de saúde**.³²

Seguindo este enquadro lógico, destacam-se dois importantes princípios delineados nos **incisos I e II, do art. 7º, da referida lei 8.080/1990**. São eles, respectivamente: o da universalidade de acesso aos **serviços de saúde** em todos os níveis de assistência e o da integralidade desta, compreendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema. Destacando-se a sua importância por reforçarem a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de **serviços de saúde**.³³

30 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

31 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de



mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

32 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-)

2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 10.

33 Ibidem, loc.cit.

12

Sob esta ótica, confere-se destaque ao objetivo disposto no art. 5º, III, **da Lei n. 8.080/1990**, que estabelece a prestação de assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como atribuições do SUS³⁴. O qual, para desempenhar de modo satisfatório tal encargo, abarca uma série de serviços, a citar: rede hospitalar de média e de alta complexidade, serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, serviços ambulatoriais especializados e serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, incluindo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Portando-se, hegemonicamente, como responsável pela maioria dos cidadãos brasileiros no âmbito da garantia ao direito à saúde³⁵.

Entretanto, a despeito do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem se demonstrado insuficiente e insatisfatória. De modo que, tal patologia tem se estabelecido como um problema **de saúde pública**, ante as suas proporções epidêmicas e a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, sendo tal questão matéria de discussão dos tópicos adiante delineados.³⁶

2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS **NO ÂMBITO DO SUS**, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

Atendo-se a base principiológica concernente a institucionalização do SUS, principalmente no que tange a integralidade na prestação dos **serviços de saúde**, nota-se a instituição de três segmentos relativos à atenção à saúde, a citar: (a) atenção primária, (b) de média e (c) de alta complexidade, cujo estas duas últimas integram a rede de atenção especializada.³⁷ A aludida organização presta-se a melhor estruturação dos serviços

34 Brasil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes **e dá outras providências**.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

35 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNASUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_soci

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.



36 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) **do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

37 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 11.

13

disponibilizados, atentando-se a diferenciação de densidade tecnológica e custos envolvidos com os agravos médicos que cada campo visa atender.³⁸

A atenção primária à saúde (APS) se consubstancia como o eixo orientador do SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde e abarcando um conjunto de ações que incluem prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, mediante o emprego de tecnologia de baixa densidade.³⁹ Dispondo, em virtude disto, de insumos e equipamentos necessários à resolução dos problemas e agravos de maior frequência e baixa complexidade, assim como dos meios para o encaminhamento a serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.⁴⁰ Ratificando as informações elencadas, vejamos as asseverações elaboradas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde acerca da infraestrutura de atendimento desta:

[...] na mesma portaria, quando é descrita a infraestrutura necessária para a atenção primária, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a ?garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar?.⁴¹

Tal conjuntura evidencia, portanto, que a rede de atenção primária não esgota as necessidades manifestadas pelos usuários do SUS, necessitando-se da institucionalização dos demais segmentos de atenção à saúde que, como mencionado, compõem a rede de atenção especializada. A reiterar: a rede de atenção de média e de alta complexidade, que, como o próprio nome já sugere, englobam atendimentos que exijam a realização de procedimentos mais complexos, recursos tecnológicos mais específicos e profissionais especializados.

38 Brasil. **Ministério da Saúde**. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência



do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20co>

mposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

39 Brasil. **Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

40 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 12.

41 Ibidem, loc.cit.

14

À luz desta premissa, no que tange ao segmento de atenção à saúde de média complexidade, este abarca ações e serviços prestados em hospitais e ambulatórios envolvendo atendimento em distintas especialidades médicas. Objeto este decorrente de problemas e agravos de saúde que demandam a utilização de recursos tecnológicos mais específicos, ante **a necessidade de** realização de procedimentos complexos destinados ao diagnóstico e tratamento dos usuários.⁴²

Dessa forma, tal nível encontra-se integrado com o retro citado, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, compreendida nesta fase por policlínicas, hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e centros dotados de equipamentos para exames e procedimentos mais avançados. Sendo efetuado nesta o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, a estabilização dos pacientes e a investigação diagnóstica inicial, oportunidade em que se irá aferir **a necessidade de** atendimento mais complexo.⁴³

Cenário em que se menciona o segmento de atenção à saúde de alta complexidade, que, integrado aos demais níveis, abrange um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e custo, por envolver a disponibilização de serviços qualificados de alta complexidade. Sendo estes normalmente prestados em hospitais gerais de grande porte, cujo os procedimentos realizados encontram-se relacionados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.⁴⁴ As diversas áreas médicas e procedimentos atendidos encontram-se relacionadas em obra do **Ministério da Saúde** acerca da matéria, senão vejamos:

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em ?redes?, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos;



laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica;

42 Brasil. **Ministério da Saúde**. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20c>

omposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

43 Ibidem, loc.cit.

44 Brasil, **Ministério da Saúde**. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: **Ministério da Saúde**,

2005. p.32. Disponível em: [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)

_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

15

terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.45

A definição das áreas de assistência especializada de média e alta complexidade e a instituição destas por meio da publicação de instrumentos normativos é efetuada mediante o levantamento de informações no tocante à situação da saúde na respectiva área de interesse. Isto sobretudo mediante a análise dos problemas e agravos existentes, serviços ofertados e necessidades da população, com o consequente enquadramento das prioridades para atuação, regulamentação da área específica e organização dos serviços e procedimentos ofertados em relação a esta.46

Sob este tom, atentando-se a elevação nos índices de pessoas que apresentam quadro clínico compatível com excesso de peso (34.51%) ou obesidade (33.25%), bem como o fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, instituiu-se a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave. Política com a qual, logo no início de sua institucionalização, se incluiu na tabela de procedimentos do SUS a gastroplastia, atualmente regulamentada pelas Portarias n. 628/2001 e 545/2002.47

Contudo, considerando que a esfera de cuidado direcionada a esta patologia não pode se restringir apenas a atuação de forma reparativa e atentando-se a necessidade da atuação preventiva, foi instituída a Portaria GM/MS n. 1.569/2007.48 Nesta, identifica-se uma



maior preocupação com a integralidade na prestação dos **serviços de saúde** entre os diferentes segmentos de assistência, tendo se organizado a linha de cuidados ao portador de obesidade grave em diferentes níveis. Buscando, com a referida realização, se identificar os principais determinantes e condicionantes da obesidade, de modo a se desenvolver ações transeitoriais de atenção à saúde amplas e qualificadas.⁴⁹

45 Brasil, **Ministério da Saúde**. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: **Ministério da Saúde**,

2005. p.32. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios

_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

46 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 14 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/>

06/Atualizacao -2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023.

47 Ibidem, p. 166 et seq.

48 Ibidem, p. 168.

49 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três **esferas de gestão**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

16

Com este intuito a citada Portaria estabelece o modo como deve ser operacionalizada a atenção à saúde em seus diferentes níveis, indicando em seu art. 3º as atribuições de cada segmento para o controle da obesidade e suas comorbidades. Sendo estas: na atenção primária à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde; na de média complexidade ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, atreladas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade; e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas, impactando positivamente na sobrevivência, morbidade e qualidade de vida destes protagonistas.⁵⁰

Cenário diante do qual também se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, redefinindo suas diretrizes e esmiuçando a organização de atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde. Devendo-se destacar a importância creditada à promoção do diagnóstico apropriado, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades, em consonância com a classificação do estado nutricional e a estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades, além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento.⁵¹

No entanto, a despeito do amplo desenvolvimento do sistema de saúde neste tópico, a disponibilização de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda é diminuta, precipuamente no setor de diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado.

Isto porque somente 2,5% do total de atendimentos individuais realizados no âmbito da APS são voltados à condição avaliada como obesidade.⁵² Conjuntura incongruente com os índices exibidos em 2019 pelo SISVAN, os quais indicavam, à época, que aproximadamente 34.55% dos indivíduos adultos já possuíam diagnóstico de excesso de peso e que cerca de 28,54% da população do país já se encontrava obesa.⁵³

50 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três **esferas de gestão**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

51 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 out. 2023.

52 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) **do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 09 mar. 2023.

53 Brasil, **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

17

3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, definida, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, caracterizado por um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m².⁵⁴ Divergindo, assim, do sobrepeso, que é compreendido como um aumento exclusivo de peso não atrelado ao comprometimento da saúde do paciente, tal qual a obesidade o é.⁵⁵ Corroborando com o quanto externado, vejamos a classificação da OMS do estado nutricional dos adultos a depender do IMC:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos com base no IMC - OMS⁵⁶

Classificação IMC Risco de comorbidades
Abaixo do peso < 18,5 Baixo (Risco de outras
complicações clínicas)

Eutrofia/

Intervalo normal

18,5 ? 24,9 Média

Sobrepeso ? 25,0 -

Pré Obeso 25,0 ? 29,9 Aumentou

Obesidade Classe 1 30,0 ? 34,9 Moderado

Obesidade Classe 2 35,0 ? 39,9 Severo

Obesidade Classe 3 ? 40,0 Muito severo

Cálculo do IMC: Divide-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros).

Elaboração própria. Fonte: World Health Organization (1998).

54 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.

Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

55 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 3, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

56 WHO. Op.cit., 1998, p. 21.

18

Neste tom, tem-se a obesidade como uma doença ocasionada por um prolongado cenário de ingestão energética maior do que o gasto perpetrado pelo corpo,⁵⁷ compreensão que, em razão da visão estigmatizada da sociedade, normalmente é atrelada apenas a dieta alimentar inadequada e a inatividade física.⁵⁸ Todavia, esta trata-se de uma doença multifatorial, albergando dentre as suas causas não apenas inatividade física, redução do consumo de alimentos básicos e maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar, mas também fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos que contribuem para tal.⁵⁹

No que tange aos aspectos históricos e sociais que influenciaram os hábitos de vida da sociedade e levaram ao aumento de incidência dos casos de obesidade, nota-se que desde o período da Revolução Industrial houveram mudanças que ocasionaram notórias transformações nos hábitos de vida e padrões alimentares. Isto ante o êxodo rural, em virtude da urbanização e da contínua substituição da mão de obra humana pelo uso de máquinas, massificando as atividades laborais e reduzindo-as a atos simples e repetitivos distantes das ocupações nos setores extrativos.⁶⁰



Tal contexto favoreceu ainda o desenvolvimento de uma rotina sedentária, haja vista a diminuição da prática de atividades físicas em decorrência, por exemplo, das jornadas de trabalho exaustivas. Padrão que se reproduz no contexto atual, devido a ausência de tempo e energia da população para tais práticas, aliada às formas de lazer sedentárias desenvolvidas, tais quais televisão e computadores, e a insegurança quanto ao deslocamento para os locais apropriados para tal, como academias e praças.⁶¹

Conjuntura atrelada a progressiva alteração da dieta para produtos que paulatinamente tiveram reduzidos seu valor nutricional, ante o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados de baixo valor nutricional, que propiciam uma maior ingestão calórica e menor gasto energético, ocasionando o acúmulo de gordura. Destacando-se como fatores de influência para o consumo destes o aumento do processo de industrialização dos

57 Anjos, Luiz Antonio dos. *Obesidade e Saúde Pública*. 20.ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 12.

58 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. *Obesidade, sociedade e cultura*. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). *Obesidade: uma epidemia mundial*. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021, p. 6. Disponível em [https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-](https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf)

[ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf](https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.

59 Souza, Saul de Azevêdo et al. *Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta*.

Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

60 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. *O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade*.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 4, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

61 Anjos, Luiz Antonio dos. *Op.cit.*, 2006, p. 30.

19 alimentos e oferta destes em supermercados, a maior facilidade e comodidade na aquisição e/ou preparo, bem como os preços mais baixos e atrativos, sopesado diante das possibilidades financeiras das famílias para despesas alimentares.⁶²

Sob este prisma, ratificando as asseverações acima delineadas, vejamos as premissas tecidas pelo professor da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pós-doutor em Fisiologia, Dr. Luiz Antonio dos Anjos, acerca da matéria:

Existe uma preocupação grande sobre os efeitos que a sociedade urbana (dita moderna) trazem ao ambiente que circundam esses grandes aglomerados urbanos. De fato, tais ambientes são, sob aspectos alimentares e de prática da atividade física, ?obesigênicos?, ou seja, facilitadores para a ocorrência de obesidade. Essas características incluem a grande disponibilidade de alimentos com alta densidade energética (além de disponíveis em todos os lugares são também baratos); redução do gasto energético nas atividades cotidianas (automóvel, escada rolante, elevadores,



mudanças nos processos de trabalho); aumento das atividades de lazer de menor gasto energético (televisão, computador, jogos de vídeo); e redução das oportunidades para a prática da atividade física regular (lugares públicos seguros, aumento no tempo de trabalho, aumento do tempo nos deslocamentos de e para o trabalho/escola).

Diante deste prisma, observa-se que com as alterações históricas dos aspectos de vida da sociedade, como o processo de urbanização, as mudanças nas relações de consumo e o acesso a tecnologia, houve uma mudança gradativa na dieta e na frequência de atividades físicas. Aspectos perante os quais, embora se note uma redução do número de casos de doenças infecciosas e parasitárias, proporcionada pela melhoria nas condições sanitárias, aprimoramento do diagnóstico e tratamento e acesso a atendimento médico de qualidade, têm-se uma transição epidemiológica para as DCNTs, tal qual a obesidade.⁶³ Patologia esta que, em razão das suas complicações metabólicas, como a dislipidemia, hipertensão arterial, resistência à insulina, intolerância à glicose e alterações no sistema de coagulação, é compreendida ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs. A citar: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, osteoartrite e determinadas espécies de câncer (endométrio, mama, próstata e cólon), que, via de regra, não são correlacionadas a mesma pela ausência de diagnóstico adequado.⁶⁴ Doenças estas que são responsáveis por aproximadamente 70% da mortalidade mundial, conforme dados da OMS.⁶⁵

62 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. Op.cit., 2006, p. 4 et seq.

63 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e

cultura. In: SCOMPARIN, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e

Contexto, 2021, p. 8 et seq. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

64 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

65 WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível

em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

20

Isto posto, faz-se perceptível o quanto a obesidade influencia nos índices de morbimortalidade, contexto diante do qual se exige um maior despendimento econômico do governo, que inclusive já alcança o importe de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo consideravelmente o orçamento estatal para gastos com doenças.⁶⁶ Cenário diante do qual esta figura como problema **de saúde pública**, mormente se observadas as proporções epidêmicas alcançadas em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.⁶⁷

Somando-se a estes desafios, menciona-se também a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta patologia e a baixa resolutividade dos mesmos, fomentada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, ante as

associações equivocadas da obesidade à preguiça, desleixo e ausência de comprometimento com o cuidado da saúde.⁶⁸ Observando-se a recorrente responsabilização destes pacientes pelo quadro clínico apresentado, não obstante esta apresente como causas fatores multifatoriais, condicionadas, por exemplo, a questões metabólicas, que são desmerecidas ante ao estigma atrelado à patologia.⁶⁹

Condições críticas inflamadas pela parca estrutura física e pelos materiais e equipamentos médicos disponibilizados nas instituições de saúde, que em muitas das ocasiões não se configuram adequados para o atendimento deste público, o que ocasiona um nítido constrangimento e dificuldade de acesso aos **serviços de saúde** por parte destes. Enquadro fático diante do qual observa-se que tais barreiras e desafios ensejam em um diagnóstico deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado.⁷⁰

Dificultando-se, desta forma, o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado, reverberando em efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos, que comprometem a duração e qualidade de vida destes. Circunstância que reforça o diagnóstico

66 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado.

Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

67 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) **do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

68 Ibidem, p.06.

69 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade.

Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

70 Ibidem, loc.cit.

21

apropriado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa, com adoção de modelo de cuidado à saúde contínuo, integral e humanizado, como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade.⁷¹

3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL

Os índices de pessoas com obesidade no Município de Salvador têm

apresentado um crescimento gradual no decurso dos anos, sobretudo se observada a elevação deste percentual em cerca de 68,4%. Isto considerando que passou de 11,1% em 2010 para 20,5% em 2021, conforme dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).⁷² Ratificando o quanto exposto, vejamos a evolução nos percentuais apresentados a nível municipal, consoante dados indicados nos relatórios públicos emitidos pelo referido sistema entre os anos de 2011 e 2022:

Tabela 2: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel

Percentual de Adultos com obesidade em Salvador

Ano Referência Porcentagem de pessoas com obesidade

2010 11,1%

2011 14,9%

2012 14,1%

2013 14,9%

2014 17,8%

2015 16,3%

2016 19,9%

2017 19,5%

2018 18,6%

71 Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

72 Brasil. **Ministério da Saúde**. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

22

2019 18,1%

2020 19,1%

2021 20,5%

Porcentagem de aumento de 2010 para 2021 68,4%⁷³

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico | Vigitel (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022).

Da análise dos dados acima veiculados observa-se que o panorama esboçado



pelos índices de obesidade no município é preocupante, especialmente por esta patologia se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tais quais diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.⁷⁴ Compreensão corroborada pelo fato de que a incidência destas, particularmente das cardiopatias e diabetes, encontram-se atreladas a apresentação de um IMC superior a 25 kg/m², atinente às classificações de pré obesidade, obesidade grau 1, grau 2 e grau 3.⁷⁵

Ademais, note-se que tais enfermidades configuram-se como as principais causas de morte prematura (entre trinta e sessenta e nove anos) do Município, em especial as cardiopatias que apresentam as maiores taxas de mortalidade desta capital, consoante dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM).⁷⁶ Contexto o qual reforça a premissa tecida acerca dos impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, máxime diante da ausência de correlacionamento entre estas patologias por meio de um diagnóstico apropriado.⁷⁷

Neste liame, a prevenção e o diagnóstico adequado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa,

73 Brasil. **Ministério da Saúde**. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

74 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

75 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 42.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

76 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano **Municipal de Saúde** de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 59 et seq. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 24 set. 2023.

77 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta.

Cadernos **de Saúde Pública**. João Pessoa: V. 34, 2018, p.02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7>

LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/?lang=pt. Acesso em: 03 jun. 2023.

23

com adoção de modelo de cuidado apropriado, se constituem como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade. Isto tendo em vista que a precariedade em quaisquer destes elementos, particularmente no que tange a ausência de diagnóstico adequado e correlacionamento entre as patologias anteriormente

mencionadas, interferem na duração e qualidade de vida destes protagonistas.⁷⁸ Sob este mesmo enquadro, analisando-se outras bases de dados governamentais, nomeadamente o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), abastecido com dados do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e do e-SUS (SISAB), observa-se que os percentuais tornam-se ainda mais críticos.⁷⁹ Isto dado que os índices deste indicador consubstanciam-se mais expressivos, como no ano de 2021, em que a percentagem de adultos acometida com obesidade era de 37,5%. Percentual este superior até mesmo a prevalência desta patologia na região nordeste (25,0%) e a nível nacional (28,5%).⁸⁰ A título de contextualização e comparação com os dados fornecidos pelo sistema Vigitel, bem como com os percentuais indicados a nível regional (nordeste) e nacional, vejamos os índices de obesidade (graus I, II e III) da população adulta acompanhada na rede de atenção primária à saúde do município de Salvador constantes nos relatórios públicos emitidos pelo SISVAN, mormente os relativos aos exercícios de 2010 a 2023:

Tabela 3: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel
Percentual de Adultos com obesidade - Nível Municipal, Regional e Nacional⁸¹
Ano Referência Percentual Municipal

Percentual	Regional (Nordeste)	Percentual	Nacional
2010	28,18%	13,27%	16,48%
2011	30,66%	14,64%	17,98%
2012	30,52%	16,73%	19,93%
2013	30,8%	17,86%	21%
2014	31,1%	19,7%	22,39%

⁷⁸ Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. p. 214. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

⁷⁹ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Op.cit., 2022, p. 41.

⁸⁰ Brasil, **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

⁸¹ Ibidem.

2015	31,88%	21,23%	24,57%
2016	33,49%	21,57%	25,1%
2017	32,7%	22,51%	25,98%
2018	34,5%	24%	27,29%

2019 35,17% 25,03% 28,54%
2020 36,6% 27,66% 31,6%
2021 37,5% 29,06% 32,92%
2022 35,26% 28,35% 31,88%
2023 36,14% 30,12% 33,38%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Afunilando-se a análise ora realizada, essencialmente no que diz respeito à organização político-administrativa sanitária, têm-se que o Município de Salvador se encontra dividido em 12 (doze) Distritos Sanitários, a citar: Centro Histórico, Barra, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano e Subúrbio Ferroviário. Tal categorização está voltada à divisão territorial das competências e atribuições relativas à assistência à saúde, de modo a facilitar a articulação das entidades atreladas à administração, fiscalização, atendimento e prestação de serviços públicos.⁸²

Note-se que esta organização compreende a disponibilização de serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde no território, englobando: unidades básicas de saúde, centros de apoio psicossocial, unidades ambulatoriais especializadas e de pronto atendimento, hospitais, dentre outros. Sendo estabelecida uma comunicação entre estes segmentos, de modo a mantê-los integrados e articulados, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, nos âmbitos público, privado (vinculados ou não ao SUS) e filantrópico, que contabilizam cerca de 3.599 estabelecimentos assistenciais de saúde.⁸³

Todavia, não se observa no âmbito de assistência à saúde às pessoas portadoras de obesidade tal dinamismo, especialmente se observados os altos índices de pessoas acometidas pela obesidade no município e a precariedade no setor de diagnóstico e prevenção. Neste ensejo, vejamos o número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade

⁸² Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano **Municipal de Saúde** de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 215. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 out. 2023.

⁸³ Ibidem.

²⁵ em cada um dos referidos distritos e a representação percentual destes a nível municipal no ano de 2022, com base em análise restrita ao estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidade de saúde destes, conforme dados do SISVAN:

Tabela 4: Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador.

Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador⁸⁴

Distrito Sanitário



Nº de Unidades de Saúde			
Nº de casos/sobrepeso			
Nº de casos/obesidade			
Percentual de casos de obesidade por distrito			
Centro Histórico	08 2.806	2.651	3,61%
Barra/Rio Vermelho	12 4.327	4.595	6,26%
Boca do Rio	08 2.816	2.815	3,83%
Brotas	06 3.615	3.810	5,19%
Cabula/Beiru	24 8.601	9.004	12,27%
Cajazeiras	10 5.144	5.470	7,45%
Itapagipe	02 2.364	3.271	4,45%
Itapuã	19 8.966	8.790	11,98%
Liberdade	06 3.102	3.346	4,56%
Pau da Lima	16 6.586	6.687	9,11%
São Caetano/Valéria	16 7.169	7.830	10,67%
Subúrbio Ferroviário	36 13.493	15.102	20,58%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Quanto às mencionadas bases de dados, têm-se estas como importantes ferramentas para viabilização da identificação parcial do estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidades de saúde municipais, que devem ser correlacionados com um procedimento de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado. Potencializando-se com tais realizações a elaboração de estratégias de atuação próprias para o

84 Brasil, **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 15 out. 2023.

26
enfrentamento desta patologia e de suas comorbidades, atribuindo, assim, maiores coeficientes de efetividade às ações de assistência à saúde ofertadas no município.⁸⁵

4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM

OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1.1. PORTARIAS INSTITUÍDAS ANTERIORMENTE PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

O aumento gradual dos índices de obesidade no cenário nacional e municipal, evidenciado pelos dados apresentados em tópicos anteriores, atrelado ao fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, têm indicado a **necessidade de** desenvolvimento de estratégias e atuações estatais para se enfrentar tal patologia e suas comorbidades. Isto de modo a promover a saúde, reduzindo a morbimortalidade entre os seus portadores e proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida, por meio do pleno acesso aos **serviços de saúde**, com infraestrutura de atendimento adequada e acompanhamento médico integral.⁸⁶

Contexto a partir do qual se instituiu a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave, regulamentada a princípio pelas Portarias n. 252/1999, 45/1999 e 196/2000. Estas voltavam-se à inclusão da cirurgia bariátrica no rol de procedimentos disponibilizados pelo SUS, designação dos hospitais credenciados pelo **Ministério da Saúde** para esse fim, oferta dos equipamentos adequados e estabelecimento dos

85 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 22 out.. 2023.

86 Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

27
critérios clínicos de seleção de pacientes.⁸⁷ Definindo-se, assim, a gestão organizacional desta e as indicações e contraindicações para a sua realização, senão vejamos:

Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias do **Ministério da Saúde**: a. Indicações a.1 Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo menos 2 anos. a.2 Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de



doença crônica associada, como: diabetes, hipertensão, apneia do sono, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade. b. Contraindicações
b.1 Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcoolismo, dependências químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contra indiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras. 88

Ainda sob este prisma, atendo-se à necessidade de ampliação da prestação deste serviço, especialmente em virtude do elevado percentual de pessoas acometidas por obesidade mórbida à época, elaborou-se a Portaria n. 1.157/2000, a qual revogou a definição do número de centros de referência credenciados para a realização da cirurgia bariátrica no país, constante na Portaria n. 196/2000. Isto de modo a ampliar o número de unidades credenciadas para a realização do procedimento, estendendo as possibilidades de execução deste, não obstante tenha se mantido as exigências necessárias e próprias para tal.⁸⁹ Neste ensejo de promoção de revogações elaborou-se também a Portaria de n. 628/2001, que além de revogar as aludidas Portarias aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. Sendo válido ressaltar que a regulamentação e gestão técnica atinente a este protocolo encontra-se esmiuçada em seus anexos (I, II e III), que instituíram diferentes disposições para a sua operacionalização, além de discriminar o soldo a ser utilizado para o custeio das despesas relativas ao mencionado tratamento cirúrgico, a citar: os recursos provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação ? FAEC (art. 4º).⁹⁰ Quanto a predita operacionalização do protocolo, no Anexo I encontra-se assentada a obrigatoriedade do seu preenchimento, mormente nas etapas de avaliação inicial, indicação do procedimento cirúrgico e acompanhamento médico dos pacientes submetidos à gastroplastia, sob pena de descadastramento do Centro de Referência (art. 1º, §§ 1º, 2º e 4º). No que tange ao Anexo II, este dispõe sobre as normas a serem observadas para o cadastramento

87 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 22 out. 2023.

88 Ibidem, p. 167.

89 Ibidem, loc.cit.

90 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

28

do centro de referência em cirurgia bariátrica (art. 2º), conferindo ênfase a imprescindibilidade da equipe multiprofissional para a assistência médica às pessoas com obesidade, como garantia da integralidade (alínea c), do subtópico 2.1, do tópico 2).⁹¹

Por fim, menciona-se o Anexo III, em que se desdobra a relação de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica cadastrados no SUS (art. 3º). Dos quais, dos dezoito existentes naquele período, um se localizava no estado do Ceará (Fortaleza), dois em Minas Gerais (ambos em Belo Horizonte), um no Pará (Belém), três no Paraná (Curitiba, Maringá e



Londrina), um em Pernambuco (Recife), um no Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), um no Rio de Grande do Sul (Porto Alegre), um em Santa Catarina (Florianópolis) e sete em São Paulo (São Paulo [3], Campinas [1], Marília [1], Ribeirão Preto [1] e Piracicaba [1]).⁹²

Neste diapasão, diante das alterações e deformidades corporais decorrentes da intensa perda de massa corporal acarretada pela realização da cirurgia bariátrica, que dentre os seus resultados ocasiona o excesso de pele e flacidez no abdômen, seios e braços, atada a consequente necessidade da promoção de cirurgias plásticas reparadoras, se instituiu a Portaria GM/MS n. 545/2002. Que, visando propiciar o acesso dos pacientes submetidos ao procedimento de gastroplastia as cirurgias plásticas corretivas, incluiu tais procedimentos cirúrgicos na supramencionada tabela do SIH-SUS, são eles:⁹³

Tabela 5: Procedimentos cirúrgicos corretivos pós-gastroplastia incluídos na tabela de procedimentos do SIH-

SUS pela Portaria GM/MS n. 545/2002.

Procedimento Código na tabela CID?s indicados Faixa etária

Dermolipectomia

Abdominal pós

Gastroplastia

38.058.13.8

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Mamoplastia pós

Gastroplastia

38.059.06.1

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia Crural

pós Gastroplastia

38.060.06.0

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia 38.061.13.9 E66.8, L08.8, L30.0, 18 a 60 anos

91 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM-MS n^o 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia **no âmbito do SUS**. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

92 Ibidem.



93 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

29

Braquial pós

Gastroplastia

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 545/2002.

Todavia, a assistência médica direcionada às pessoas com obesidade não pode se restringir à atuação de forma reparativa, tendo em vista tal realização configurar-se incompatível com as diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) para a prestação do serviço à saúde por parte do Estado. Isto **considerando a necessidade** desta de englobar a atuação preventiva e reparativa, por meio da prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo a se observar a necessária integralidade nesta prestação entre os diferentes segmentos de assistência da mesma.⁹⁴

Cenário em que se instituiu a Portaria GM/MS n. 1.569/2007, que se debruçou sobre tais necessidades, mormente com a institucionalização da linha de cuidados ao portador de obesidade grave em todos os níveis de assistência à saúde, com a identificação dos principais determinantes e condicionantes desta patologia. Objetivando-se promover com tal feito a ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no âmbito da assistência às pessoas com obesidade, mediante a promoção de diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico especializado, em observância aos princípios que norteiam as ações e serviços públicos de saúde, em especial a universalidade, equidade e integralidade (art. 2º).⁹⁵

Para tanto, a citada Portaria estabeleceu em seu art. 3º as diretrizes para a operacionalização da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção da obesidade, especificando as ações e serviços a serem desempenhados em cada segmento para controle desta e de suas comorbidades. Englobando, na atenção primária, à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde para promoção desta, na de média complexidade, ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, arraigadas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas de qualidade.⁹⁶

A logística de atenção ao portador de obesidade, consoante previsão do referido diploma, deve ainda ser regulada de forma complementar e suplementar, pelos estados,

94 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 31 out. 2023.

95 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem

implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três **esferas de gestão**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023. 96 Ibidem.

30

Distrito Federal e municípios, haja vista a competência das três esferas de governo para o controle e avaliação das ações desempenhadas com este fim. De forma a planejarem a atuação de cada unidade federada, atendendo aos já mencionados princípios e diretrizes do SUS, discriminados no art. 7º da Lei n.º 8.080/1990, qual seja: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização e igualdade da assistência à saúde.⁹⁷

4.1.2. PORTARIAS VIGENTES NA ATUALIDADE

Com a crescente prevalência da obesidade no decurso dos anos, haja vista o aumento gradual dos índices desta no cenário nacional, coadunada ao fato de as comorbidades a esta atreladas consubstanciarem-se como a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil, delineou-se a **necessidade de** se redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento desta. Panorama diante do qual se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu tal realização como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, esmiuçando a organização e as atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde e revogando as portarias GM/MS 1.569 e 1.570/2007.⁹⁸

Neste ensejo, no que concerne às diretrizes estabelecidas para a operacionalização da rede de atenção à saúde no âmbito da prevenção e tratamento da obesidade, destaca-se a importância conferida ao diagnóstico apropriado da população assistida, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades (art. 2º, IX). Isto a partir da identificação destes indivíduos com base em seu estado nutricional e estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades (art. 2º, I e II), além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento (art. 2º, VIII).⁹⁹

Feito que norteia, inclusive, outras de suas diretrizes, a citar: a utilização de sistemas de informação para a gestão dos casos existentes, regulação do acesso aos serviços de atenção especializada e monitoramento das ações e serviços desempenhados, bem como investigação e acompanhamento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade (art.

97 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três **esferas de gestão**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

98 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 1ª.

ed., att. 2015, Brasília: CONASS, 2011, v. 04, p. 45 et seq. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf)

[uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf) . Acesso em: 01 nov. 2023.

99 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a



organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

31

2º, IV e V). Realizações que se alinham a articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde e organização da oferta de serviços, por meio da instituição de mecanismos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção e segmentos desta (art. 2º, III e VI).¹⁰⁰

Já no que diz respeito às atribuições, estas encontram-se sequencialmente dispostas no art. 4º da citada portaria, sendo discriminadas para cada segmento da rede de atenção à saúde. Isto de modo a englobar as especificações pertinentes à atenção básica (art. 4º, I), especializada e aos sistemas logísticos e de apoio (art. 4º, III), pormenorizando inclusive os subcomponentes da atenção especializada, a citar: o ambulatorial especializado (art. 4º, II, a), o hospitalar (art. 4º, II, b) e a urgência e emergência (art. 4º, II, c), de modo a promover a intersetorização da atuação, mantendo-se a colaboração e assistência entre estes.

A título de ilustração acerca destas atribuições, com relação ao componente de atenção básica (atenção primária) ressalta-se o encargo de efetuar a vigilância alimentar e nutricional da população, aliada ao desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial. Isto precipuamente através da fomentação do autocuidado dos usuários, com fins de manutenção e recuperação do peso saudável, imprimindo destaque as ações voltadas ao incentivo da alimentação saudável e prática de atividades físicas (art. 4º, I, a, b e c); e da prestação de assistência terapêutica multiprofissional, garantindo o acolhimento adequado destas pessoas (art. 4º, I, d, f e g).

Por seu turno, tendo em consideração a atenção especializada, sobretudo o subcomponente ambulatorial, observa-se a ratificação da colaboração entre os segmentos da rede de atenção à saúde, por constar dentre as suas atribuições a prestação de apoio matricial à atenção primária e gestão de pacientes dentre os demais componentes. Conjectura observada ante a incumbência deste de identificar os usuários para a realização da cirurgia bariátrica, enquanto tratamento para a obesidade, com o consequente encaminhamento destes para o subcomponente hospitalar e posterior retorno para a atenção básica, prestando assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória (art. 4º, II, a, 1 ao 7).¹⁰¹

No que diz respeito ao subcomponente hospitalar, cabe a este avaliar os casos indicados pelos setores anteriores para a realização do procedimento cirúrgico, priorizando os que possuam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde (art. 4º, II, b, 1, 2 e 3). De modo a organizar o acesso à cirurgia bariátrica, bem como às cirurgias plásticas

¹⁰⁰ Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.



101 Ibidem.

32

reparadoras que se façam necessárias e ao acompanhamento terapêutico multiprofissional pós-operatório, auxiliado pelos demais segmentos consoante as diretrizes e protocolos de encaminhamento fixados pela presente portaria (art. 4º, II, b, 3 ao 7, e art. 6º).¹⁰²

Quanto ao subcomponente da urgência e emergência, a este compete não apenas a prestação de assistência de âmbito geral, mas também às possíveis complicações atreladas ao sobrepeso e a obesidade e o acompanhamento do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos pacientes (art. 4º, II, c). Sendo o funcionamento, comunicação e colaboração entre estes componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde fomentado pelos sistemas de apoio e logística, que se comprometem com a realização de exames complementares, prestação de assistência farmacêutica e realização de transporte sanitário para o diagnóstico e tratamento da obesidade (art. 4º, III).¹⁰³

Acerca disto, no que compete à assistência farmacêutica, cumpre destacar que esta se refere aos medicamentos disponibilizados para as comorbidades e complicações associadas à obesidade, vez que o SUS, como observado na portaria ora analisada, estabelece a realização de tratamento não medicamentoso. Ao que, não fornece medicamentos que se destinam especificamente ao tratamento da obesidade pelo gerenciamento de peso, recomendados para pacientes com um IMC maior ou igual a 30 kg/m², haja vista estes não serem aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tal feito, sob a justificativa do alto custo e baixa eficácia destes medicamentos.¹⁰⁴

Superadas tais especificações, evoca-se que a referida portaria redefiniu as diretrizes **das ações de** prevenção e tratamento da obesidade e do sobrepeso e as atribuições dos componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde com fins de instituí-las como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Realização diante da qual não apenas elaborou um roteiro para a organização destas linhas de cuidado do sobrepeso e da obesidade (Anexo II), como também disponibilizou manuais instrutivos e cadernos temáticos para auxiliar em tal promoção.¹⁰⁵

102 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, **de 19 de** março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

103 Ibidem.

104 Brasil. **Ministério da Saúde**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias

no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

105 Brasil. **Ministério da Saúde**. Op.cit., 2013.

33

Ademais, impende salientar que esta Portaria, em seu Anexo I, ressaltou o fato de que o tratamento cirúrgico da obesidade, atinente a realização da cirurgia bariátrica, configura-se tão somente como parte do tratamento integral, devendo ser implementada apenas quando esgotadas as ações dos segmentos mais básicos. Isto tendo em vista que prioriza-se a promoção da saúde e o cuidado clínico longitudinal, baseado em ações de promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável, enquanto autocuidado a ser desempenhado pelos pacientes, e a prestação de assistência terapêutica multiprofissional, estabelecendo-se rígidos critérios para a realização de procedimentos cirúrgicos.¹⁰⁶

No tocante a realização da cirurgia bariátrica, destaca-se que esta é indicada, conforme disposições do supracitado anexo, para indivíduos que apresentem: a) IMC de 50 Kg/m²; b) IMC de 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, cujo tratamento clínico longitudinal, efetuado por pelo menos 02 (dois) anos, não tenha surtido efeito; ou c) IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, doenças articulares degenerativas, entre outras, cujo tratamento clínico também não tenha obtido sucesso (item I, alíneas a, b e c, do Anexo I).

Somam-se a estas indicações, elaboradas com fundamento em redefinições das constantes em portarias anteriores (PRTs 252/1999, 45/1999 e 196/2000), os rígidos critérios para a análise de sua pertinência, a citar: não responsividade ao tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, observância aos limites clínicos existentes em virtude da faixa etária do paciente, precipuamente quando se tratarem de jovens entre 16 e 18 anos e adultos com idade acima de 65 anos, bem como compreensão dos aspectos do tratamento e assunção de compromisso com todas as etapas da programação do procedimento (item I, incisos I, II e III, do Anexo I).¹⁰⁷

Neste ensejo, em concomitância à Portaria MS/GM n. 424/2013 instituiu-se a Portaria MS/GM n. 425/2013, voltada ao estabelecimento do regulamento técnico, normas e critérios para a prestação da assistência especializada de alta complexidade ao portador de obesidade, principalmente do tratamento cirúrgico desta. Tendo previsto que configuram-se como unidades de saúde próprias à tal realização os hospitais que disponham de instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos apropriados para a prestação de apoio

¹⁰⁶ Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

¹⁰⁷ Ibidem.

34

diagnóstico e terapêutico especializado, devendo tais estabelecimentos constarem na organização da aludida linha de cuidado (art. 1º e 2º).¹⁰⁸

Tendo, em compatibilidade com o quanto delineado na portaria antecedente, disposto as diretrizes para realização do tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento



pré e pós-cirúrgico (Anexo I), as normas para o credenciamento dos estabelecimentos de saúde para o desempenho destas atividades (Anexo II), além da relação de procedimentos cirúrgicos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais aprovados, **no âmbito do SUS**, para tanto (Anexo III). Outrossim, alterou as idades mínima e máxima para a realização do tratamento cirúrgico para 16, desde que respeitada a consolidação das epífises de crescimento, a 65 anos, conforme avaliação criteriosa do risco-benefício (**art. 8º, §1º e 2º**).109

No que concerne aos procedimentos inclusos pela portaria ora analisada no rol disponibilizado pelo SUS para tratamento da obesidade, menciona-se:

Tabela 6: Procedimentos incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS pela Portaria GM/MS n. 425/2013.

Procedimento	Código na tabela	Faixa etária
Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional (art. 9º)	03.01.12.008-0	16 a 65 anos
Gastrectomia Vertical em Manga Sleeve (art. 11)	04.07.01.036-0	16 a 65 anos
Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)	03.03.07.013-7	16 a 65 anos
Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)	04.07.01.037-8	16 a 65 anos
Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica (art. 13)	04.13.04.025-9	16 a 65 anos
Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica (art. 14)	04.15.02.001-8	16 a 65 anos

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 425/2013.

Observa-se, neste tom, a ratificação pelas portarias n. 424/2013 (art. 6º) e 425/2013 (art. 14) da garantia de realização dos procedimentos de cirurgias plásticas corretivas que se fazem necessários ante as deformidades corporais ocasionadas pela intensa perda de

108 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

109 Ibidem.

35

massa corporal provocada pela cirurgia bariátrica. Todavia, cumpre destacar que, malgrado não conste limitações na portaria n. 424/2013 acerca da quantidade de procedimentos reparatórios possíveis para cada paciente que tenha sido submetido ao tratamento cirúrgico, **a portaria n. 425/2013** permite o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos.¹¹⁰

Por fim, salienta-se que as PRTs de n. 424/2013 e 425/2013 encontram-se contidas na **Portaria de Consolidação n. 3**, que se trata do instrumento normativo que reúne as normas pertinentes às diferentes redes temáticas de atenção, serviço e pesquisa em saúde que compõem o **Sistema Único de Saúde**. Dispondo-se nesta as diretrizes, atribuições e disposições gerais para a operacionalização satisfatória da assistência primária e especializada **no âmbito do SUS** para as diferentes comorbidades que assolam a população brasileira.¹¹¹

4.1.3. PROJETOS DE LEI.

Ainda no âmbito da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade, evidenciou-se ao longo do presente trabalho a configuração desta patologia como problema **de saúde pública**, ante as proporções epidêmicas alcançadas, consoante se extrai dos índices por esta apresentados a nível nacional e municipal. Precipualemente se considerada a insuficiência de abordagens abrangentes e não reducionistas nas unidades de saúde, acentuada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde e a falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos. Conjuntura que explana a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta doença e a baixa resolutividade dos mesmos.¹¹²

Cenário diante do qual foi proposto o Projeto de Lei n. 3.526/2020, pelo senador Romário de Souza Faria, com o intuito de se obrigar que sejam disponibilizados equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa com obesidade pelos estabelecimentos de saúde (art. 1º), como: balanças, esfigmomanômetros, macas, cadeiras ginecológicas e odontológicas, mobiliário, vestimentas e demais materiais adequados. Isto sob o pressuposto de que estes estabelecimentos devem dispor de recursos apropriados para o

¹¹⁰ Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 425, **de 19 de** março de 2013. Estabelece regulamento

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2023.

¹¹¹ Brasil. **Ministério da Saúde**. **Portaria de Consolidação n. 3**. Consolidação das normas sobre as redes **do**

Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/Matrizesc/consolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

¹¹² Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) **do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p. 06 et



seq.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 11 nov. 2023.

36

atendimento destes indivíduos, visando a eliminação das possíveis barreiras existentes para estes protagonistas acessarem às ações e serviços **públicos e privados** de saúde.113 Ademais, dispõe-se ainda no supracitado projeto de lei que a inobservância a tal determinação configurar-se-á como infração sanitária, sendo sujeita às penalidades previstas **no inciso II, do art. 10, da Lei nº 6.437/1977**, qual seja: advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa (art. 2º). De modo que, tais estabelecimentos deverão respeitar os parâmetros técnicos estabelecidos em regulamento próprio para os espaços físicos, móveis, materiais e equipamentos médico-assistenciais que se façam necessários para o atendimento das pessoas portadoras de obesidade satisfatoriamente (§1º, art. 1º) impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes.114

A matéria atualmente se encontra na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aguardando a designação do relator do Projeto de Lei para a análise, discussão e emissão de parecer acerca da viabilidade e pertinência deste, devendo ser encaminhado posteriormente para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para decisão terminativa. Neste prisma, destaca-se que superado o prazo regimental de cinco dias úteis disposto no art. 122, II, ?c?, do Regimento Interno para a apresentação de emendas, estas não foram propostas, mantendo-se o projeto em sua integralidade e aguardando distribuição.115

Sob este mesmo enquadro menciona-se o Projeto de Lei nº 2.532/2021, proposto pelo senador Antonio Mecias Pereira de Jesus, que destina-se a alteração **do art. 6º da Lei nº 8.080/1990**, para inclusão, no âmbito de atuação do SUS, das cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica mediante indicação médica. Sendo estas a abdominoplastia e a lipoaspiração, para correção do excesso de pele e flacidez no abdômen, além da mamoplastia redutora para as hipóteses de hipertrofia mamária ou gigantomastia. Conferindo, deste modo, status de lei às garantias até então reconhecidas apenas em sede de portaria (**Portaria de Consolidação n. 3**).116

113 Brasil. Senado Federal. Projeto de **Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020**. Obriga os estabelecimentos de saúde

a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa.

Disponível em:

https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=

[1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyOD_gwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyOD_gwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..) Acesso em: 11 nov. 2023.

114 Ibidem.

115 Brasil. Senado Federal. Projeto de **Lei nº 3526, de 26 de junho de 2020**. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 11 nov. 2023.

116 Brasil. Senado Federal. Projeto de **Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021**. Disponível em: <https://legis.senado>



.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga
*N

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc
2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

37

Isto sob a justificativa de que em uma porcentagem considerável dos casos de obesidade o cuidado clínico longitudinal, baseado na promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável para redução ou manutenção do peso corporal, não se faz suficiente, indicando-se como única alternativa terapêutica a realização da cirurgia bariátrica.

Procedimento cirúrgico do qual resulta intensa perda de massa corporal, atrelada a flacidez e excesso de pele, que podem ocasionar, inclusive, limitação da movimentação, desequilíbrio da coluna vertebral e infecções cutâneas recorrentes, evidenciando **a necessidade de** realização dos procedimentos reparadores para garantia da qualidade de vida destes pacientes.117

Diferentemente do projeto anterior, que ainda se encontra pendente de aprovação pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), este já passou pela análise promovida pela CAE, a qual o aprovou, considerando que não se diagnosticou a existência de impactos financeiros com a sua aprovação, sendo compatível com as normas que regulam as finanças públicas. Isto tendo em vista que, além de estas já se encontrarem dispostas na tabela de procedimentos do SUS, ante a previsão em portarias próprias, no que pertine a integralidade de assistência, a indispensabilidade do tratamento engloba não apenas a obesidade, mas também as deformidades observadas em decorrência da cirurgia bariátrica.118

Neste tom, os mencionados projetos de lei demonstram que, em que pese encontrem-se previstas diretrizes para o funcionamento da assistência médica no âmbito da atenção primária e especializada direcionada às pessoas com obesidade e da garantia de atendimento clínico especializado, dotado de equipamentos e infraestrutura adequada, ainda não se extrai coeficientes de eficácia satisfatórios. Mormente se observado que, não obstante tenha-se incluído os procedimentos reparadores na tabela do SUS, bem como os recursos necessários para o desempenho das ações e serviços de assistência à saúde, ainda se tem **a necessidade de** alçar tal matéria ao status de lei para possibilitar exigência mais incisiva desta.

117 Brasil. Senado Federal. Projeto de **Lei n° 2.532**, 13 de julho de 2021. Disponível em: [https://legis](https://legis.senado)

.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga
*N

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc
2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

118 Brasil. Senado Federal. Parecer n° 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, **de 30 de maio de 2023**.

Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi>

on=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2
NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MDMwNy4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

38

4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO

ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

A problemática atinente a invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a **necessidade de** se esquadrihar a tutela jurídica do Estado direcionada à estas é evidenciada ante os óbices relativos ao efetivo funcionamento da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade. Compreensão esta assentada nas barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde destes indivíduos, as quais englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.¹¹⁹

Quanto a estas deficiências, menciona-se o diagnóstico nutricional tardio e deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado com adoção de modelo condizente com a abordagem terapêutica integral, reverberando na baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos. Sendo tal entrave circundado pela diminuta disponibilidade de infraestrutura física e equipamentos adequados ao atendimento do indivíduo com obesidade nas unidades de saúde, sobretudo os pertinentes ao diagnóstico e implementação do processo de cuidado, a citar: balanças, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas, estetoscópio, esfigmomanômetro, dentre outros.¹²⁰ No tocante à infraestrutura voltada à assistência à saúde ao portador de obesidade no município de Salvador, não se observa nesta o dinamismo necessário para a efetiva implementação de ações e serviços inerentes à prevenção, diagnóstico e tratamento desta enfermidade. Isto especialmente no que concerne aos serviços do setor diagnóstico e terapêutico, vez que em que pese as disposições da Portaria MS/GM n. 424/2013, acerca da imprescindibilidade do acompanhamento médico e diagnóstico adequado, no Plano **Municipal de Saúde** não se verifica menção a tal promoção.¹²¹

119 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) **do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

120 Ibidem, p. 06 et seq.

121 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

39

Quanto a esta premissa, ressalta-se que não obstante tenha se aumentado a disponibilidade de equipamentos de diagnóstico nas unidades municipais de saúde no ano de 2020, não há alusão à capacidade destes para atendimento das pessoas com obesidade e suas especificações dimensionais. Sobre isto, dentre os equipamentos disponibilizados há o tomógrafo e o aparelho de ressonância magnética, que em certos quadros clínicos demandam



especificações métricas diversas para que sejam capazes de comportar o biotipo destes, além do ultrassom convencional, quando o apropriado a determinados casos de obesidade é o ecoendoscópio, em decorrência das dificuldades ocasionadas pelo panículo adiposo.¹²² Ainda no que tange a estes serviços de apoio diagnóstico e terapêutico discriminados no citado plano, salienta-se a ausência de tópico particularizado ou menção em aspecto geral à promoção de procedimentos ou aquisição de aparelhos apropriados ao atendimento destes protagonistas. Não havendo neste, ou sequer no Plano Municipal de enfrentamento das DCNTs, a indicação das medidas a serem adotadas para a avaliação clínica do paciente portador de obesidade, com o consequente correlacionamento com as comorbidades para as quais se estabelece como fator de risco, acaso existentes.¹²³ Condição delicada que inflama ainda outra vertente atrelada a dificuldade de acesso aos **serviços de saúde** e adesão aos processos terapêuticos, que se trata do consequente constrangimento experimentado por estes indivíduos quando desta tentativa frustrada, o que ocasiona um desestímulo à procura por assistência médica especializada. Tendo-se como fomento a esta conjuntura a perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, que responsabilizam estes pacientes pelo quadro clínico apresentado e equivocadamente associam a obesidade ao desleixo e/ou ausência de comprometimento com o cuidado da saúde e manutenção do peso, em que pese a origem multifatorial e complexa desta.¹²⁴ Comportamento que acaba por atravancar a procura por acompanhamento médico e tratamento adequado, tendo em vista a ausência de atendimento humanizado e acolhedor em relação a estes indivíduos. Mormente se considerado que tais pessoas se sentem

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

122 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano **Municipal de Saúde** de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 223 et seq. Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I

_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 nov. 2023.

123 Ibidem, p. 261 et seq.

124 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) **do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.06.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

40
pressionadas e continuamente julgadas, ante os estereótipos estéticos reverberados pela sociedade e a crítica constante quanto a suposta ausência de cuidado para que se atingisse tal biótipo corporal. Quando, em verdade, isto é influenciado não apenas por hábitos alimentares dos indivíduos e sua frequência na prática de atividades físicas, como já mencionado.¹²⁵ Nesta toada, o despreparo dos profissionais para lidar com a complexidade da obesidade, ante ao estigma atrelado a esta que inobserva os fatores genéticos, metabólicos,



sociais e culturais que influenciam na sua ocorrência, enseja em um atendimento deficitário que não se atém a análise atenta das particularidades e necessidades destes indivíduos.¹²⁶ Inobservando-se, desta maneira, as diretrizes traçadas pela mencionada portaria para o atendimento, cuidado clínico e prestação de assistência terapêutica multiprofissional que garanta o acolhimento adequado destes (art. 2º, I, II, V, VI, VIII, IX e X).¹²⁷

Sob este prisma, adere-se ainda a esta espiral de problemáticas o fato de que a busca por **serviços de saúde** por parte deste público é motivada, via de regra, por outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, haja vista esta se consubstanciar como fator de risco para o seu desenvolvimento. Havendo, diante disso, uma alta demanda para a realização de atendimento curativo e individual relativo a estas, sem que se efetue um diagnóstico mais aprofundado e completo, com análise das particularidades do paciente e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado.¹²⁸

Óbices que dificultam o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado dos mesmos, que é tangenciado por efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos sobre estes. Circunstância que reforça **a necessidade de** aprimoramento, especialmente na rede de atenção primária, da disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos

125 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) **do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

126 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

127 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, **de 19 de** março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude)

[/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 nov. 2023.

128 Brasil. **Ministério da Saúde**. Op.Cit., 2022, Loc. cit.

41

adequados para o atendimento, que ainda se demonstra escasso, em que pese tal classe consubstanciar-se como parcela significativa da população.¹²⁹

No que se refere à atuação na rede de atenção primária à saúde no município de Salvador, cumpre observar que esta se atém a redução dos riscos de adoecimento relacionados à alimentação e nutrição disposta na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Adotando, para tanto, procedimentos atinentes à Vigilância Alimentar e Nutricional



nesta proposta, voltada ao diagnóstico e monitoramento do estado nutricional da população, cuja procedimentalização se encontra adstrita às ações relativas ao SISVAN nas unidades básicas de saúde do município.¹³⁰

Realizações estas compatíveis com parte das atribuições discriminadas pela Portaria n. 424/2013 para este segmento (art. 4º, inciso I, alíneas a, b e c). Porém, como tecido anteriormente, com base no cenário delineado pelos dados disponibilizados ao acesso público, não se observa na atuação municipal a prestação de assistência terapêutica multiprofissional e a garantia de acolhimento adequado aos indivíduos portadores de obesidade. Feitos indicados pela citada portaria como atribuições da rede de atenção primária perante a linha de cuidado instituída para prevenção e tratamento da obesidade (art. 4º, inciso I, alíneas d e g).¹³¹

Neste diapasão, detendo-se a atenção à referida linha de cuidado, cumpre rememorar que a instituição desta pelas unidades federativas, em condição prioritária na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas, foi também estabelecida pela Portaria n. 424/2013, ao redefinir as diretrizes pertinentes a esta temática.¹³² Possuindo como finalidade a oferta de ações e **serviços de saúde** de modo integrado e harmônico entre os diferentes segmentos que compõem a RAS (atenção básica/primária e especializada de média e alta complexidade), garantindo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado clínico.¹³³

129 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) **do Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

130 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

131 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, **de 19 de** março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

132 Ibidem.

133 Brasil. **Ministério da Saúde**. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em:

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

42

Todavia, nem todos os estados a implementaram, vez que apenas o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Acre, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe a instituíram, ao tempo que os estados de Alagoas, Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí e Tocantins estão debatendo e trabalhando para a instituição desta, não tendo sido encontradas até o presente momento informações acerca da efetiva instituição das mesmas.

Neste tom, destaca-se que não foram disponibilizados dados e informações acerca da implantação de uma linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade no estado da Bahia. O único documento encontrado acerca da gestão de atendimento e cuidado desses indivíduos trata-se do Protocolo de atendimento e acompanhamento de pessoas com obesidade elaborado pelo Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), com o intuito de regular os critérios de encaminhamento de pacientes para este.¹³⁴

Nota-se, assim, uma deficiência na implantação de protocolos e fluxos de cuidado nas instâncias iniciais de atendimento da rede de atenção primária à saúde (APS) no Estado da Bahia, que reverbera na gestão promovida pelo Município de Salvador, não se observando uma atuação preventiva a obesidade de modo a evitar o agravamento da condição clínica e desenvolvimento de outras comorbidades. Quanto a isto, não foram disponibilizados nos bancos de dados e documentos de acesso público informações relativas ao abastecimento e suficiência de equipamentos necessários para o atendimento, diagnóstico e tratamento da obesidade, bem como formação e capacitação de profissionais da saúde.

Noutro tom, em meio a este crítico cenário é válida a menção à instituição do Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), o qual oferece uma rede integrada de atenção ao paciente, com atendimento multidisciplinar em áreas referentes ao desenvolvimento de possíveis complicações e comorbidades a estas atreladas. O mesmo apresenta uma atuação integrada a das demais unidades de saúde que compõem a rede de atenção primária, as quais realizam a interlocução e encaminhamento dos pacientes. No entanto, este apresenta critérios restritivos para a admissão, englobando:¹³⁵

Paciente de 18 a 60 anos com obesidade grau 3 (IMC \geq ou = 40) com ou sem comorbidades ou grau 2 (IMC entre 35 e 40) com pelo menos duas comorbidades

134 Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência

ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

135 Ibidem.

43

relacionadas ao excesso de peso, desde que estejam sensibilizados e predispostos a fazer mudanças de estilo de vida visando perda ponderal e com acompanhamento regular na Atenção Primária por pelo menos 01 ano. 136

Ademais, destaca-se que no ano de 2020 foi incorporado ao Hospital Municipal de Salvador (HMS) o serviço de cirurgia bariátrica, compreendido como um



importante meio de tratamento da obesidade e suas comorbidades. Integrando-se nesta área de atuação com o citado Cedeba, instituído décadas antes (24/03/1994), cujo ambos dispõem de uma equipe composta de médicos, endocrinologistas, psicólogos e nutricionistas voltados ao acompanhamento destes indivíduos para a identificação da adequação do procedimento e sua consequente realização.¹³⁷

Neste ensejo, entende-se pela observância às atribuições do componente de atenção especializada quanto à identificação de casos de realização do procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhamento destes para as unidades apropriadas para tal promoção, ante ao esgotamento das possibilidades terapêuticas na APS (art. 4º, inciso II, alínea a, itens 1, 2 e 3). Contudo, não se tem menção ao importante acompanhamento terapêutico multiprofissional no pós-operatório a ser desempenhado na rede de atenção especializada hospitalar (4º, inciso II, alínea a, itens 5 e 6, c/c alínea b, itens 1, 3 e 5).¹³⁸

5. CONCLUSÃO.

O presente trabalho se propôs a esquadrihar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto ante a potencial invisibilização desses indivíduos no sistema de saúde, em que pese a existência de instrumentos normativos que versam especificamente acerca

136 Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao>

-de-criterios-de-matricula.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

137 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano **Municipal de Saúde** de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 277 et seq. Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I

_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 nov. 2023.

138 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

44

desta matéria, os quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos diferentes níveis que compõem esta rede de assistência, a citar: as Portarias MS/GM n. 424 e 425/2013.

Neste ensejo, impende destacar o reconhecimento desta doença como problema **de saúde pública**, haja vista que além dos altos índices de incidência apresentados, que já alcançam proporções epidêmicas, esta se consubstancia como fator de risco para o

desenvolvimento de outras DCNTs, a citar: hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias. Enfermidades que, inclusive, são as responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade desta capital, conforme dados disponibilizados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), o que evidencia os impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, interferindo na duração e qualidade de vida destes protagonistas.

Ademais, salienta-se ainda os drásticos impactos financeiros exercidos pelos gastos com esta patologia no sistema de saúde, o qual exige um considerável despendimento econômico por parte do Estado, que já alcança a monta de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo-se significativamente o orçamento estatal para estes gastos. Panorama geral que evidencia a **necessidade de** se debater a eficácia dos instrumentos normativos existentes acerca da matéria, de modo a potencializar a estruturação da rede de atenção primária e especializada voltada à prevenção e tratamento da obesidade e a garantia de acesso à saúde de qualidade, enquanto direito fundamental constitucionalmente assegurado.

Neste tom, este trabalho foi desenvolvido mediante a aplicação do método de pesquisa bibliográfica, lastreada em material publicado a respeito da temática, especialmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde, relatórios publicados em plataformas governamentais e legislação existente acerca da matéria. Tendo se utilizado, ainda, de abordagem metodológica qualitativa, voltada ao entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo de Karl Popper, cujas hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a identificação da solução do problema de pesquisa explicitado.

Sob este prisma, para se alcançar uma compreensão da realidade acerca dos efeitos da aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e da necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades dos indivíduos com obesidade, estabeleceu-se quatro objetivos específicos. Sendo o primeiro pertinente a identificação da regulamentação do direito à saúde, do seu status no ordenamento jurídico e quais os meios e sistemas elaborados pelo Estado para a efetivação do acesso à saúde, enquanto garantia de um mínimo existencial nesta esfera.

45

No que concerne a este, observou-se que a regulamentação geral do direito à saúde encontra-se disposta na Constituição Federal, em que é reconhecida como um direito social, nos termos **do art. 6º, e** elevada a condição de direito fundamental. Sendo que, no referido diploma, esta matéria encontra-se disciplinada em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, que estabelecem as normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira. Visando-se a garantia e ampliação do acesso às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de prestações materiais positivas e providências jurídico-normativas.

Conjuntura sob a qual foi criado o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, de caráter universal, integral e descentralizado, que encontra-se disposto no art. 198 do diploma constitucional e é regulamentado de forma mais específica nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990 que delineiam o arcabouço legal e principiológico para seu funcionamento. Isto enquanto suporte para a efetivação da política de saúde do país, por estabelecer um conjunto de ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

No que concerne ao segundo objetivo específico, este refere-se à análise das principais estratégias formuladas pelo sistema público de saúde para o controle do número de casos de obesidade no país, atendo-se à identificação das bases legais existentes acerca da matéria. Tendo-se, nesta oportunidade, verificado a instituição de uma série de portarias atinentes à estruturação da rede de atenção primária e especializada do SUS para atendimento destes indivíduos, as quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos segmentos que a compõem para a prevenção e tratamento da obesidade.

Sendo que, nas Portarias mais recentes (PRTs MS/GM n. 424 e 425/2013) foi conferida maior relevância a realização do diagnóstico apropriado dos pacientes, centrado nas particularidades e necessidades destes, mediante identificação de seu estado nutricional e estratificação consoante a presença de outros fatores de risco e comorbidades. Isto além da importância creditada ao acompanhamento terapêutico adequado, com encaminhamento para serviço especializado e adoção de modelo com abordagem terapêutica integral e intersetorial, malgrado não se observe a efetivação destas realizações no município de Salvador.

No que tange ao terceiro objetivo específico, convergente a verificação de como se dá a operacionalização dos eixos estratégicos para que abarque as necessidades da população obesa assistida, tal informação encontra-se também disciplinada na Portaria n.

424/2013. Isto considerando que, como discorrido no desenvolvimento deste trabalho, esta engloba as principais atribuições dos níveis de atenção básica, especializada e dos sistemas

46
logísticos e de apoio à saúde, esmiuçando inclusive os encargos dos subcomponentes da atenção especializada (ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência), ao estabelecer as atividades a serem desempenhadas intersetorialmente nestes.

Já no que diz respeito ao quarto e último objetivo específico, pertinente a identificação das barreiras enfrentadas para a garantia do acesso à saúde às pessoas com obesidade, sobretudo nesta capital, constatou-se: a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas no âmbito de atendimento médico, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a infraestrutura física e equipamentos adequados ao acompanhamento destes indivíduos nas unidades de saúde. Deficiências agravadas pelo diagnóstico nutricional tardio e deficitário, ante a perspectiva culpabilizadora e despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a complexidade da obesidade, que desestimula a procura por assistência médica especializada. Aglutina-se ainda a este encadeamento a questão da busca por ações e **serviços de saúde** ser motivada, majoritariamente, pela manifestação de outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, que em sua maioria não são correlacionadas com a mesma. Dificultando-se, desta forma, o diagnóstico mais aprofundado, com análise das particularidades dos pacientes e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado, com a consequente garantia de uma melhor qualidade de vida para estes.

Informações estas que comungam com as alegadas limitações diagnósticas e terapêuticas indicadas em virtude da inobservância de importantes disposições previstas nas aludidas portarias, que se destinam a operacionalização das ações e serviços de prevenção e tratamento da obesidade. Considerando que, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão **pública no âmbito** da saúde, ainda se nota a precariedade no que tange ao diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado, sendo tal conjuntura circundada pela parca



disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos adequados. Confirmando-se, assim, as hipóteses levantadas acerca da problemática. Diante de tudo quanto exposto, observa-se que no tocante a conjuntura analisada não se faz necessária a elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, mas sim a implementação efetiva das disposições das portarias já existentes que regulam a matéria. Isto tendo em vista que, as previsões nestas existentes já se debruçam sobre as necessidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional, ante a busca por profissionalização do corpo de trabalho que a compõe.

47

Sendo estabelecido por estas, ainda, toda a divisão de atribuições entre os diferentes segmentos que a integram, de forma a corroborar com a colaboração entre estes, possibilitando uma atuação intersetorial e dinâmica, com assistência não apenas reparativa, mas também preventiva, atendendo às disposições gerais tecidas quanto à garantia do direito à saúde. Note-se que, até mesmo os projetos de lei elaborados nesta esfera voltam-se a busca de garantia de coeficientes de efetividade de disposições já constantes nas mesmas, seja em relação ao atendimento especializado com infraestrutura adequada ou a autorização e custeio de cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica. Necessita-se, portanto, especialmente **no âmbito do** município de Salvador, da efetiva implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes. Isto porque, conforme se extrai das informações sobre a atuação municipal, angariadas nas plataformas de dados governamentais disponíveis e nas documentações disponibilizadas ao acesso público, especialmente os planos municipais de saúde e de enfrentamento às DCNTs, este ainda não implementou as principais medidas para acompanhamento destes indivíduos. Neste diapasão, salienta-se que em que pese as tentativas, não foram encontradas ou fornecidas maiores informações acerca da instituição, no município, da linha de cuidado voltada especialmente para a prevenção e tratamento da obesidade, bem como das políticas públicas implementadas visando tal feito ou dos processos de cuidado direcionados ao acompanhamento deste público. Ademais, não se disponibilizou também dados acerca da infraestrutura técnica, profissional e material existente no município para a devida prestação da assistência médica a ser direcionada a esta parcela substancial da população, sendo esta ausência de acesso ou existência a informação também compreendida como tal. Circunstância diante da qual se propõe que, para pesquisas futuras, se angarie mais informações acerca da gestão desempenhada no município no âmbito da rede de assistência primária e especializada do SUS, com destaque às ações e serviços implementados por este para prevenção e tratamento da obesidade. Sobretudo, se houve a instalação de uma linha de cuidado prioritária específica para esta esfera, como discriminado nas portarias vigentes acerca da temática, ou se há planos para a sua futura implementação, com a adoção do plano de atribuições nesta discriminados.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pf . Acessado em 09 de março de 2023.

Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006.

Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Pro-tocolo-obesidade-com-atualizacao-de-criterios-de-matricula.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Obesidade e Sobrepeso. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em 27 de agosto de 2023.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivi_l_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

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

correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9di>cas. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005. Disponível em:

https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em: <https://atencaobasica.sau.de.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.htm l. Acesso em: 15 out. 2023.



Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia **no âmbito do SUS**. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três **esferas de gestão**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_ab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.



Brasil. Senado Federal. Matérias Bicamerais: Projeto de **Lei n° 3526, de 2020**. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, **de 30 de maio de 2023**. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&disposition=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MzA.Ny4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Projeto de **Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020**. Obriga os estabelecimentos de saúde a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA.. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&n_umero_Processo=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 **de maio de 2023**.

CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI_A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021. Disponível em <https://www.textocontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a **saúde pública no brasil**: Visão crítica sob a óptica tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 111-153, 3 nov. 2020.



Malta, Deborah Carvalho. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de **serviços de saúde**: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Revista **de Saúde Pública**. São Paulo, 2017;51 Supl 1:4s, p. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2023.

Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020.

Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006.

Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Corso, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Revista de Nutrição. Campinas: V. 17, out./dez., 2004, p.01. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano **Municipal de Saúde** de Salvador 2022-2025. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Souza, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em:



17 set. 2023.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.



=====

Arquivo 1: [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Arquivo 2: <https://bvs.saude.gov.br> (380 termos)

Termos comuns: 24

Similaridade: 0,18%

O texto abaixo é o conteúdo do documento [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Os termos em vermelho foram encontrados no documento <https://bvs.saude.gov.br> (380 termos)

=====

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
GRADUAÇÃO EM DIREITO

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

Salvador

2023

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA



TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

TCC apresentado ao Programa
de Graduação em Direito da
Universidade Católica do
Salvador, como requisito
parcial para a obtenção do grau
de bacharel em direito.

Orientador: André Quadros
Côrtes, Mestre em Políticas
Sociais e Cidadania.

Salvador
2023

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

RESUMO

O presente trabalho se propôs a analisar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde direcionado às pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto no intuito de se esquadriñar a aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema **de saúde e** a necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades destes indivíduos. Interesses estes fundados nos desafios e barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços pertinentes à promoção, proteção e recuperação da **saúde da população** obesa, que englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional. Para tanto aplicou-se o método de pesquisa bibliográfica, embasada em material publicado a respeito da temática, particularmente livros, periódicos, artigos, cadernos **de saúde e** relatórios extraídos de plataformas governamentais. Utilizando-se, ademais, de abordagem metodológica qualitativa, focada no entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para identificação da solução do problema de pesquisa explicitado. Sob este enquadro, a análise realizada evidenciou a prescindibilidade de elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, vez que, em verdade, faz-se necessária a implementação efetiva das disposições constantes nas portarias já existentes acerca da matéria. As quais se debruçam sobre as particularidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional. Conjuntura sob a qual delinea-se a necessidade, mormente no âmbito do município de Salvador, de implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; DCNTs; Comorbidades; Saúde; SUS; Prevenção; Diagnóstico; Tratamento; Atendimento; Acompanhamento; Infraestrutura; Estigma; Atenção Primária; Atenção Especializada; Mortalidade; Morbidade; Portarias; Eficácia.

ABSTRACT

The present work proposed to analyze the effectiveness coefficients of the legal protection of the right to health aimed at people with obesity in the Municipality of Salvador, especially with regard to the actions and services performed in the primary and specialized care network of the SUS. This is in order to investigate the apparent invisibility of people with obesity in the health system and the need or not to develop legislative instruments specifically aimed at the needs of these individuals. These interests are based on the challenges and barriers identified for the offer and implementation of actions and services relevant to the promotion, protection and



recovery of the health of the obese population, which include the absence of comprehensive and non-reductionist approaches, accentuated by the lack of or insufficient access to medical equipment and professional qualification. To this end, the bibliographical research method was applied, based on published material on the topic, particularly books, periodicals, articles, health notebooks and reports extracted from government platforms. Furthermore, using a qualitative methodological approach, focused on understanding and evaluating the research object, linked to the hypothetical-deductive method, in which the formulated hypotheses are subjected to the falsification process to identify the solution to the explained research problem. Under this framework, the analysis carried out highlighted the unnecessary development of new normative instruments to establish guidelines and operationalize SUS health care networks, since, in truth, it is necessary to effectively implement the provisions contained in the ordinances already existing information on the subject. Which focus on the particularities to be observed so that adequate diagnosis of the obese population can be promoted, with specialized monitoring, equipped with technical and professional infrastructure. Situation under which the need is outlined, especially within the scope of the municipality of Salvador, to implement the guidelines and attributions contained in the Ordinances and National Policies drawn up on the subject, such as the institution of the line of care for the prevention and treatment of overweight and obesity, among other achievements in these constants.

Key words: Obesity; Overweight; NCDs; Comorbidities; Health; SUS; Prevention; Diagnosis; Treatment; Service; Follow-up; Infrastructure; Stigma; Primary attention; Specialized Care; Mortality; Morbidity; Ordinances; Efficiency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.	5
2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	8
2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.	8
2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	12
3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL	21
4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26



4.1.1. Portarias instituídas anteriormente para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade	26
4.1.2. Portarias vigentes na atualidade.	30
4.1.3. Projetos de lei.	35
4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	38
5. CONCLUSÃO.	43

5

1. INTRODUÇÃO

A saúde se consubstancia como um direito social, assim reconhecida no art. 6º da Constituição Federal, que a elevou à condição de direito fundamental, dotando-lhe de força normativa e vinculante.¹ Cenário este que exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, para se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos termos do art. 196 da CF.² Enquadro lógico sob o qual foi criado o **Sistema Único de Saúde** (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado (art. 198, da CF), enquanto suporte à efetivação da **política de saúde** no país.³ Tal sistema é responsável pela atenção à saúde da maioria dos cidadãos, englobando um conjunto de serviços ambulatoriais, terapêuticos e pré-hospitalares de urgência e emergência especializados.⁴ Todavia, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda tem se demonstrado exígua. Tendo a referida patologia se tornado um problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas que têm alcançado em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas quando do atendimento primário.⁵ A título de contextualização, salienta-se que a obesidade se trata de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa que representa o aumento excessivo de tecido adiposo no organismo, haja vista apresentar um excesso no Índice de Massa Corporal (Superior a 30 kg/m²).⁶ Dentre as suas causas, alberga fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos, dos quais a literatura científica

1 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

2 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da

Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

3 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

4 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS



UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2_saud_soci_e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

5 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

6 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity

.

Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

6

destaca como principais a inatividade física, a redução do consumo de alimentos básicos e a maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar.⁷

Esta, em decorrência das suas complicações metabólicas, se configura ainda

como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, as quais não são correlacionadas a um diagnóstico apropriado, ante a

deficiente estrutura de atendimento.⁸ O que reverbera na ausência de encaminhamento para serviço especializado, com adoção de modelo adequado à abordagem terapêutica integral, que

se constituem como importantes aspectos para a redução da morbimortalidade das pessoas com obesidade.⁹

Quanto a isto, nota-se que consoante dados apontados pelo Sistema de

Informações **da Atenção Básica** (SISAB), apenas 2,5% do total de atendimentos individuais são voltados à condição avaliada como obesidade.¹⁰ Conjuntura esta incongruente com os índices

apresentados no ano de 2023 nos relatórios públicos emitidos pelo Sistema de Vigilância

Alimentar e Nutricional (SISVAN) do **Ministério da Saúde**, que indicavam que

aproximadamente 34.51% dos indivíduos adultos já possuem diagnóstico de excesso de peso,

20.65% de Obesidade Grau I, 8.23% de Obesidade Grau II e 4.37% de Obesidade Grau III.¹¹

Contexto que se reproduz no município de Salvador, cujo os índices

apresentados neste relatório indicam que aproximadamente 33.1% dos indivíduos adultos

possuem diagnóstico de sobrepeso, além de apresentar porcentagens ligeiramente mais altas de Obesidade Grau I (21.68%), Obesidade Grau II (9.42%) e Obesidade Grau III (5.05%), se

comparada com os índices nacionais. Circunstância sob a qual se observa que os atos

normativos elaborados não transparecem coeficientes de eficácia válidos, especialmente no que concerne ao cuidado direcionado a estes protagonistas neste município.¹²

Ratifica-se, desta forma, a premissa tecida acerca da precariedade de

diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento, que ainda é circundada pela parca

7 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. Cadernos



de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

8 Ibidem.

9 Brasil, **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado **da pessoa com** doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

10 Ibidem, p.11.

11 Brasil, **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

12 Ibidem.

7

disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade. Particularmente aqueles voltados ao rastreamento e implementação do processo de cuidado, tais quais: balanças, macas e cadeiras adequadas, fita métrica, esfigmomanômetro, dentre outros. Condições observadas não obstante tais indivíduos representarem porcentagem significativa da população, consoante delineado linhas alhures.¹³

Sob este prisma, impende ainda ressaltar que o fato de a obesidade se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs exerce drásticos impactos nos índices de morbidade e mortalidade, bem como nas finanças pertinentes ao sistema de saúde. Tendo se contabilizado em estudo elaborado sobre a temática que do orçamento de R\$6,77 bilhões gastos anualmente com estas, cerca de R\$1,49 bilhões são atribuídos ao excesso de peso e obesidade. Percentual este que se mantém considerável no que tange ao número de mortes (128,71 mil), hospitalizações (495,99 mil) e procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS (31,72 milhões), o que denota a sobrecarga deste sistema.¹⁴

Neste ensejo, tem-se traçada a necessidade de priorização e revisão dos aspectos estruturais da rede de atenção à saúde do SUS, no âmbito primário e especializado, essencialmente no que concerne à organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade delineada nas portarias já elaboradas sobre a matéria.¹⁵ Contexto este que influenciou a elaboração do presente trabalho, o qual tem como objetivo analisar se, diante do cenário exposto, faz-se necessária a elaboração de novos instrumentos legislativos de atenção à saúde voltadas especificamente as particularidades destes indivíduos, ou se, em verdade, se trata da necessidade de efetivação dos já existentes.

Atrelando-se tal questionamento, ainda, a indagação de como esta possível invisibilização no sistema público de saúde reverbera em consequências tangenciais à garantia do direito à saúde e, como sequela, a uma ampla qualidade de vida. Isto em virtude de se ter, dentre os princípios fundamentais desta República, a dignidade da pessoa humana, que reverbera na garantia das necessidades vitais do ser humano, englobando o acesso à saúde permeada em ações e serviços de qualidade. Questionamento este existente em decorrência da



13 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.16. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

14 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado.

Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

15 Brasil. **Ministério da Saúde**. Op.cit., 2022, p.13.

8

ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas e da precariedade de diagnóstico e encaminhamento para atendimento apropriado destes indivíduos no sistema de saúde.16

Fundado neste intuito, o presente trabalho se consubstancia como uma reflexão e estudo decorrente da aplicação do método de pesquisa bibliográfica, subsidiada em material publicado acerca da temática, em especial livros, artigos e periódicos, bem como na legislação existente, que corroboraram para a constatação e deslinde da problemática identificada. Isto além do levantamento de dados quantitativos, vez que se analisará material lastreado em dados publicados pelo governo federal e municipal sobre os índices de obesidade, atendimento, diagnóstico e disponibilização de tratamento.

Tendo se utilizado, para tanto, de abordagem metodológica qualitativa, voltada à compreensão e avaliação do objeto de pesquisa. Isto considerando as características da situação, avaliando e medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito da problemática analisada, qual seja: a potencial invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde, sobretudo no que concerne à rede de atenção primária e especializada do SUS, à luz dos instrumentos legislativos existentes.

Sob este enquadro empregou-se o método hipotético-dedutivo de Karl Popper, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a construção da solução do problema de pesquisa narrado e, posteriormente, são confirmadas ou refutadas. De forma que, com o desenvolvimento da referida discussão, foi construída a argumentação finalística deste e estabelecida a sua conexão com a conjuntura fática observada hodiernamente.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.

A adoção do modelo de bem-estar social pela federação brasileira, em que se observa uma intervenção mais incisiva do Estado no intuito de se assegurar aos indivíduos o

16 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

9

acesso a serviços assistenciais básicos, com a consequente disposição da saúde como um direito social (art. 6º da CF), alçou-a à condição de direito fundamental. Posição esta que lhe confere caráter vinculante e normativo, dotado de exigibilidade perante aos seus titulares, enquanto meio para se garantir o mínimo existencial necessário para uma vida digna, em compatibilidade com os fundamentos fixados para o país no artigo 1º da Constituição (CF).¹⁷

Neste tom, o direito à saúde encontra-se compreendido em um bloco

integrado, ainda, pelos direitos à previdência e à assistência social, relativos à área de atuação da seguridade social.¹⁸ A qual estabelece um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas à proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à tríade de garantias citadas acima, consoante disposto no art. 194 da Constituição.¹⁹

Observando-se, a partir desta perspectiva, a atuação de diversos órgãos da administração pública direta e indireta e de atores políticos atrelados às ocupações desta no âmbito federal, distrital, estadual e municipal de forma regionalizada e hierarquizada.²⁰

Cenário sob o qual se exige do Estado a atuação de forma preventiva e

reparativa, por meio da implementação de políticas públicas, de modo a se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.²¹ Sendo a matéria tratada no diploma constitucional, em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, os quais estabelecem uma série de normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira,²² com prestações materiais positivas do Executivo e providências jurídico-normativas do Legislativo.²³

Nesse sentido, ratificando o quanto esposado, vejamos as premissas tecidas por Alexandre de Moraes acerca da matéria que explanam a lógica em voga:

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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

17 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

18 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica

tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 119, 3 nov. 2020.

19 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

20 Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006, p. 496.



21 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

22 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. Op.cit., 2020, p. 121.

23 Cunha Júnior, Dirley. Op.cit., 2012, p.767 et seq.

10

(CF, art. 196), sendo 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 por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).²⁴

Note-se que o art. 196 da CF, além de estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, destaca a finalidade de sua atuação neste campo, atrelando-a à redução do risco de doenças e de outros agravos²⁵. Compreensão esta ratificada no tema de Repercussão Geral de n. 793, em que o Supremo Tribunal Federal (STF) inseriu o tratamento médico adequado dentre o rol de deveres estatais, assim como fixou a responsabilidade solidária dos entes federados. O que corrobora com a premissa de atuação regionalizada e hierarquizada dos entes políticos a nível federal, estadual, distrital e municipal quanto à garantia de acesso universal e igualitário à saúde e seus desdobramentos.²⁶

Tal feito, pois, encontra-se pautado na descentralização da atuação das esferas de governo no âmbito do direito à saúde, atinente às áreas de operação dos entes políticos no atendimento integral da população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.²⁷ Isto porque, a efetivação deste direito compreende não apenas a disponibilização de hospitais ou postos públicos de saúde devidamente equipados para atendimento, mas também o fornecimento de medicamentos e profissionais qualificados para a prestação de serviços públicos desta estirpe.²⁸

À vista disso, visando conferir maior efetividade à **política de saúde** do país foi instituído o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, previsto no art. 198 da CF e regulamentado de modo mais específico nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que fornecem o arcabouço legal e principiológico para a sua operacionalização. Definindo-se tal sistema como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em conformidade com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.²⁹

24 Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 537.

25 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

26 Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever

de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProc>

esso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

27 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Op.cit. Acesso em: 09 mar. 2023.



28 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.769 et seq.
29 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

11

Ratificando o quanto esposado, vejamos as considerações tecidas pelo doutrinador Dirley da Cunha Júnior acerca da matéria explanam a lógica em voga:

Visando a execução das políticas públicas de saúde, a Constituição instituiu um **sistema único de saúde** (SUS), que passou a compreender todas as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (art. 198). (...) Nada obstante ser de atribuição do Poder Público, a Constituição facultou a assistência à saúde à iniciativa privada (art. 199), de modo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do **sistema único de saúde**, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.³⁰

As LOS comportam, desta forma, disposições no tocante à participação da comunidade na sua gestão e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados a sua manutenção (Lei nº 8.142/90). Além de esmiuçarem o quanto externado no art. 198, indicando as condições para a atuação do SUS, especialmente ao estabelecerem o modo de organização e funcionamento dos serviços prestados e instituírem os objetivos, competências e atribuições do mesmo (Lei nº 8.142/90).³¹ Reforçando, assim, a adoção de um sistema público e **universal de saúde**, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³²

Seguindo este enquadro lógico, destacam-se dois importantes princípios delineados nos incisos I e II, do art. 7º, da referida lei 8.080/1990. São eles, respectivamente: o da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e o da integralidade desta, compreendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema. Destacando-se a sua importância por reforçarem a adoção de um sistema público e **universal de saúde**, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³³

30 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

31 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.



32 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 10.

33 Ibidem, loc.cit.

12

Sob esta ótica, confere-se destaque ao objetivo disposto no art. 5º, III, da Lei n. 8.080/1990, que estabelece a prestação de assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como atribuições do SUS³⁴. O qual, para desempenhar de modo satisfatório tal encargo, abarca uma série de serviços, a citar: rede hospitalar de média e de alta complexidade, serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, serviços ambulatoriais especializados e serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, incluindo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Portando-se, hegemonicamente, como responsável pela maioria dos cidadãos brasileiros no âmbito da garantia ao direito à saúde³⁵.

Entretanto, a despeito do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem se demonstrado insuficiente e insatisfatória. De modo que, tal patologia tem se estabelecido como um problema de saúde pública, ante as suas proporções epidêmicas e a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, sendo tal questão matéria de discussão dos tópicos adiante delineados.³⁶

2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

Atendo-se a base principiológica concernente a institucionalização do SUS, principalmente no que tange a integralidade na prestação **dos serviços de** saúde, nota-se a instituição de três segmentos relativos à atenção à saúde, a citar: (a) atenção primária, (b) de média e (c) de alta complexidade, cujo estas duas últimas integram a rede de atenção especializada.³⁷ A aludida organização presta-se a melhor estruturação dos serviços

34 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

35 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_soci

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

36 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível



em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .
Acesso em: 09
mar. 2023.
37 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.
ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 11.
13

disponibilizados, atentando-se a diferenciação de densidade tecnológica e custos envolvidos com os agravos médicos que cada campo visa atender.³⁸

A atenção primária à saúde (APS) se consubstancia como o eixo orientador do SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde e abarcando um conjunto de ações que incluem prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, mediante o emprego de tecnologia de baixa densidade.³⁹ Dispondo, em virtude disto, de insumos e equipamentos necessários à resolução dos problemas e agravos de maior frequência e baixa complexidade, assim como dos meios para o encaminhamento a serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.⁴⁰ Ratificando as informações elencadas, vejamos as asseverações elaboradas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde acerca da infraestrutura de atendimento desta:

[...] na mesma portaria, quando é descrita a infraestrutura necessária para a atenção primária, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas **para a saúde** local, com a ?garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar?.⁴¹

Tal conjuntura evidencia, portanto, que a rede de atenção primária não esgota as necessidades manifestadas pelos usuários do SUS, necessitando-se da institucionalização dos demais segmentos de atenção à saúde que, como mencionado, compõem a rede de atenção especializada. A reiterar: a rede de atenção de média e de alta complexidade, que, como o próprio nome já sugere, englobam atendimentos que exijam a realização de procedimentos mais complexos, recursos tecnológicos mais específicos e profissionais especializados.

38 Brasil. **Ministério da Saúde**. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9>



%20co

mposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

39 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização **da Atenção Básica** para o

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

40 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 12.

41 Ibidem, loc.cit.

14

À luz desta premissa, no que tange ao segmento de atenção à saúde de média complexidade, este abarca ações e serviços prestados em hospitais e ambulatórios envolvendo atendimento em distintas especialidades médicas. Objeto este decorrente de problemas e agravos de saúde que demandam a utilização de recursos tecnológicos mais específicos, ante a necessidade de realização de procedimentos complexos destinados ao diagnóstico e tratamento dos usuários.⁴²

Dessa forma, tal nível encontra-se integrado com o retro citado, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, compreendida nesta fase por policlínicas, hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e centros dotados de equipamentos para exames e procedimentos mais avançados. Sendo efetuado nesta o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, a estabilização dos pacientes e a investigação diagnóstica inicial, oportunidade em que se irá aferir a necessidade de atendimento mais complexo.⁴³

Cenário em que se menciona o segmento de atenção à saúde de alta complexidade, que, integrado aos demais níveis, abrange um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e custo, por envolver a disponibilização de serviços qualificados de alta complexidade. Sendo estes normalmente prestados em hospitais gerais de grande porte, cujo os procedimentos realizados encontram-se relacionados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.⁴⁴ As diversas áreas médicas e procedimentos atendidos encontram-se relacionadas em obra do **Ministério da Saúde** acerca da matéria, senão vejamos:

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em ?redes?, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema

estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica;

42 Brasil. **Ministério da Saúde**. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência

do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20c>

omposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

43 Ibidem, loc.cit.

44 Brasil, **Ministério da Saúde**. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: **Ministério da Saúde**,

2005. p.32. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)

_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

15

terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.45

A definição das áreas de assistência especializada de média e alta complexidade e a instituição destas por meio da publicação de instrumentos normativos é efetuada mediante o levantamento de informações no tocante à situação da saúde na respectiva área de interesse. Isto sobretudo mediante a análise dos problemas e agravos existentes, serviços ofertados e necessidades da população, com o consequente enquadramento das prioridades para atuação, regulamentação da área específica e organização dos serviços e procedimentos ofertados em relação a esta.46

Sob este tom, atentando-se a elevação nos índices de pessoas que apresentam quadro clínico compatível com excesso de peso (34.51%) ou obesidade (33.25%), bem como o fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, instituiu-se a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave. Política com a qual, logo no início de sua institucionalização, se incluiu na **tabela de procedimentos** do SUS a gastroplastia, atualmente regulamentada pelas Portarias n. 628/2001 e 545/2002.47

Contudo, considerando que a esfera de cuidado direcionada a esta patologia não pode se restringir apenas a atuação de forma reparativa e atentando-se a necessidade da atuação preventiva, foi instituída a Portaria GM/MS n. 1.569/2007.48 Nesta, identifica-se uma maior preocupação com a integralidade na prestação **dos serviços de** saúde entre os diferentes segmentos de assistência, tendo se organizado a linha de cuidados ao portador de obesidade grave em diferentes níveis. Buscando, com a referida realização, se identificar os principais



determinantes e condicionantes da obesidade, de modo a se desenvolver ações transeitoriais de atenção à saúde amplas e qualificadas.⁴⁹

45 Brasil, **Ministério da Saúde**. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: **Ministério da Saúde**,

2005. p.32. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

46 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 14 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/>

06/Atualizacao -2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023.

47 Ibidem, p. 166 et seq.

48 Ibidem, p. 168.

49 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

16

Com este intuito a citada Portaria estabelece o modo como deve ser operacionalizada a atenção à saúde em seus diferentes níveis, indicando em seu art. 3º as atribuições de cada segmento para o controle da obesidade e suas comorbidades. Sendo estas: na atenção primária à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde; na de média complexidade ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, atreladas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade; e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas, impactando positivamente na sobrevivência, morbidade e qualidade de vida destes protagonistas.⁵⁰

Cenário diante do qual também se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, redefinindo suas diretrizes e esmiuçando a organização de atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde. Devendo-se destacar a importância creditada à promoção do diagnóstico apropriado, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades, em consonância com a classificação do estado nutricional e a estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades, além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento.⁵¹

No entanto, a despeito do amplo desenvolvimento do sistema de saúde neste tópico, a disponibilização de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda é diminuta, precipuamente no setor de diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado. Isto porque somente 2,5% do total de atendimentos individuais realizados no âmbito da APS são voltados à condição avaliada como obesidade.⁵² Conjectura incongruente com os índices exibidos em 2019 pelo SISVAN, os quais indicavam, à época, que aproximadamente 34.55%



dos indivíduos adultos já possuíam diagnóstico de excesso de peso e que cerca de 28,54% da população do país já se encontrava obesa.⁵³

50 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

51 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

52 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

53 Brasil, **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

17

3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, definida, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, caracterizado por um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m².⁵⁴ Divergindo, assim, do sobrepeso, que é compreendido como um aumento exclusivo de peso não atrelado ao comprometimento da saúde do paciente, tal qual a obesidade o é.⁵⁵ Corroborando com o quanto externado, vejamos a classificação da OMS do estado nutricional dos adultos a depender do IMC:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos com base no IMC - OMS⁵⁶

Classificação IMC Risco de comorbidades
Abaixo do peso < 18,5 Baixo (Risco de outras complicações clínicas)



Eutrofia/

Intervalo normal

18,5 ? 24,9 Média

Sobrepeso ? 25,0 -

Pré Obeso 25,0 ? 29,9 Aumentou

Obesidade Classe 1 30,0 ? 34,9 Moderado

Obesidade Classe 2 35,0 ? 39,9 Severo

Obesidade Classe 3 ? 40,0 Muito severo

Cálculo do IMC: Divide-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros).

Elaboração própria. Fonte: World Health Organization (1998).

54 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.

Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

55 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 3, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

56 WHO. Op.cit., 1998, p. 21.

18

Neste tom, tem-se a obesidade como uma doença ocasionada por um prolongado cenário de ingestão energética maior do que o gasto perpetrado pelo corpo,⁵⁷ compreensão que, em razão da visão estigmatizada da sociedade, normalmente é atrelada apenas a dieta alimentar inadequada e a inatividade física.⁵⁸ Todavia, esta trata-se de uma doença multifatorial, albergando dentre as suas causas não apenas inatividade física, redução do consumo de alimentos básicos e maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar, mas também fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos que contribuem para tal.⁵⁹

No que tange aos aspectos históricos e sociais que influenciaram os hábitos de vida da sociedade e levaram ao aumento de incidência dos casos de obesidade, nota-se que desde o período da Revolução Industrial houveram mudanças que ocasionaram notórias transformações nos hábitos de vida e padrões alimentares. Isto ante o êxodo rural, em virtude da urbanização e da contínua substituição da mão de obra humana pelo uso de máquinas, massificando as atividades laborais e reduzindo-as a atos simples e repetitivos distantes das ocupações nos setores extrativos.⁶⁰

Tal contexto favoreceu ainda o desenvolvimento de uma rotina sedentária, haja vista a diminuição da prática de atividades físicas em decorrência, por exemplo, das jornadas de trabalho exaustivas. Padrão que se reproduz no contexto atual, devido a ausência



de tempo e energia da população para tais práticas, aliada às formas de lazer sedentárias desenvolvidas, tais quais televisão e computadores, e a insegurança quanto ao deslocamento para os locais apropriados para tal, como academias e praças.⁶¹

Conjuntura atrelada a progressiva alteração da dieta para produtos que paulatinamente tiveram reduzidos seu valor nutricional, ante o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados de baixo valor nutricional, que propiciam uma maior ingestão calórica e menor gasto energético, ocasionando o acúmulo de gordura. Destacando-se como fatores de influência para o consumo destes o aumento do processo de industrialização dos

57 Anjos, Luiz Antonio dos. *Obesidade e Saúde Pública*. 20.ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 12.

58 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. *Obesidade, sociedade e*

cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). *Obesidade: uma epidemia mundial*. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021, p. 6. Disponível em [https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-](https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf)

[ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf](https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.

59 Souza, Saul de Azevêdo et al. *Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta*.

Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

60 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. *O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade*.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 4, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

61 Anjos, Luiz Antonio dos. *Op.cit.*, 2006, p. 30.

19
alimentos e oferta destes em supermercados, a maior facilidade e comodidade na aquisição e/ou preparo, bem como os preços mais baixos e atrativos, sopesado diante das possibilidades financeiras das famílias para despesas alimentares.⁶²

Sob este prisma, ratificando as asseverações acima delineadas, vejamos as premissas tecidas pelo professor da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pós-doutor em Fisiologia, Dr. Luiz Antonio dos Anjos, acerca da matéria:

Existe uma preocupação grande sobre os efeitos que a sociedade urbana (dita moderna) trazem ao ambiente que circundam esses grandes aglomerados urbanos. De fato, tais ambientes são, sob aspectos alimentares e de prática da atividade física, ?obesigênicos?, ou seja, facilitadores para a ocorrência de obesidade. Essas características incluem a grande disponibilidade de alimentos com alta densidade energética (além de disponíveis em todos os lugares são também baratos); redução do gasto energético nas atividades cotidianas (automóvel, escada rolante, elevadores, mudanças nos processos de trabalho); aumento das atividades de lazer de menor gasto energético (televisão, computador, jogos de vídeo); e redução das oportunidades para a prática da atividade física regular (lugares públicos seguros, aumento no tempo de



trabalho, aumento do tempo nos deslocamentos de e para o trabalho/escola).

Diante deste prisma, observa-se que com as alterações históricas dos aspectos de vida da sociedade, como o processo de urbanização, as mudanças nas relações de consumo e o acesso a tecnologia, houve uma mudança gradativa na dieta e na frequência de atividades físicas. Aspectos perante os quais, embora se note uma redução do número de casos de doenças infecciosas e parasitárias, proporcionada pela melhoria nas condições sanitárias, aprimoramento do diagnóstico e tratamento e acesso a atendimento médico de qualidade, têm-se uma transição epidemiológica para as DCNTs, tal qual a obesidade.⁶³

Patologia esta que, em razão das suas complicações metabólicas, como a dislipidemia, hipertensão arterial, resistência à insulina, intolerância à glicose e alterações no sistema de coagulação, é compreendida ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs. A citar: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, osteoartrite e determinadas espécies de câncer (endométrio, mama, próstata e cólon), que, via de regra, não são correlacionadas a mesma pela ausência de diagnóstico adequado.⁶⁴ Doenças estas que são responsáveis por aproximadamente 70% da mortalidade mundial, conforme dados da OMS.⁶⁵

62 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. Op.cit., 2006, p. 4 et seq.

63 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e

cultura. In: SCOMPARIN, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e

Contexto, 2021, p. 8 et seq. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

64 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

65 WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d.

Disponível

em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

20

Isto posto, faz-se perceptível o quanto a obesidade influencia nos índices de morbimortalidade, contexto diante do qual se exige um maior despendimento econômico do governo, que inclusive já alcança o importe de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo consideravelmente o orçamento estatal para gastos com doenças.⁶⁶ Cenário diante do qual esta figura como problema de saúde pública, mormente se observadas as proporções epidêmicas alcançadas em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.⁶⁷

Somando-se a estes desafios, menciona-se também a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta patologia e a baixa resolutividade dos mesmos, fomentada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, ante as associações equivocadas da obesidade à preguiça, desleixo e ausência de comprometimento com o cuidado da saúde.⁶⁸ Observando-se a recorrente responsabilização destes pacientes pelo quadro clínico apresentado, não obstante esta presente como causas fatores multifatoriais,



condicionadas, por exemplo, a questões metabólicas, que são desmerecidas ante ao estigma atrelado à patologia.⁶⁹

Condições críticas inflamadas pela parca estrutura física e pelos materiais e equipamentos médicos disponibilizados nas instituições de saúde, que em muitas das ocasiões não se configuram adequados para o atendimento deste público, o que ocasiona um nítido constrangimento e dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte destes. Enquadro fático diante do qual observa-se que tais barreiras e desafios ensejam em um diagnóstico deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado.⁷⁰

Dificultando-se, desta forma, o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado, reverberando em efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos, que comprometem a duração e qualidade de vida destes. Circunstância que reforça o diagnóstico

66 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

67 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1^a. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

68 Ibidem, p.06.

69 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade.

Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

70 Ibidem, loc.cit.

21

apropriado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa, com adoção de modelo de cuidado à saúde contínuo, integral e humanizado, como importantes aspectos para a **promoção da saúde** e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade.⁷¹

3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL

Os índices de pessoas com obesidade no Município de Salvador têm apresentado um crescimento gradual no decurso dos anos, sobretudo se observada a elevação deste percentual em cerca de 68,4%. Isto considerando que passou de 11,1% em 2010 para 20,5% em 2021, conforme dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para

Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).⁷² Ratificando o quanto exposto, vejamos a evolução nos percentuais apresentados a nível municipal, consoante dados indicados nos relatórios públicos emitidos pelo referido sistema entre os anos de 2011 e 2022:

Tabela 2: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel

Ano Referência	Porcentagem de pessoas com obesidade
2010	11,1%
2011	14,9%
2012	14,1%
2013	14,9%
2014	17,8%
2015	16,3%
2016	19,9%
2017	19,5%
2018	18,6%

71 Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado **da pessoa com** doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

72 Brasil. **Ministério da Saúde**. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

22

2019 18,1%

2020 19,1%

2021 20,5%

Porcentagem de aumento de 2010 para 2021 68,4%⁷³

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico | Vigitel (2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022).

Da análise dos dados acima veiculados observa-se que o panorama esboçado pelos índices de obesidade no município é preocupante, especialmente por esta patologia se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tais quais diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.⁷⁴

Compreensão corroborada pelo fato de que a incidência destas, particularmente das cardiopatias e diabetes, encontram-se atreladas a apresentação de um IMC superior a 25 kg/m², atinente às classificações de pré obesidade, obesidade grau 1, grau 2 e grau 3.⁷⁵

Ademais, note-se que tais enfermidades configuram-se como as principais causas de morte prematura (entre trinta e sessenta e nove anos) do Município, em especial as cardiopatias que apresentam as maiores taxas de mortalidade desta capital, consoante dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM).⁷⁶ Contexto o qual reforça a premissa tecida acerca dos impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, máxime diante da ausência de correlacionamento entre estas patologias por meio de um diagnóstico apropriado.⁷⁷

Neste liame, a prevenção e o diagnóstico adequado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa,

73 Brasil. **Ministério da Saúde**. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

74 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

75 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 42.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 24 set. 2023.

76 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 59 et seq. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 24 set. 2023.

77 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta.

Cadernos de Saúde Pública. João Pessoa: V. 34, 2018, p.02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7>

LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/?lang=pt. Acesso em: 03 jun. 2023.

23

com adoção de modelo de cuidado apropriado, se constituem como importantes aspectos para a **promoção da saúde** e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade. Isto tendo em vista que a precariedade em quaisquer destes elementos, particularmente no que tange a ausência de diagnóstico adequado e correlacionamento entre as patologias anteriormente mencionadas, interferem na duração e qualidade de vida destes protagonistas.⁷⁸

Sob este mesmo enquadro, analisando-se outras **bases de dados** governamentais, nomeadamente o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN),



abastecido com dados do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e do e-SUS (SISAB), observa-se que os percentuais tornam-se ainda mais críticos.⁷⁹ Isto dado que os índices deste indicador consubstanciam-se mais expressivos, como no ano de 2021, em que a porcentagem de adultos acometida com obesidade era de 37,5%. Percentual este superior até mesmo a prevalência desta patologia na região nordeste (25,0%) e a nível nacional (28,5%).⁸⁰ A título de contextualização e comparação com os dados fornecidos pelo sistema Vigitel, bem como com os percentuais indicados a nível regional (nordeste) e nacional, vejamos os índices de obesidade (graus I, II e III) da população adulta acompanhada na rede de atenção primária à saúde do município de Salvador constantes nos relatórios públicos emitidos pelo SISVAN, mormente os relativos aos exercícios de 2010 a 2023:

Tabela 3: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel
 Percentual de Adultos com obesidade - Nível Municipal, Regional e Nacional⁸¹
 Ano Referência Percentual Municipal

Percentual Regional (Nordeste)	Percentual Nacional
2010 28,18%	13,27% 16,48%
2011 30,66%	14,64% 17,98%
2012 30,52%	16,73% 19,93%
2013 30,8%	17,86% 21%
2014 31,1%	19,7% 22,39%
2015 31,88%	21,23% 24,57%
2016 33,49%	21,57% 25,1%
2017 32,7%	22,51% 25,98%
2018 34,5%	24% 27,29%
2019 35,17%	25,03% 28,54%
2020 36,6%	27,66% 31,6%
2021 37,5%	29,06% 32,92%

78 Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado **da pessoa com** doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. p. 214. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

79 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Op.cit., 2022, p. 41.

80 Brasil, **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

81 Ibidem.

24

2022 35,26% 28,35% 31,88%
2023 36,14% 30,12% 33,38%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Afunilando-se a análise ora realizada, essencialmente no que diz respeito à organização político-administrativa sanitária, têm-se que o Município de Salvador se encontra dividido em 12 (doze) Distritos Sanitários, a citar: Centro Histórico, Barra, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano e Subúrbio Ferroviário. Tal categorização está voltada à divisão territorial das competências e atribuições relativas à assistência à saúde, de modo a facilitar a articulação das entidades atreladas à administração, fiscalização, atendimento e prestação de serviços públicos.⁸²

Note-se que esta organização compreende a disponibilização de serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde no território, englobando: unidades básicas de saúde, centros de apoio psicossocial, unidades ambulatoriais especializadas e de pronto atendimento, hospitais, dentre outros. Sendo estabelecida uma comunicação entre estes segmentos, de modo a mantê-los integrados e articulados, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, nos âmbitos público, privado (vinculados ou não ao SUS) e filantrópico, que contabilizam cerca de 3.599 estabelecimentos assistenciais de saúde.⁸³

Todavia, não se observa no âmbito de assistência à saúde às pessoas portadoras de obesidade tal dinamismo, especialmente se observados os altos índices de pessoas acometidas pela obesidade no município e a precariedade no setor de diagnóstico e prevenção. Neste ensejo, vejamos o número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade

82 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 215. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 out. 2023.

83 Ibidem.

25

em cada um dos referidos distritos e a representação percentual destes a nível municipal no ano de 2022, com base em análise restrita ao estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidade de saúde destes, conforme dados do SISVAN:

Tabela 4: Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador.

Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador⁸⁴

Distrito Sanitário
Nº de Unidades de
Saúde
Nº de casos/

sobrepeso
Nº de casos/
obesidade
Percentual de casos
de obesidade por
distrito
Centro Histórico 08 2.806 2.651 3,61%
Barra/
Rio Vermelho
12 4.327 4.595 6,26%
Boca do Rio 08 2.816 2.815 3,83%
Brotas 06 3.615 3.810 5,19%
Cabula/Beiru 24 8.601 9.004 12,27%
Cajazeiras 10 5.144 5.470 7,45%
Itapagipe 02 2.364 3.271 4,45%
Itapuã 19 8.966 8.790 11,98%
Liberdade 06 3.102 3.346 4,56%
Pau da Lima 16 6.586 6.687 9,11%
São Caetano/
Valéria
16 7.169 7.830 10,67%
Subúrbio
Ferroviário
36 13.493 15.102 20,58%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Quanto às mencionadas **bases de dados**, têm-se estas como importantes ferramentas para viabilização da identificação parcial do estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidades de saúde municipais, que devem ser correlacionados com um procedimento de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado. Potencializando-se com tais realizações a elaboração de estratégias de atuação próprias para o

84 Brasil, **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 15 out. 2023.

26
enfrentamento desta patologia e de suas comorbidades, atribuindo, assim, maiores coeficientes de efetividade às ações de assistência à saúde ofertadas no município.⁸⁵

4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM
OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO
SUS

4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1.1. PORTARIAS INSTITUÍDAS ANTERIORMENTE PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

O aumento gradual dos índices de obesidade no cenário nacional e municipal, evidenciado pelos dados apresentados em tópicos anteriores, atrelado ao fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, têm indicado a necessidade de desenvolvimento de estratégias e atuações estatais para se enfrentar tal patologia e suas comorbidades. Isto de modo a promover a saúde, reduzindo a morbimortalidade entre os seus portadores e proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida, por meio do pleno acesso aos serviços de saúde, com infraestrutura de atendimento adequada e acompanhamento médico integral.⁸⁶

Contexto a partir do qual se instituiu a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave, regulamentada a princípio pelas Portarias n. 252/1999, 45/1999 e 196/2000. Estas voltavam-se à inclusão da cirurgia bariátrica no rol de procedimentos disponibilizados pelo SUS, designação dos hospitais credenciados pelo **Ministério da Saúde** para esse fim, oferta dos equipamentos adequados e estabelecimento dos

85 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 22 out.. 2023.

86 Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado **da pessoa com** doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

27 critérios clínicos de seleção de pacientes.⁸⁷ Definindo-se, assim, a gestão organizacional desta e as indicações e contraindicações para a sua realização, senão vejamos:

Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias do **Ministério da Saúde**: a. Indicações a.1 Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo menos 2 anos. a.2 Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada, como: diabetes, hipertensão, apneia do sono, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade. b. Contraindicações b.1 Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcoolismo, dependências

químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contra indiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras. 88

Ainda sob este prisma, atendo-se à necessidade de ampliação da prestação deste serviço, especialmente em virtude do elevado percentual de pessoas acometidas por obesidade mórbida à época, elaborou-se a Portaria n. 1.157/2000, a qual revogou a definição do número de centros de referência credenciados para a realização da cirurgia bariátrica no país, constante na Portaria n. 196/2000. Isto de modo a ampliar o número de unidades credenciadas para a realização do procedimento, estendendo as possibilidades de execução deste, não obstante tenha se mantido as exigências necessárias e próprias para tal.⁸⁹

Neste ensejo de promoção de revogações elaborou-se também a Portaria de n. 628/2001, que além de revogar as aludidas Portarias aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. Sendo válido ressaltar que a regulamentação e gestão técnica atinente a este protocolo encontra-se esmiuçada em seus anexos (I, II e III), que instituíram diferentes disposições para a sua operacionalização, além de discriminar o soldo a ser utilizado para o custeio das despesas relativas ao mencionado tratamento cirúrgico, a citar: os recursos provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação ? FAEC (art. 4º).⁹⁰ Quanto a predita operacionalização do protocolo, no Anexo I encontra-se assentada a obrigatoriedade do seu preenchimento, mormente nas etapas de avaliação inicial, indicação do procedimento cirúrgico e acompanhamento médico dos pacientes submetidos à gastroplastia, sob pena de descadastramento do Centro de Referência (art. 1º, §§ 1º, 2º e 4º). No que tange ao Anexo II, este dispõe sobre as normas a serem observadas para o cadastramento

87 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 22 out. 2023.

88 Ibidem, p. 167.

89 Ibidem, loc.cit.

90 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

28

do centro de referência em cirurgia bariátrica (art. 2º), conferindo ênfase a imprescindibilidade da equipe multiprofissional para a assistência médica às pessoas com obesidade, como garantia da integralidade (alínea c), do subtópico 2.1, do tópico 2).⁹¹

Por fim, menciona-se o Anexo III, em que se desdobra a relação de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica cadastrados no SUS (art. 3º). Dos quais, dos dezoito existentes naquele período, um se localizava no estado do Ceará (Fortaleza), dois em Minas Gerais (ambos em Belo Horizonte), um no Pará (Belém), três no Paraná (Curitiba, Maringá e Londrina), um em Pernambuco (Recife), um no Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), um no Rio de Grande do Sul (Porto Alegre), um em Santa Catarina (Florianópolis) e sete em São Paulo (São Paulo [3], Campinas [1], Marília [1], Ribeirão Preto [1] e Piracicaba [1]).⁹²



Neste diapasão, diante das alterações e deformidades corporais decorrentes da intensa perda de massa corporal acarretada pela realização da cirurgia bariátrica, que dentre os seus resultados ocasiona o excesso de pele e flacidez no abdômen, seios e braços, atada a consequente necessidade da promoção de cirurgias plásticas reparadoras, se instituiu a Portaria GM/MS n. 545/2002. Que, visando propiciar o acesso dos pacientes submetidos ao procedimento de gastroplastia as cirurgias plásticas corretivas, incluiu tais procedimentos cirúrgicos na supramencionada tabela do SIH-SUS, são eles:93

Tabela 5: Procedimentos cirúrgicos corretivos pós-gastroplastia incluídos na **tabela de procedimentos** do SIH-

SUS pela Portaria GM/MS n. 545/2002.

Procedimento Código na tabela CID?s indicados Faixa etária

Dermolipectomia

Abdominal pós

Gastroplastia

38.058.13.8

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Mamoplastia pós

Gastroplastia

38.059.06.1

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia Crural

pós Gastroplastia

38.060.06.0

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia 38.061.13.9 E66.8, L08.8, L30.0, 18 a 60 anos

91 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

92 Ibidem.

93 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na **Tabela de Procedimentos** do SIH-SUS. Disponível em:

<https://www.sbccc.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20->

GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf. Acesso em: 31 out. 2023.

29

Braquial pós

Gastroplastia

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 545/2002.

Todavia, a assistência médica direcionada às pessoas com obesidade não pode se restringir à atuação de forma reparativa, tendo em vista tal realização configurar-se incompatível com as diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) para a prestação do serviço à saúde por parte do Estado. Isto considerando a necessidade desta de englobar a atuação preventiva e reparativa, por meio da prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo a se observar a necessária integralidade nesta prestação entre os diferentes segmentos de assistência da mesma.⁹⁴

Cenário em que se instituiu a Portaria GM/MS n. 1.569/2007, que se debruçou sobre tais necessidades, mormente com a institucionalização da linha de cuidados ao portador de obesidade grave em todos os níveis de assistência à saúde, com a identificação dos principais determinantes e condicionantes desta patologia. Objetivando-se promover com tal feito a ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no âmbito da assistência às pessoas com obesidade, mediante a promoção de diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico especializado, em observância aos princípios que norteiam as ações e serviços públicos de saúde, em especial a universalidade, equidade e integralidade (art. 2º).⁹⁵

Para tanto, a citada Portaria estabeleceu em seu art. 3º as diretrizes para a operacionalização da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção da obesidade, especificando as ações e serviços a serem desempenhados em cada segmento para controle desta e de suas comorbidades. Englobando, na atenção primária, à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde para promoção desta, na de média complexidade, ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, arraigadas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas de qualidade.⁹⁶

A logística de atenção ao portador de obesidade, consoante previsão do referido diploma, deve ainda ser regulada de forma complementar e suplementar, pelos estados,

94 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 31 out. 2023.

95 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

96 Ibidem.

30

Distrito Federal e municípios, haja vista a competência das três esferas de governo para o controle e avaliação das ações desempenhadas com este fim. De forma a planejarem a atuação de cada unidade federada, atendendo aos já mencionados princípios **e diretrizes do SUS**, discriminados no art. 7º da Lei n. nº 8.080/1990, qual seja: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização e igualdade da assistência à saúde.⁹⁷

4.1.2. PORTARIAS VIGENTES NA ATUALIDADE

Com a crescente prevalência da obesidade no decurso dos anos, haja vista o aumento gradual dos índices desta no cenário nacional, coadunada ao fato de as comorbidades a esta atreladas consubstanciarem-se como a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil, delineou-se a necessidade de se redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento desta. Panorama diante do qual se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu tal realização como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, esmiuçando a organização e as atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde e revogando as portarias GM/MS 1.569 e 1.570/2007.⁹⁸

Neste ensejo, no que concerne às diretrizes estabelecidas para a operacionalização da rede de atenção à saúde no âmbito da prevenção e tratamento da obesidade, destaca-se a importância conferida ao diagnóstico apropriado da população assistida, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades (art. 2º, IX). Isto a partir da identificação destes indivíduos com base em seu estado nutricional e estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades (art. 2º, I e II), além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento (art. 2º, VIII).⁹⁹

Feito que norteia, inclusive, outras de suas diretrizes, a citar: a utilização de **sistemas de informação para a** gestão dos casos existentes, regulação do acesso aos **serviços de atenção** especializada e monitoramento das ações e serviços desempenhados, bem como investigação e acompanhamento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade (art.

97 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

98 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 1ª.

ed., att. 2015, Brasília: CONASS, 2011, v. 04, p. 45 et seq. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf)

[uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf) . Acesso em: 01 nov. 2023.

99 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs>



/saude

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

31

2º, IV e V). Realizações que se alinham a articulação de ações intersetoriais para **promoção da saúde** e organização da oferta de serviços, por meio da instituição de mecanismos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção e segmentos desta (art. 2º, III e VI).¹⁰⁰ Já no que diz respeito às atribuições, estas encontram-se sequencialmente dispostas no art. 4º da citada portaria, sendo discriminadas para cada segmento da rede de atenção à saúde. Isto de modo a englobar as especificações pertinentes à atenção básica (art. 4º, I), especializada e aos sistemas logísticos e de apoio (art. 4º, III), pormenorizando inclusive os subcomponentes da atenção especializada, a citar: o ambulatorial especializado (art. 4º, II, a), o hospitalar (art. 4º, II, b) e a urgência e emergência (art. 4º, II, c), de modo a promover a intersectorização da atuação, mantendo-se a colaboração e assistência entre estes.

A título de ilustração acerca destas atribuições, com relação ao componente de atenção básica (atenção primária) ressalta-se o encargo de efetuar a vigilância alimentar e nutricional da população, aliada ao desenvolvimento de ações voltadas à **promoção da saúde** e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersectorial. Isto precipuamente através da fomentação do autocuidado dos usuários, com fins de manutenção e recuperação do peso saudável, imprimindo destaque as ações voltadas ao incentivo da alimentação saudável e prática de atividades físicas (art. 4º, I, a, b e c); e da prestação de assistência terapêutica multiprofissional, garantindo o acolhimento adequado destas pessoas (art. 4º, I, d, f e g).

Por seu turno, tendo em consideração a atenção especializada, sobretudo o subcomponente ambulatorial, observa-se a ratificação da colaboração entre os segmentos da rede de atenção à saúde, por constar dentre as suas atribuições a prestação de apoio matricial à atenção primária e gestão de pacientes dentre os demais componentes. Conjuntura observada ante a incumbência deste de identificar os usuários para a realização da cirurgia bariátrica, enquanto tratamento para a obesidade, com o consequente encaminhamento destes para o subcomponente hospitalar e posterior retorno para a atenção básica, prestando assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória (art. 4º, II, a, 1 ao 7).¹⁰¹

No que diz respeito ao subcomponente hospitalar, cabe a este avaliar os casos indicados pelos setores anteriores para a realização do procedimento cirúrgico, priorizando os que possuam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde (art. 4º, II, b, 1, 2 e 3). De modo a organizar o acesso à cirurgia bariátrica, bem como às cirurgias plásticas

¹⁰⁰ Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

¹⁰¹ Ibidem.

32
reparadoras que se façam necessárias e ao acompanhamento terapêutico multiprofissional pós-



operatório, auxiliado pelos demais segmentos consoante as diretrizes e protocolos de encaminhamento fixados pela presente portaria (art. 4º, II, b, 3 ao 7, e art. 6º).¹⁰² Quanto ao subcomponente da urgência e emergência, a este compete não apenas a prestação de assistência de âmbito geral, mas também às possíveis complicações atreladas ao sobrepeso e a obesidade e o acompanhamento do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos pacientes (art. 4º, II, c). Sendo o funcionamento, comunicação e colaboração entre estes componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde fomentado pelos sistemas de apoio e logística, que se comprometem com a realização de exames complementares, prestação de assistência farmacêutica e realização de transporte sanitário para o diagnóstico e tratamento da obesidade (art. 4º, III).¹⁰³ Acerca disto, no que compete à assistência farmacêutica, cumpre destacar que esta se refere aos medicamentos disponibilizados para as comorbidades e complicações associadas à obesidade, vez que o SUS, como observado na portaria ora analisada, estabelece a realização de tratamento não medicamentoso. Ao que, não fornece medicamentos que se destinam especificamente ao tratamento da obesidade pelo gerenciamento de peso, recomendados para pacientes com um IMC maior ou igual a 30 kg/m², haja vista estes não serem aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tal feito, sob a justificativa do alto custo e baixa eficácia destes medicamentos.¹⁰⁴ Superadas tais especificações, evoca-se que a referida portaria redefiniu as diretrizes das ações de prevenção e tratamento da obesidade e do sobrepeso e as atribuições dos componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde com fins de instituí-las como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Realização diante da qual não apenas elaborou um roteiro para a organização destas linhas de cuidado do sobrepeso e da obesidade (Anexo II), como também disponibilizou manuais instrutivos e cadernos temáticos para auxiliar em tal promoção.¹⁰⁵

¹⁰² Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ Brasil. **Ministério da Saúde**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

¹⁰⁵ Brasil. **Ministério da Saúde**. Op.cit., 2013.

33

Ademais, impende salientar que esta Portaria, em seu Anexo I, ressaltou o fato de que o tratamento cirúrgico da obesidade, atinente a realização da cirurgia bariátrica,



configura-se tão somente como parte do tratamento integral, devendo ser implementada apenas quando esgotadas as ações dos segmentos mais básicos. Isto tendo em vista que prioriza-se a **promoção da saúde** e o cuidado clínico longitudinal, baseado em ações de promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável, enquanto autocuidado a ser desempenhado pelos pacientes, e a prestação de assistência terapêutica multiprofissional, estabelecendo-se rígidos critérios para a realização de procedimentos cirúrgicos.¹⁰⁶

No tocante a realização da cirurgia bariátrica, destaca-se que esta é indicada, conforme disposições do supracitado anexo, para indivíduos que apresentem: a) IMC de 50 Kg/m²; b) IMC de 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, cujo tratamento clínico longitudinal, efetuado por pelo menos 02 (dois) anos, não tenha surtido efeito; ou c) IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, doenças articulares degenerativas, entre outras, cujo tratamento clínico também não tenha obtido sucesso (item I, alíneas a, b e c, do Anexo I).

Somam-se a estas indicações, elaboradas com fundamento em redefinições das constantes em portarias anteriores (PRTs 252/1999, 45/1999 e 196/2000), os rígidos critérios para a análise de sua pertinência, a citar: não responsividade ao tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, observância aos limites clínicos existentes em virtude da faixa etária do paciente, precipuamente quando se tratarem de jovens entre 16 e 18 anos e adultos com idade acima de 65 anos, bem como compreensão dos aspectos do tratamento e assunção de compromisso com todas as etapas da programação do procedimento (item I, incisos I, II e III, do Anexo I).¹⁰⁷

Neste ensejo, em concomitância à Portaria MS/GM n. 424/2013 instituiu-se a Portaria MS/GM n. 425/2013, voltada ao estabelecimento do regulamento técnico, normas e critérios para a prestação da assistência especializada de alta complexidade ao portador de obesidade, principalmente do tratamento cirúrgico desta. Tendo previsto que configuram-se como unidades de saúde próprias à tal realização os hospitais que disponham de instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos apropriados para a prestação de apoio

¹⁰⁶ Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

¹⁰⁷ Ibidem.

34

diagnóstico e terapêutico especializado, devendo tais estabelecimentos constarem na organização da aludida linha de cuidado (art. 1º e 2º).¹⁰⁸

Tendo, em compatibilidade com o quanto delineado na portaria antecedente, disposto as diretrizes para realização do tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirúrgico (Anexo I), as normas para o credenciamento dos estabelecimentos de saúde para o desempenho destas atividades (Anexo II), além da relação de procedimentos cirúrgicos, **medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais** aprovados, no âmbito do SUS, para tanto



(Anexo III). Outrossim, alterou as idades mínima e máxima para a realização do tratamento cirúrgico para 16, desde que respeitada a consolidação das epífises de crescimento, a 65 anos, conforme avaliação criteriosa do risco-benefício (art. 8º, §1º e 2º).109
No que concerne aos procedimentos inclusos pela portaria ora analisada no rol disponibilizado pelo SUS para tratamento da obesidade, menciona-se:

Tabela 6: Procedimentos incluídos na **Tabela de Procedimentos, Medicamentos** e OPM do SUS pela Portaria GM/MS n. 425/2013.

Procedimento	Código na tabela	Faixa etária
Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional (art. 9º)	03.01.12.008-0	16 a 65 anos
Gastrectomia Vertical em Manga Sleeve (art. 11)	04.07.01.036-0	16 a 65 anos
Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)	03.03.07.013-7	16 a 65 anos
Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)	04.07.01.037-8	16 a 65 anos
Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica (art. 13)	04.13.04.025-9	16 a 65 anos
Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica (art. 14)	04.15.02.001-8	16 a 65 anos

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 425/2013.

Observa-se, neste tom, a ratificação pelas portarias n. 424/2013 (art. 6º) e 425/2013 (art. 14) da garantia de realização dos procedimentos de cirurgias plásticas corretivas que se fazem necessários ante as deformidades corporais ocasionadas pela intensa perda de

108 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.



109 Ibidem.

35

massa corporal provocada pela cirurgia bariátrica. Todavia, cumpre destacar que, malgrado não conste limitações na portaria n. 424/2013 acerca da quantidade de procedimentos reparatórios possíveis para cada paciente que tenha sido submetido ao tratamento cirúrgico, a portaria n.

425/2013 permite o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos.¹¹⁰

Por fim, salienta-se que as PRTs de n. 424/2013 e 425/2013 encontram-se

contidas na Portaria de Consolidação n. 3, que se trata do instrumento normativo que reúne as normas pertinentes às diferentes redes temáticas de atenção, serviço e pesquisa em saúde que compõem o **Sistema Único de Saúde**. Dispondo-se nesta as diretrizes, atribuições e disposições gerais para a operacionalização satisfatória da assistência primária e especializada no âmbito do SUS para as diferentes comorbidades que assolam a população brasileira.¹¹¹

4.1.3. PROJETOS DE LEI.

Ainda no âmbito da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade, evidenciou-se ao longo do presente trabalho a configuração desta patologia como problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas alcançadas, consoante se extrai dos índices por esta apresentados a nível nacional e municipal. Precipualemente se considerada a insuficiência de abordagens abrangentes e não reducionistas nas unidades de saúde, acentuada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde e a falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos. Conjuntura que explana a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta doença e a baixa resolutividade dos mesmos.¹¹²

Cenário diante do qual foi proposto o Projeto de Lei n. 3.526/2020, pelo senador Romário de Souza Faria, com o intuito de se obrigar que sejam disponibilizados equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento **da pessoa com** obesidade pelos estabelecimentos de saúde (art. 1º), como: balanças, esfigmomanômetros, macas, cadeiras ginecológicas e odontológicas, mobiliário, vestimentas e demais materiais adequados. Isto sob o pressuposto de que estes estabelecimentos devem dispor de recursos apropriados para o

110 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2023.

111 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do

Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

112 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p. 06 et seq.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 11 nov. 2023.

36

atendimento destes indivíduos, visando a eliminação das possíveis barreiras existentes para estes protagonistas acessarem às ações e serviços públicos e privados de saúde.¹¹³ Ademais, dispõe-se ainda no supracitado projeto de lei que a inobservância a tal determinação configurar-se-á como infração sanitária, sendo sujeita às penalidades previstas no inciso II, do art. 10, da Lei nº 6.437/1977, qual seja: advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa (art. 2º). De modo que, tais estabelecimentos deverão respeitar os parâmetros técnicos estabelecidos em regulamento próprio para os espaços físicos, móveis, materiais e equipamentos médico-assistenciais que se façam necessários para o atendimento das pessoas portadoras de obesidade satisfatoriamente (§1º, art. 1º) impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes.¹¹⁴

A matéria atualmente se encontra na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aguardando a designação do relator do Projeto de Lei para a análise, discussão e emissão de parecer acerca da viabilidade e pertinência deste, devendo ser encaminhado posteriormente para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para decisão terminativa. Neste prisma, destaca-se que superado o prazo regimental de cinco dias úteis disposto no art. 122, II, ?c?, do Regimento Interno para a apresentação de emendas, estas não foram propostas, mantendo-se o projeto em sua integralidade e aguardando distribuição.¹¹⁵

Sob este mesmo quadro menciona-se o Projeto de Lei nº 2.532/2021, proposto pelo senador Antonio Mecias Pereira de Jesus, que destina-se a alteração do art. 6º da Lei nº 8.080/1990, para inclusão, no âmbito de atuação do SUS, das cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica mediante indicação médica. Sendo estas a abdominoplastia e a lipoaspiração, para correção do excesso de pele e flacidez no abdômen, além da mamoplastia redutora para as hipóteses de hipertrofia mamária ou gigantomastia. Conferindo, deste modo, status de lei às garantias até então reconhecidas apenas em sede de portaria (Portaria de Consolidação n. 3).¹¹⁶

113 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde

a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa.

Disponível em:

https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=

[1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..) Acesso em: 11 nov. 2023.

114 Ibidem.

115 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 3526, de 26 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 11 nov. 2023.

116 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: <https://legis.senado>

[.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N)

[DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc)



2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

37

Isto sob a justificativa de que em uma porcentagem considerável dos casos de obesidade o cuidado clínico longitudinal, baseado na promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável para redução ou manutenção do peso corporal, não se faz suficiente, indicando-se como única alternativa terapêutica a realização da cirurgia bariátrica.

Procedimento cirúrgico do qual resulta intensa perda de massa corporal, atrelada a flacidez e excesso de pele, que podem ocasionar, inclusive, limitação da movimentação, desequilíbrio da coluna vertebral e infecções cutâneas recorrentes, evidenciando a necessidade de realização dos procedimentos reparadores para garantia da qualidade de vida destes pacientes.¹¹⁷

Diferentemente do projeto anterior, que ainda se encontra pendente de aprovação pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), este já passou pela análise promovida pela CAE, a qual o aprovou, considerando que não se diagnosticou a existência de impactos financeiros com a sua aprovação, sendo compatível com as normas que regulam as finanças públicas. Isto tendo em vista que, além de estas já se encontrarem dispostas na **tabela de procedimentos** do SUS, ante a previsão em portarias próprias, no que pertine a integralidade de assistência, a indispensabilidade do tratamento engloba não apenas a obesidade, mas também as deformidades observadas em decorrência da cirurgia bariátrica.¹¹⁸

Neste tom, os mencionados projetos de lei demonstram que, em que pese encontrem-se previstas diretrizes para o funcionamento da assistência médica no âmbito da atenção primária e especializada direcionada às pessoas com obesidade e da garantia de atendimento clínico especializado, dotado de equipamentos e infraestrutura adequada, ainda não se extrai coeficientes de eficácia satisfatórios. Mormente se observado que, não obstante tenha-se incluído os procedimentos reparadores na tabela do SUS, bem como os recursos necessários para o desempenho das ações e serviços de assistência à saúde, ainda se tem a necessidade de alçar tal matéria ao status de lei para possibilitar exigência mais incisiva desta.

117 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: [https://legis](https://legis.senado)

[.senado](https://legis.senado.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N)

[.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N](https://legis.senado.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N)
DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc

2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.
118 Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023.

Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi>

[on=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MzMDMwNy4wLjAuMA?](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi) Acesso em: 11 nov. 2023.

38

4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

A problemática atinente a invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade de se esquadrihar a tutela jurídica do Estado direcionada à estas é evidenciada ante os óbices relativos ao efetivo funcionamento da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade. Compreensão esta assentada nas barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde destes indivíduos, as quais englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.¹¹⁹

Quanto a estas deficiências, menciona-se o diagnóstico nutricional tardio e deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado com adoção de modelo condizente com a abordagem terapêutica integral, reverberando na baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos. Sendo tal entrave circundado pela diminuta disponibilidade de infraestrutura física e equipamentos adequados ao atendimento do indivíduo com obesidade nas unidades de saúde, sobretudo os pertinentes ao diagnóstico e implementação do processo de cuidado, a citar: balanças, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas, estetoscópio, esfigmomanômetro, dentre outros.¹²⁰ No tocante à infraestrutura voltada à assistência à saúde ao portador de obesidade no município de Salvador, não se observa nesta o dinamismo necessário para a efetiva implementação de ações e serviços inerentes à prevenção, diagnóstico e tratamento desta enfermidade. Isto especialmente no que concerne aos serviços do setor diagnóstico e terapêutico, vez que em que pese as disposições da Portaria MS/GM n. 424/2013, acerca da imprescindibilidade do acompanhamento médico e diagnóstico adequado, no Plano Municipal de Saúde não se verifica menção a tal promoção.¹²¹

119 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

120 Ibidem, p. 06 et seq.

121 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

39

Quanto a esta premissa, ressalta-se que não obstante tenha se aumentado a disponibilidade de equipamentos de diagnóstico nas unidades municipais de saúde no ano de 2020, não há alusão à capacidade destes para atendimento das pessoas com obesidade e suas especificações dimensionais. Sobre isto, dentre os equipamentos disponibilizados há o tomógrafo e o aparelho de ressonância magnética, que em certos quadros clínicos demandam especificações métricas diversas para que sejam capazes de comportar o biotipo destes, além do ultrassom convencional, quando o apropriado a determinados casos de obesidade é o ecoendoscópio, em decorrência das dificuldades ocasionadas pelo panículo adiposo.¹²²

Ainda no que tange a estes serviços de apoio diagnóstico e terapêutico discriminados no citado plano, salienta-se a ausência de tópico particularizado ou menção em aspecto geral à promoção de procedimentos ou aquisição de aparelhos apropriados ao atendimento destes protagonistas. Não havendo neste, ou sequer no Plano Municipal de enfrentamento das DCNTs, a indicação das medidas a serem adotadas para a avaliação clínica do paciente portador de obesidade, com o consequente correlacionamento com as comorbidades para as quais se estabelece como fator de risco, acaso existentes.¹²³

Condição delicada que inflama ainda outra vertente atrelada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e adesão aos processos terapêuticos, que se trata do consequente constrangimento experimentado por estes indivíduos quando desta tentativa frustrada, o que ocasiona um desestímulo à procura por assistência médica especializada. Tendo-se como fomento a esta conjuntura a perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, que responsabilizam estes pacientes pelo quadro clínico apresentado e equivocadamente associam a obesidade ao desleixo e/ou ausência de comprometimento com o cuidado da saúde e manutenção do peso, em que pese a origem multifatorial e complexa desta.¹²⁴

Comportamento que acaba por atravancar a procura por acompanhamento médico e tratamento adequado, tendo em vista a ausência de atendimento humanizado e acolhedor em relação a estes indivíduos. Mormente se considerado que tais pessoas se sentem

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

122 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 223 et seq. Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I

_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 nov. 2023.

123 Ibidem, p. 261 et seq.

124 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.06.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

40

pressionadas e continuamente julgadas, ante os estereótipos estéticos reverberados pela sociedade e a crítica constante quanto a suposta ausência de cuidado para que se atingisse tal biótipo corporal. Quando, em verdade, isto é influenciado não apenas por hábitos alimentares dos indivíduos e sua frequência na prática de atividades físicas, como já mencionado.¹²⁵

Nesta toada, o despreparo dos profissionais para lidar com a complexidade da obesidade, ante ao estigma atrelado a esta que inobserva os fatores genéticos, metabólicos, sociais e culturais que influenciam na sua ocorrência, enseja em um atendimento deficitário que não se atém a análise atenta das particularidades e necessidades destes indivíduos.¹²⁶

Inobservando-se, desta maneira, as diretrizes traçadas pela mencionada portaria para o

atendimento, cuidado clínico e prestação de assistência terapêutica multiprofissional que garanta o acolhimento adequado destes (art. 2º, I, II, V, VI, VIII, IX e X).¹²⁷

Sob este prisma, adere-se ainda a esta espiral de problemáticas o fato de que a busca por serviços de saúde por parte deste público é motivada, via de regra, por outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, haja vista esta se consubstanciar como fator de risco para o seu desenvolvimento. Havendo, diante disso, uma alta demanda para a realização de atendimento curativo e individual relativo a estas, sem que se efetue um diagnóstico mais aprofundado e completo, com análise das particularidades do paciente e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado.¹²⁸

Óbices que dificultam o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado dos mesmos, que é tangenciado por efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos sobre estes. Circunstância que reforça a necessidade de aprimoramento, especialmente na rede de atenção primária, da disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos

125 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 15 nov. 2023.

126 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

127 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 nov. 2023.

128 Brasil. **Ministério da Saúde**. Op.Cit., 2022, Loc. cit.

41

adequados para o atendimento, que ainda se demonstra escasso, em que pese tal classe consubstanciar-se como parcela significativa da população.¹²⁹

No que se refere à atuação na rede de atenção primária à saúde no município de Salvador, cumpre observar que esta se atém a redução dos riscos de adoecimento relacionados à alimentação e nutrição disposta na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Adotando, para tanto, procedimentos atinentes à Vigilância Alimentar e Nutricional nesta proposta, voltada ao diagnóstico e monitoramento do estado nutricional da população, cuja proceduralização se encontra adstrita às ações relativas ao SISVAN nas unidades básicas de saúde do município.¹³⁰

Realizações estas compatíveis com parte das atribuições discriminadas pela Portaria n. 424/2013 para este segmento (art. 4º, inciso I, alíneas a, b e c). Porém, como tecido anteriormente, com base no cenário delineado pelos dados disponibilizados ao acesso público, não se observa na atuação municipal a prestação de assistência terapêutica multiprofissional e a garantia de acolhimento adequado aos indivíduos portadores de obesidade. Feitos indicados pela citada portaria como atribuições da rede de atenção primária perante a linha de cuidado instituída para prevenção e tratamento da obesidade (art. 4º, inciso I, alíneas d e g).¹³¹ Neste diapasão, detendo-se a atenção à referida linha de cuidado, cumpre rememorar que a instituição desta pelas unidades federativas, em condição prioritária na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas, foi também estabelecida pela Portaria n. 424/2013, ao redefinir as diretrizes pertinentes a esta temática.¹³² Possuindo como finalidade a oferta de ações e serviços de saúde de modo integrado e harmônico entre os diferentes segmentos que compõem a RAS (atenção básica/primária e especializada de média e alta complexidade), garantindo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado clínico.¹³³

129 Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

130 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

131 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 nov. 2023.

132 Ibidem.

133 Brasil. **Ministério da Saúde**. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em:

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

42
Todavia, nem todos os estados a implementaram, vez que apenas o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Acre, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe a instituíram, ao tempo

que os estados de Alagoas, Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí e Tocantins estão debatendo e trabalhando para a instituição desta, não tendo sido encontradas até o presente momento informações acerca da efetiva instituição das mesmas.

Neste tom, destaca-se que não foram disponibilizados dados e informações acerca da implantação de uma linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade no estado da Bahia. O único documento encontrado acerca da gestão de atendimento e cuidado desses indivíduos trata-se do Protocolo de atendimento e acompanhamento de pessoas com obesidade elaborado pelo Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), com o intuito de regular os critérios de encaminhamento de pacientes para este.¹³⁴

Nota-se, assim, uma deficiência na implantação de protocolos e fluxos de cuidado nas instâncias iniciais de atendimento da rede de atenção primária à saúde (APS) no Estado da Bahia, que reverbera na gestão promovida pelo Município de Salvador, não se observando uma atuação preventiva a obesidade de modo a evitar o agravamento da condição clínica e desenvolvimento de outras comorbidades. Quanto a isto, não foram disponibilizados nos bancos de dados e documentos de acesso público informações relativas ao abastecimento e suficiência de equipamentos necessários para o atendimento, diagnóstico e tratamento da obesidade, bem como formação e capacitação de profissionais da saúde.

Noutro tom, em meio a este crítico cenário é válida a menção à instituição do Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), o qual oferece uma rede integrada de atenção ao paciente, com atendimento multidisciplinar em áreas referentes ao desenvolvimento de possíveis complicações e comorbidades a estas atreladas. O mesmo apresenta uma atuação integrada a das demais unidades de saúde que compõem a rede de atenção primária, as quais realizam a interlocução e encaminhamento dos pacientes. No entanto, este apresenta critérios restritivos para a admissão, englobando:¹³⁵

Paciente de 18 a 60 anos com obesidade grau 3 (IMC \geq ou = 40) com ou sem comorbidades ou grau 2 (IMC entre 35 e 40) com pelo menos duas comorbidades

134 Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência

ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

135 Ibidem.

43

relacionadas ao excesso de peso, desde que estejam sensibilizados e predispostos a fazer mudanças de estilo de vida visando perda ponderal e com acompanhamento regular na Atenção Primária por pelo menos 01 ano. 136

Ademais, destaca-se que no ano de 2020 foi incorporado ao Hospital Municipal de Salvador (HMS) o serviço de cirurgia bariátrica, compreendido como um importante meio de tratamento da obesidade e suas comorbidades. Integrando-se nesta área de atuação com o citado Cedeba, instituído décadas antes (24/03/1994), cujo ambos dispõem de uma equipe composta de médicos, endocrinologistas, psicólogos e nutricionistas voltados ao

acompanhamento destes indivíduos para a identificação da adequação do procedimento e sua consequente realização.¹³⁷

Neste ensejo, entende-se pela observância às atribuições do componente de atenção especializada quanto à identificação de casos de realização do procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhamento destes para as unidades apropriadas para tal promoção, ante ao esgotamento das possibilidades terapêuticas na APS (art. 4º, inciso II, alínea a, itens 1, 2 e 3). Contudo, não se tem menção ao importante acompanhamento terapêutico multiprofissional no pós-operatório a ser desempenhado na rede de atenção especializada hospitalar (4º, inciso II, alínea a, itens 5 e 6, c/c alínea b, itens 1, 3 e 5).¹³⁸

5. CONCLUSÃO.

O presente trabalho se propôs a esquadrihar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto ante a potencial invisibilização desses indivíduos no sistema de saúde, em que pese a existência de instrumentos normativos que versam especificamente acerca

136 Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em:

<http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao>

-de-criterios-de-matricula.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

137 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 277 et seq. Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I

_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 nov. 2023.

138 Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

44

desta matéria, os quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos diferentes níveis que compõem esta rede de assistência, a citar: as Portarias MS/GM n. 424 e 425/2013.

Neste ensejo, impende destacar o reconhecimento desta doença como problema de saúde pública, haja vista que além dos altos índices de incidência apresentados, que já alcançam proporções epidêmicas, esta se consubstancia como fator de risco para o

desenvolvimento de outras DCNTs, a citar: hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias. Enfermidades que, inclusive, são as responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade desta

capital, conforme dados disponibilizados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM),



o que evidencia os impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, interferindo na duração e qualidade de vida destes protagonistas.

Ademais, salienta-se ainda os drásticos impactos financeiros exercidos pelos gastos com esta patologia no sistema de saúde, o qual exige um considerável despendimento econômico por parte do Estado, que já alcança a monta de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo-se significativamente o orçamento estatal para estes gastos. Panorama geral que evidencia a necessidade de se debater a eficácia dos instrumentos normativos existentes acerca da matéria, de modo a potencializar a estruturação da rede de atenção primária e especializada voltada à prevenção e tratamento da obesidade e a garantia de acesso à saúde de qualidade, enquanto direito fundamental constitucionalmente assegurado.

Neste tom, este trabalho foi desenvolvido mediante a aplicação do método de pesquisa bibliográfica, lastreada em material publicado a respeito da temática, especialmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde, relatórios publicados em plataformas governamentais e legislação existente acerca da matéria. Tendo se utilizado, ainda, de abordagem metodológica qualitativa, voltada ao entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo de Karl Popper, cujas hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a identificação da solução do problema de pesquisa explicitado.

Sob este prisma, para se alcançar uma compreensão da realidade acerca dos efeitos da aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e da necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades dos indivíduos com obesidade, estabeleceu-se quatro objetivos específicos. Sendo o primeiro pertinente a identificação da regulamentação do direito à saúde, do seu status no ordenamento jurídico e quais os meios e sistemas elaborados pelo Estado para a efetivação do acesso à saúde, enquanto garantia de um mínimo existencial nesta esfera.

45

No que concerne a este, observou-se que a regulamentação geral do direito à saúde encontra-se disposta na Constituição Federal, em que é reconhecida como um direito social, nos termos do art. 6º, e elevada a condição de direito fundamental. Sendo que, no referido diploma, esta matéria encontra-se disciplinada em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, que estabelecem as normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira. Visando-se a garantia e ampliação do acesso às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de prestações materiais positivas e providências jurídico-normativas.

Conjuntura sob a qual foi criado o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, de caráter universal, integral e descentralizado, que encontra-se disposto no art. 198 do diploma constitucional e é regulamentado de forma mais específica nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990 que delineiam o arcabouço legal e principiológico para seu funcionamento. Isto enquanto suporte para a efetivação da **política de saúde** do país, por estabelecer um conjunto de ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. No que concerne ao segundo objetivo específico, este refere-se à análise das principais estratégias formuladas pelo sistema público de saúde para o controle do número de casos de obesidade no país, atendo-se à identificação das bases legais existentes acerca da

matéria. Tendo-se, nesta oportunidade, verificado a instituição de uma série de portarias atinentes à estruturação da rede de atenção primária e especializada do SUS para atendimento destes indivíduos, as quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos segmentos que a compõem para a prevenção e tratamento da obesidade.

Sendo que, nas Portarias mais recentes (PRTs MS/GM n. 424 e 425/2013) foi conferida maior relevância a realização do diagnóstico apropriado dos pacientes, centrado nas particularidades e necessidades destes, mediante identificação de seu estado nutricional e estratificação consoante a presença de outros fatores de risco e comorbidades. Isto além da importância creditada ao acompanhamento terapêutico adequado, com encaminhamento para serviço especializado e adoção de modelo com abordagem terapêutica integral e intersetorial, malgrado não se observe a efetivação destas realizações no município de Salvador.

No que tange ao terceiro objetivo específico, convergente a verificação de como se dá a operacionalização dos eixos estratégicos para que abarque as necessidades da população obesa assistida, tal informação encontra-se também disciplinada na Portaria n. 424/2013. Isto considerando que, como discorrido no desenvolvimento deste trabalho, esta engloba as principais atribuições dos níveis de atenção básica, especializada e dos sistemas

46
logísticos e de apoio à saúde, esmiuçando inclusive os encargos dos subcomponentes da atenção especializada (ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência), ao estabelecer as atividades a serem desempenhadas intersetorialmente nestes.

Já no que diz respeito ao quarto e último objetivo específico, pertinente a identificação das barreiras enfrentadas para a garantia do acesso à saúde às pessoas com obesidade, sobretudo nesta capital, constatou-se: a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas no âmbito de atendimento médico, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a infraestrutura física e equipamentos adequados ao acompanhamento destes indivíduos nas unidades de saúde. Deficiências agravadas pelo diagnóstico nutricional tardio e deficitário, ante a perspectiva culpabilizadora e despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a complexidade da obesidade, que desestimula a procura por assistência médica especializada. Aglutina-se ainda a este encadeamento a questão da busca por ações e serviços de saúde ser motivada, majoritariamente, pela manifestação de outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, que em sua maioria não são correlacionadas com a mesma. Dificultando-se, desta forma, o diagnóstico mais aprofundado, com análise das particularidades dos pacientes e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado, com a consequente garantia de uma melhor qualidade de vida para estes.

Informações estas que comungam com as alegadas limitações diagnósticas e terapêuticas indicadas em virtude da inobservância de importantes disposições previstas nas aludidas portarias, que se destinam a operacionalização das ações e serviços de prevenção e tratamento da obesidade. Considerando que, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública no âmbito da saúde, ainda se nota a precariedade no que tange ao diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado, sendo tal conjuntura circundada pela parca disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos adequados.

Confirmando-se, assim, as hipóteses levantadas acerca da problemática.

Diante de tudo quanto exposto, observa-se que no tocante a conjuntura



analisada não se faz necessária a elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, mas sim a implementação efetiva das disposições das portarias já existentes que regulam a matéria. Isto tendo em vista que, as previsões nestas existentes já se debruçam sobre as necessidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional, ante a busca por profissionalização do corpo de trabalho que a compõe.

47

Sendo estabelecido por estas, ainda, toda a divisão de atribuições entre os diferentes segmentos que a integram, de forma a corroborar com a colaboração entre estes, possibilitando uma atuação intersetorial e dinâmica, com assistência não apenas reparativa, mas também preventiva, atendendo às disposições gerais tecidas quanto à garantia do direito à saúde. Note-se que, até mesmo os projetos de lei elaborados nesta esfera voltam-se a busca de garantia de coeficientes de efetividade de disposições já constantes nas mesmas, seja em relação ao atendimento especializado com infraestrutura adequada ou a autorização e custeio de cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica. Necessita-se, portanto, especialmente no âmbito do município de Salvador, da efetiva implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes. Isto porque, conforme se extrai das informações sobre a atuação municipal, angariadas nas plataformas de dados governamentais disponíveis e nas documentações disponibilizadas ao acesso público, especialmente os planos municipais de saúde e de enfrentamento às DCNTs, este ainda não implementou as principais medidas para acompanhamento destes indivíduos. Neste diapasão, salienta-se que em que pese as tentativas, não foram encontradas ou fornecidas maiores informações acerca da instituição, no município, da linha de cuidado voltada especialmente para a prevenção e tratamento da obesidade, bem como das políticas públicas implementadas visando tal feito ou dos processos de cuidado direcionados ao acompanhamento deste público. Ademais, não se disponibilizou também dados acerca da infraestrutura técnica, profissional e material existente no município para a devida prestação da assistência médica a ser direcionada a esta parcela substancial da população, sendo esta ausência de acesso ou existência a informação também compreendida como tal. Circunstância diante da qual se propõe que, para pesquisas futuras, se angarie mais informações acerca da gestão desempenhada no município no âmbito da rede de assistência primária e especializada do SUS, com destaque às ações e serviços implementados por este para prevenção e tratamento da obesidade. Sobretudo, se houve a instalação de uma linha de cuidado prioritária específica para esta esfera, como discriminado nas portarias vigentes acerca da temática, ou se há planos para a sua futura implementação, com a adoção do plano de atribuições nesta discriminados.

REFERÊNCIAS



Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pf . Acessado em 09 de março de 2023.

Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006.

Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Pro-tocolo-obesidade-com-atualizacao-de-criterios-de-matricula.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Obesidade e Sobrepeso. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnia Machado. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em 27 de agosto de 2023.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.



Brasil. **Ministério da Saúde**. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em:
<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9di>cas. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do **Sistema Único de Saúde**. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do **Sistema Único de Saúde**. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm>

/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na **Tabela de Procedimentos** do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização **da Atenção Básica** para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado **da pessoa com** doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

Brasil. Senado Federal. Matérias Bicamerais: Projeto de Lei nº 3526, de 2020. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>.

Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&disposition=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDlwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MzA.Ny4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDlwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA.. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&n_umero_Processo=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI_A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 111-153, 3 nov. 2020.

Malta, Deborah Carvalho. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2017;51 Supl 1:4s, p. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp>

/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt. Acesso em: 17 set. 2023.

Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020.

Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006.

Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Corso, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Revista de Nutrição. Campinas: V. 17, out./dez., 2004, p.01. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022. Disponível em:
http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Souza, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível em:
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO



Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.



=====
Arquivo 1: [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Arquivo 2: <https://repositorio.usp.br/item/001897501> (500 termos)

Termos comuns: 16

Similaridade: 0,12%

O texto abaixo é o conteúdo do documento [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Os termos em vermelho foram encontrados no documento <https://repositorio.usp.br/item/001897501> (500 termos)

=====

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
GRADUAÇÃO EM DIREITO

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

Salvador

2023

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA



TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

TCC apresentado ao Programa
de Graduação em Direito da
Universidade Católica do
Salvador, como requisito
parcial para a obtenção do grau
de bacharel em direito.

Orientador: André Quadros
Côrtes, Mestre em Políticas
Sociais e Cidadania.

Salvador
2023

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

RESUMO



O presente trabalho se propôs a analisar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde direcionado às pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto no intuito de se esquadrihar a aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades destes indivíduos. Interesses estes fundados nos desafios e barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços pertinentes à promoção, proteção e recuperação da saúde da população obesa, que englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional. Para tanto aplicou-se o método de pesquisa bibliográfica, embasada em material publicado a respeito da temática, particularmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde e relatórios extraídos de plataformas governamentais. Utilizando-se, ademais, de abordagem metodológica qualitativa, focada no entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para identificação da solução do problema de pesquisa explicitado. Sob este enquadro, a análise realizada evidenciou a prescindibilidade de elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, vez que, em verdade, faz-se necessária a implementação efetiva das disposições constantes nas portarias já existentes acerca da matéria. As quais se debruçam sobre as particularidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional. Conjuntura sob a qual delinea-se a necessidade, mormente no âmbito do município de Salvador, de implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; DCNTs; Comorbidades; Saúde; SUS; Prevenção; Diagnóstico; Tratamento; Atendimento; Acompanhamento; Infraestrutura; Estigma; Atenção Primária; Atenção Especializada; Mortalidade; Morbidade; Portarias; Eficácia.

ABSTRACT

The present work proposed to analyze the effectiveness coefficients of the legal protection of the right to health aimed at people with obesity in the Municipality of Salvador, especially with regard to the actions and services performed in the primary and specialized care network of the SUS. This is in order to investigate the apparent invisibility of people with obesity in the health system and the need or not to develop legislative instruments specifically aimed at the needs of these individuals. These interests are based on the challenges and barriers identified for the



offer and implementation of actions and services relevant to the promotion, protection and recovery of the health of the obese population, which include the absence of comprehensive and non-reductionist approaches, accentuated by the lack of or insufficient access to medical equipment and professional qualification. To this end, the bibliographical research method was applied, based on published material on the topic, particularly books, periodicals, articles, health notebooks and reports extracted from government platforms. Furthermore, using a qualitative methodological approach, focused on understanding and evaluating the research object, linked to the hypothetical-deductive method, in which the formulated hypotheses are subjected to the falsification process to identify the solution to the explained research problem. Under this framework, the analysis carried out highlighted the unnecessary development of new normative instruments to establish guidelines and operationalize SUS health care networks, since, in truth, it is necessary to effectively implement the provisions contained in the ordinances already existing information on the subject. Which focus on the particularities to be observed so that adequate diagnosis of the obese population can be promoted, with specialized monitoring, equipped with technical and professional infrastructure. Situation under which the need is outlined, especially within the scope of the municipality of Salvador, to implement the guidelines and attributions contained in the Ordinances and National Policies drawn up on the subject, such as the institution of the line of care for the prevention and treatment of overweight and obesity, among other achievements in these constants.

Key words: Obesity; Overweight; NCDs; Comorbidities; Health; SUS; Prevention; Diagnosis; Treatment; Service; Follow-up; Infrastructure; Stigma; Primary attention; Specialized Care; Mortality; Morbidity; Ordinances; Efficiency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	8
2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.	8
2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	12
3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL	21
4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E	



ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1.1. Portarias instituídas anteriormente para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade	26
4.1.2. Portarias vigentes na atualidade.	30
4.1.3. Projetos de lei.	35
4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	38
5. CONCLUSÃO.	43

5

1. INTRODUÇÃO

A saúde se consubstancia como um direito social, assim reconhecida no art.

6º da Constituição Federal, que a elevou à condição de direito fundamental, dotando-lhe de força normativa e vinculante.¹ Cenário este que exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, para se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos termos do art. 196 da CF.² Enquadro lógico sob o qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado (art. 198, da CF), enquanto suporte à efetivação da política de saúde no país.³

Tal sistema é responsável pela atenção à saúde da maioria dos cidadãos, englobando um conjunto de serviços ambulatoriais, terapêuticos e pré-hospitalares de urgência e emergência especializados.⁴ Todavia, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda tem se demonstrado exígua. Tendo a referida patologia se tornado um problema **de saúde pública**, ante as proporções epidêmicas que têm alcançado em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas quando do atendimento primário.⁵

A título de contextualização, salienta-se que a obesidade se trata de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa que representa o aumento excessivo de tecido adiposo no organismo, haja vista apresentar um excesso no Índice de Massa Corporal (Superior a 30 kg/m²).⁶ Dentre as suas causas, alberga fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos, dos quais a literatura científica

1 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

2 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); **FERRAZ, Anna Cândida da Cunha** (Coord.). **Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo**. Barueri: **Manole**, 2020, p. 1057.

3 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

4 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-



SUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2 saud_soci](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2_saud_soci)

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

6 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity

. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

6

destaca como principais a inatividade física, a redução do consumo de alimentos básicos e a maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar.⁷

Esta, em decorrência das suas complicações metabólicas, se configura ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, as quais não são correlacionadas a um diagnóstico apropriado, ante a deficiente estrutura de atendimento.⁸ O que reverbera na ausência de encaminhamento para serviço especializado, com adoção de modelo adequado à abordagem terapêutica integral, que se constituem como importantes aspectos para a redução da morbimortalidade das pessoas com obesidade.⁹

Quanto a isto, nota-se que consoante dados apontados pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB), apenas 2,5% do total de atendimentos individuais são voltados à condição avaliada como obesidade.¹⁰ Conjuntura esta incongruente com os índices apresentados no ano de 2023 nos relatórios públicos emitidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde, que indicavam que aproximadamente 34.51% dos indivíduos adultos já possuem diagnóstico de excesso de peso, 20.65% de Obesidade Grau I, 8.23% de Obesidade Grau II e 4.37% de Obesidade Grau III.¹¹ Contexto que se reproduz no município de Salvador, cujo os índices apresentados neste relatório indicam que aproximadamente 33.1% dos indivíduos adultos possuem diagnóstico de sobrepeso, além de apresentar porcentagens ligeiramente mais altas de Obesidade Grau I (21.68%), Obesidade Grau II (9.42%) e Obesidade Grau III (5.05%), se comparada com os índices nacionais. Circunstância sob a qual se observa que os atos normativos elaborados não transparecem coeficientes de eficácia válidos, especialmente no que concerne ao cuidado direcionado a estes protagonistas neste município.¹²

Ratifica-se, desta forma, a premissa tecida acerca da precariedade de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento, que ainda é circundada pela parca

7 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão



beta. Cadernos

de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

8 Ibidem.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

10 Ibidem, p.11.

11 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em:

<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

12 Ibidem.

7

disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade. Particularmente aqueles voltados ao rastreamento e implementação do processo de cuidado, tais quais: balanças, macas e cadeiras adequadas, fita métrica, esfigmomanômetro, dentre outros. Condições observadas não obstante tais indivíduos representarem porcentagem significativa da população, consoante delineado linhas alhures.¹³

Sob este prisma, impende ainda ressaltar que o fato de a obesidade se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs exerce drásticos impactos nos índices de morbidade e mortalidade, bem como nas finanças pertinentes ao sistema de saúde. Tendo se contabilizado em estudo elaborado sobre a temática que do orçamento de R\$6,77 bilhões gastos anualmente com estas, cerca de R\$1,49 bilhões são atribuídos ao excesso de peso e obesidade. Percentual este que se mantém considerável no que tange ao número de mortes (128,71 mil), hospitalizações (495,99 mil) e procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS (31,72 milhões), o que denota a sobrecarga deste sistema.¹⁴

Neste ensejo, tem-se traçada a necessidade de priorização e revisão dos aspectos estruturais da rede de atenção à saúde do SUS, no âmbito primário e especializado, essencialmente no que concerne à organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade delineada nas portarias já elaboradas sobre a matéria.¹⁵ Contexto este que influenciou a elaboração do presente trabalho, o qual tem como objetivo analisar se, diante do cenário exposto, faz-se necessária a elaboração de novos instrumentos legislativos de atenção à saúde voltadas especificamente as particularidades destes indivíduos, ou se, em verdade, se trata da necessidade de efetivação dos já existentes.

Atrélendo-se tal questionamento, ainda, a indagação de como esta possível invisibilização no sistema público de saúde reverbera em consequências tangenciais à garantia do direito à saúde e, como sequela, a uma ampla qualidade de vida. Isto em virtude de se ter, dentre os princípios fundamentais desta República, a dignidade da pessoa humana, que reverbera na garantia das necessidades vitais do ser humano, englobando o acesso à saúde permeada em ações e serviços de qualidade. Questionamento este existente em decorrência da

13 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.16. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

14 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Op.cit., 2022, p.13.

8

ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas e da precariedade de diagnóstico e encaminhamento para atendimento apropriado destes indivíduos no sistema de saúde.16

Fundado neste intuito, o presente trabalho se consubstancia como uma reflexão e estudo decorrente da aplicação do método de pesquisa bibliográfica, subsidiada em material publicado acerca da temática, em especial livros, artigos e periódicos, bem como na legislação existente, que corroboraram para a constatação e deslinde da problemática identificada. Isto além do levantamento de dados quantitativos, vez que se analisará material lastreado em dados publicados pelo governo federal e municipal sobre os índices de obesidade, atendimento, diagnóstico e disponibilização de tratamento.

Tendo se utilizado, para tanto, de abordagem metodológica qualitativa, voltada à compreensão e avaliação do objeto de pesquisa. Isto considerando as características da situação, avaliando e medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito da problemática analisada, qual seja: a potencial invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde, sobretudo no que concerne à rede de atenção primária e especializada do SUS, à luz dos instrumentos legislativos existentes.

Sob este enquadro empregou-se o método hipotético-dedutivo de Karl

Popper, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a construção da solução do problema de pesquisa narrado e, posteriormente, são confirmadas ou refutadas. De forma que, com o desenvolvimento da referida discussão, foi construída a argumentação finalística deste e estabelecida a sua conexão com a conjuntura fática observada hodiernamente.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.

A adoção do modelo de bem-estar social pela federação brasileira, em que se observa uma intervenção mais incisiva do Estado no intuito de se assegurar aos indivíduos o



16 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

9

acesso a serviços assistenciais básicos, com a conseqüente disposição da saúde como um direito social (art. 6º da CF), alçou-a à condição de direito fundamental. Posição esta que lhe confere caráter vinculante e normativo, dotado de exigibilidade perante aos seus titulares, enquanto meio para se garantir o mínimo existencial necessário para uma vida digna, em compatibilidade com os fundamentos fixados para o país no artigo 1º da Constituição (CF).¹⁷

Neste tom, o direito à saúde encontra-se compreendido em um bloco

integrado, ainda, pelos direitos à previdência e à assistência social, relativos à área de atuação da seguridade social.¹⁸ A qual estabelece um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas à proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à tríade de garantias citadas acima, consoante disposto no art. 194 da Constituição.¹⁹

Observando-se, a partir desta perspectiva, a atuação de diversos órgãos da administração pública direta e indireta e de atores políticos atrelados às ocupações desta no âmbito federal, distrital, estadual e municipal de forma regionalizada e hierarquizada.²⁰

Cenário sob o qual se exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, por meio da implementação de políticas públicas, de modo a se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.²¹ Sendo a matéria tratada no diploma constitucional, em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, os quais estabelecem uma série de normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira,²² com prestações materiais positivas do Executivo e providências jurídico-normativas do Legislativo.²³

Nesse sentido, ratificando o quanto esposado, vejamos as premissas tecidas por Alexandre de Moraes acerca da matéria que explanam a lógica em voga:

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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

17 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

18 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica

tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 119, 3 nov. 2020.

19 Brasill. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

20 Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre:



Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006, p. 496.

21 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); **FERRAZ, Anna Cândida**

da Cunha (Coord.). **Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo**. Barueri: **Manole**, 2020, p. 1057.

22 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. Op.cit., 2020, p. 121.

23 Cunha Júnior, Dirley. Op.cit., 2012, p.767 et seq.

10

(CF, art. 196), sendo 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 por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).²⁴

Note-se que o art. 196 da CF, além de estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, destaca a finalidade de sua atuação neste campo, atrelando-a à redução do risco de doenças e de outros agravos²⁵. Compreensão esta ratificada no tema de Repercussão Geral de n. 793, em que o Supremo Tribunal Federal (STF) inseriu o tratamento médico adequado dentre o rol de deveres estatais, assim como fixou a responsabilidade solidária dos entes federados. O que corrobora com a premissa de atuação regionalizada e hierarquizada dos entes políticos a nível federal, estadual, distrital e municipal quanto à garantia de acesso universal e igualitário à saúde e seus desdobramentos.²⁶

Tal feito, pois, encontra-se pautado na descentralização da atuação das esferas de governo no âmbito do direito à saúde, atinente às áreas de operação dos entes políticos no atendimento integral da população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.²⁷ Isto porque, a efetivação deste direito compreende não apenas a disponibilização de hospitais ou postos públicos de saúde devidamente equipados para atendimento, mas também o fornecimento de medicamentos e profissionais qualificados para a prestação de serviços públicos desta estirpe.²⁸

À vista disso, visando conferir maior efetividade à política de saúde do país foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no art. 198 da CF e regulamentado de modo mais específico nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que fornecem o arcabouço legal e principiológico para a sua operacionalização. Definindo-se tal sistema como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em conformidade com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.²⁹

24 Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 537.

25 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

26 Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever

de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProc>

[esso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793](https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProc) . Acesso em 10 de maio de 2023.



27 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Op.cit. Acesso em: 09 mar. 2023.

28 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.769 et seq.

29 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

11

Ratificando o quanto esposado, vejamos as considerações tecidas pelo doutrinador Dirley da Cunha Júnior acerca da matéria explanam a lógica em voga:

Visando a execução das políticas públicas de saúde, a Constituição instituiu um sistema único de saúde (SUS), que passou a compreender todas as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizado **de acordo com as** seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (art. 198). (...) Nada obstante ser de atribuição do Poder Público, a Constituição facultou a assistência à saúde à iniciativa privada (art. 199), de modo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.³⁰

As LOS comportam, desta forma, disposições no tocante à participação da comunidade na sua gestão e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados a sua manutenção (Lei nº 8.142/90). Além de esmiuçarem o quanto externado no art. 198, indicando as condições para a atuação do SUS, especialmente ao estabelecerem o modo de organização e funcionamento dos serviços prestados e instituírem os objetivos, competências e atribuições do mesmo (Lei nº 8.142/90).³¹ Reforçando, assim, a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³²

Seguindo este enquadro lógico, destacam-se dois importantes princípios delineados nos incisos I e II, do art. 7º, da referida lei 8.080/1990. São eles, respectivamente: o da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e o da integralidade desta, compreendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema. Destacando-se a sua importância por reforçarem a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³³

30 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

31 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:



27/05/2023.

32 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao->

2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 10.

33 Ibidem, loc.cit.

12

Sob esta ótica, confere-se destaque ao objetivo disposto no art. 5º, III, da Lei n. 8.080/1990, que estabelece a prestação de assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como atribuições do SUS³⁴. O qual, para desempenhar de modo satisfatório tal encargo, abarca uma série de serviços, a citar: rede hospitalar de média e de alta complexidade, serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, serviços ambulatoriais especializados e serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, incluindo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Portando-se, hegemonicamente, como responsável pela maioria dos cidadãos brasileiros no âmbito da garantia ao direito à saúde³⁵.

Entretanto, a despeito do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem se demonstrado insuficiente e insatisfatória. De modo que, tal patologia tem se estabelecido como um problema **de saúde pública**, ante as suas proporções epidêmicas e a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, sendo tal questão matéria de discussão dos tópicos adiante delineados.³⁶

2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

Atendo-se a base principiológica concernente a institucionalização do SUS, principalmente no que tange a integralidade na prestação dos serviços de saúde, nota-se a instituição de três segmentos relativos à atenção à saúde, a citar: (a) atenção primária, (b) de média e (c) de alta complexidade, cujo estas duas últimas integram a rede de atenção especializada.³⁷ A aludida organização presta-se a melhor estruturação dos serviços

34 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

35 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_soci

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

36 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção



Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

37 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 11.

13

disponibilizados, atentando-se a diferenciação de densidade tecnológica e custos envolvidos com os agravos médicos que cada campo visa atender.³⁸

A atenção primária à saúde (APS) se consubstancia como o eixo orientador do SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde e abarcando um conjunto de ações que incluem prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, mediante o emprego de tecnologia de baixa densidade.³⁹ Dispondo, em virtude disto, de insumos e equipamentos necessários à resolução dos problemas e agravos de maior frequência e baixa complexidade, assim como dos meios para o encaminhamento a serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.⁴⁰

Ratificando as informações elencadas, vejamos as asseverações elaboradas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde acerca da infraestrutura de atendimento desta:

[...] na mesma portaria, quando é descrita a infraestrutura necessária para a atenção primária, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a ?garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar?.⁴¹

Tal conjuntura evidencia, portanto, que a rede de atenção primária não esgota as necessidades manifestadas pelos usuários do SUS, necessitando-se da institucionalização dos demais segmentos de atenção à saúde que, como mencionado, compõem a rede de atenção especializada. A reiterar: a rede de atenção de média e de alta complexidade, que, como o próprio nome já sugere, englobam atendimentos que exijam a realização de procedimentos mais complexos, recursos tecnológicos mais específicos e profissionais especializados.

38 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20co>

mposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

39 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

40 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 12.

41 Ibidem, loc.cit.

14

À luz desta premissa, no que tange ao segmento de atenção à saúde de média complexidade, este abarca ações e serviços prestados em hospitais e ambulatórios envolvendo atendimento em distintas especialidades médicas. Objeto este decorrente de problemas e agravos de saúde que demandam a utilização de recursos tecnológicos mais específicos, ante a necessidade de realização de procedimentos complexos destinados ao diagnóstico e tratamento dos usuários.⁴²

Dessa forma, tal nível encontra-se integrado com o retro citado, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, compreendida nesta fase por policlínicas, hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e centros dotados de equipamentos para exames e procedimentos mais avançados. Sendo efetuado nesta o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, a estabilização dos pacientes e a investigação diagnóstica inicial, oportunidade em que se irá aferir a necessidade de atendimento mais complexo.⁴³

Cenário em que se menciona o segmento de atenção à saúde de alta complexidade, que, integrado aos demais níveis, abrange um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e custo, por envolver a disponibilização de serviços qualificados de alta complexidade. Sendo estes normalmente prestados em hospitais gerais de grande porte, cujo os procedimentos realizados encontram-se relacionados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.⁴⁴ As diversas áreas médicas e procedimentos atendidos encontram-se relacionadas em obra do Ministério da Saúde acerca da matéria, senão vejamos:

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias



aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica;

42 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência

do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20c>

omposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

43 Ibidem, loc.cit.

44 Brasil, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. p.32. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios

_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

15

terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.45

A definição das áreas de assistência especializada de média e alta complexidade e a instituição destas por meio da publicação de instrumentos normativos é efetuada mediante o levantamento de informações no tocante à situação da saúde na respectiva área de interesse. Isto sobretudo mediante a análise dos problemas e agravos existentes, serviços ofertados e necessidades da população, com o conseqüente enquadramento das prioridades para atuação, regulamentação da área específica e organização dos serviços e procedimentos ofertados em relação a esta.46

Sob este tom, atentando-se a elevação nos índices de pessoas que apresentam quadro clínico compatível com excesso de peso (34.51%) ou obesidade (33.25%), bem como o fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, instituiu-se a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave. Política com a qual, logo no início de sua institucionalização, se incluiu na tabela de procedimentos do SUS a gastroplastia, atualmente regulamentada pelas Portarias n. 628/2001 e 545/2002.47

Contudo, considerando que a esfera de cuidado direcionada a esta patologia não pode se restringir apenas a atuação de forma reparativa e atentando-se a necessidade da atuação preventiva, foi instituída a Portaria GM/MS n. 1.569/2007.48 Nesta, identifica-se uma maior preocupação com a integralidade na prestação dos serviços de saúde entre os diferentes segmentos de assistência, tendo se organizado a linha de cuidados ao portador de obesidade



grave em diferentes níveis. Buscando, com a referida realização, se identificar os principais determinantes e condicionantes da obesidade, de modo a se desenvolver ações transeitoriais de atenção à saúde amplas e qualificadas.⁴⁹

45 Brasil, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. p.32. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios

_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

46 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 14 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/>

06/Atualizacao -2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023.

47 Ibidem, p. 166 et seq.

48 Ibidem, p. 168.

49 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

16

Com este intuito a citada Portaria estabelece o modo como deve ser operacionalizada a atenção à saúde em seus diferentes níveis, indicando em seu art. 3º as atribuições de cada segmento para o controle da obesidade e suas comorbidades. Sendo estas: na atenção primária à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde; na de média complexidade ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, atreladas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade; e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas, impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes protagonistas.⁵⁰

Cenário diante do qual também se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, redefinindo suas diretrizes e esmiuçando a organização de atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde. Devendo-se destacar a importância creditada à promoção do diagnóstico apropriado, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades, em consonância com a classificação do estado nutricional e a estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades, além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento.⁵¹

No entanto, a despeito do amplo desenvolvimento do sistema de saúde neste tópico, a disponibilização de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda é diminuta, precipuamente no setor de diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado. Isto porque somente 2,5% do total de atendimentos individuais realizados no âmbito da APS são voltados à condição avaliada como obesidade.⁵² Conjuntura incongruente com os índices

exibidos em 2019 pelo SISVAN, os quais indicavam, à época, que aproximadamente 34,55% dos indivíduos adultos já possuíam diagnóstico de excesso de peso e que cerca de 28,54% da população do país já se encontrava obesa.⁵³

50 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

51 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

52 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da

Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 09 mar. 2023.

53 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do

Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

17

3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, definida, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, caracterizado por um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m².⁵⁴ Divergindo, assim, do sobrepeso, que é compreendido como um aumento exclusivo de peso não atrelado ao comprometimento da saúde do paciente, tal qual a obesidade o é.⁵⁵ Corroborando com o quanto externado, vejamos a classificação da OMS do estado nutricional dos adultos a depender do IMC:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos com base no IMC - OMS⁵⁶

Classificação IMC Risco de comorbidades

Abaixo do peso < 18,5 Baixo (Risco de outras



complicações clínicas)

Eutrofia/

Intervalo normal

18,5 ? 24,9 Média

Sobrepeso ? 25,0 -

Pré Obeso 25,0 ? 29,9 Aumentou

Obesidade Classe 1 30,0 ? 34,9 Moderado

Obesidade Classe 2 35,0 ? 39,9 Severo

Obesidade Classe 3 ? 40,0 Muito severo

Cálculo do IMC: Divide-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros).

Elaboração própria. Fonte: World Health Organization (1998).

54 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.

Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

55 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 3, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

56 WHO. Op.cit., 1998, p. 21.

18

Neste tom, tem-se a obesidade como uma doença ocasionada por um prolongado cenário de ingestão energética maior do que o gasto perpetrado pelo corpo,⁵⁷ compreensão que, em razão da visão estigmatizada da sociedade, normalmente é atrelada apenas a dieta alimentar inadequada e a inatividade física.⁵⁸ Todavia, esta trata-se de uma doença multifatorial, albergando dentre as suas causas não apenas inatividade física, redução do consumo de alimentos básicos e maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar, mas também fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos que contribuem para tal.⁵⁹

No que tange aos aspectos históricos e sociais que influenciaram os hábitos de vida da sociedade e levaram ao aumento de incidência dos casos de obesidade, nota-se que desde o período da Revolução Industrial houveram mudanças que ocasionaram notórias transformações nos hábitos de vida e padrões alimentares. Isto ante o êxodo rural, em virtude da urbanização e da contínua substituição da mão de obra humana pelo uso de máquinas, massificando as atividades laborais e reduzindo-as a atos simples e repetitivos distantes das ocupações nos setores extrativos.⁶⁰

Tal contexto favoreceu ainda o desenvolvimento de uma rotina sedentária, haja vista a diminuição da prática de atividades físicas em decorrência, por exemplo, das



jornadas de trabalho exaustivas. Padrão que se reproduz no contexto atual, devido a ausência de tempo e energia da população para tais práticas, aliada às formas de lazer sedentárias desenvolvidas, tais quais televisão e computadores, e a insegurança quanto ao deslocamento para os locais apropriados para tal, como academias e praças.⁶¹

Conjuntura atrelada a progressiva alteração da dieta para produtos que paulatinamente tiveram reduzidos seu valor nutricional, ante o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados de baixo valor nutricional, que propiciam uma maior ingestão calórica e menor gasto energético, ocasionando o acúmulo de gordura. Destacando-se como fatores de influência para o consumo destes o aumento do processo de industrialização dos

57 Anjos, Luiz Antonio dos. *Obesidade e Saúde Pública*. 20.ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 12.

58 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. *Obesidade, sociedade e cultura*. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). *Obesidade: uma epidemia mundial*. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021, p. 6. Disponível em [https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-](https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf)

[ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf](https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.

59 Souza, Saul de Azevêdo et al. *Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta*.

Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

60 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. *O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade*.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 4, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

61 Anjos, Luiz Antonio dos. *Op.cit.*, 2006, p. 30.

19 alimentos e oferta destes em supermercados, a maior facilidade e comodidade na aquisição e/ou preparo, bem como os preços mais baixos e atrativos, sopesado diante das possibilidades financeiras das famílias para despesas alimentares.⁶²

Sob este prisma, ratificando as asseverações acima delineadas, vejamos as premissas tecidas pelo professor da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pós-doutor em Fisiologia, Dr. Luiz Antonio dos Anjos, acerca da matéria:

Existe uma preocupação grande sobre os efeitos que a sociedade urbana (dita moderna) trazem ao ambiente que circundam esses grandes aglomerados urbanos. De fato, tais ambientes são, sob aspectos alimentares e de prática da atividade física, ?obesigênicos?, ou seja, facilitadores para a ocorrência de obesidade. Essas características incluem a grande disponibilidade de alimentos com alta densidade energética (além de disponíveis em todos os lugares são também baratos); redução do gasto energético nas atividades cotidianas (automóvel, escada rolante, elevadores, mudanças nos processos de trabalho); aumento das atividades de lazer de menor gasto energético (televisão, computador, jogos de vídeo); e redução das oportunidades para



a prática da atividade física regular (lugares públicos seguros, aumento no tempo de trabalho, aumento do tempo nos deslocamentos de e para o trabalho/escola).

Diante deste prisma, observa-se que com as alterações históricas dos aspectos de vida da sociedade, como o processo de urbanização, as mudanças nas relações de consumo e o acesso a tecnologia, houve uma mudança gradativa na dieta e na frequência de atividades físicas. Aspectos perante os quais, embora se note uma redução do número de casos de doenças infecciosas e parasitárias, proporcionada pela melhoria nas condições sanitárias, aprimoramento do diagnóstico e tratamento e acesso a atendimento médico de qualidade, têm-se uma transição epidemiológica para as DCNTs, tal qual a obesidade.⁶³

Patologia esta que, em razão das suas complicações metabólicas, como a dislipidemia, hipertensão arterial, resistência à insulina, intolerância à glicose e alterações no sistema de coagulação, é compreendida ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs. A citar: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, osteoartrite e determinadas espécies de câncer (endométrio, mama, próstata e cólon), que, via de regra, não são correlacionadas a mesma pela ausência de diagnóstico adequado.⁶⁴ Doenças estas que são responsáveis por aproximadamente 70% da mortalidade mundial, conforme dados da OMS.⁶⁵

62 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. Op.cit., 2006, p. 4 et seq.

63 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e

cultura. In: SCOMPARIN, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e

Contexto, 2021, p. 8 et seq. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

64 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

65 WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível

em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

20

Isto posto, faz-se perceptível o quanto a obesidade influencia nos índices de morbimortalidade, contexto diante do qual se exige um maior despendimento econômico do governo, que inclusive já alcança o importe de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo consideravelmente o orçamento estatal para gastos com doenças.⁶⁶ Cenário diante do qual esta figura como problema **de saúde pública**, mormente se observadas as proporções epidêmicas alcançadas em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.⁶⁷

Somando-se a estes desafios, menciona-se também a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta patologia e a baixa resolutividade dos mesmos, fomentada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, ante as associações equivocadas da obesidade à preguiça, desleixo e ausência de comprometimento com o cuidado da saúde.⁶⁸ Observando-se a recorrente responsabilização destes pacientes pelo



quadro clínico apresentado, não obstante esta apresente como causas fatores multifatoriais, condicionadas, por exemplo, a questões metabólicas, que são desmerecidas ante ao estigma atrelado à patologia.⁶⁹

Condições críticas inflamadas pela parca estrutura física e pelos materiais e equipamentos médicos disponibilizados nas instituições de saúde, que em muitas das ocasiões não se configuram adequados para o atendimento deste público, o que ocasiona um nítido constrangimento e dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte destes. Enquadro fático diante do qual observa-se que tais barreiras e desafios ensejam em um diagnóstico deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado.⁷⁰

Dificultando-se, desta forma, o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado, reverberando em efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos, que comprometem a duração e qualidade de vida destes. Circunstância que reforça o diagnóstico

66 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

67 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

68 Ibidem, p.06.

69 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade.

Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

70 Ibidem, loc.cit.

21

apropriado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa, com adoção de modelo de cuidado à saúde contínuo, integral e humanizado, como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade.⁷¹

3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL

Os índices de pessoas com obesidade no Município de Salvador têm apresentado um crescimento gradual no decurso dos anos, sobretudo se observada a elevação deste percentual em cerca de 68,4%. Isto considerando que passou de 11,1% em 2010 para



20,5% em 2021, conforme dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).⁷² Ratificando o quanto exposto, vejamos a evolução nos percentuais apresentados a nível municipal, consoante dados indicados nos relatórios públicos emitidos pelo referido sistema entre os anos de 2011 e 2022:

Tabela 2: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel

Percentual de Adultos com obesidade em Salvador

Ano Referência Porcentagem de pessoas com obesidade

2010 11,1%

2011 14,9%

2012 14,1%

2013 14,9%

2014 17,8%

2015 16,3%

2016 19,9%

2017 19,5%

2018 18,6%

71 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

72 Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

22

2019 18,1%

2020 19,1%

2021 20,5%

Porcentagem de aumento de 2010 para 2021 68,4%⁷³

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico | Vigitel (2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022).

Da análise dos dados acima veiculados observa-se que o panorama esboçado pelos índices de obesidade no município é preocupante, especialmente por esta patologia se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não



transmissíveis (DCNTs), tais quais diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.⁷⁴ Compreensão corroborada pelo fato de que a incidência destas, particularmente das cardiopatias e diabetes, encontram-se atreladas a apresentação de um IMC superior a 25 kg/m², atinente às classificações de pré obesidade, obesidade grau 1, grau 2 e grau 3.⁷⁵

Ademais, note-se que tais enfermidades configuram-se como as principais causas de morte prematura (entre trinta e sessenta e nove anos) do Município, em especial as cardiopatias que apresentam as maiores taxas de mortalidade desta capital, consoante dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM).⁷⁶ Contexto o qual reforça a premissa tecida acerca dos impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, máxime diante da ausência de correlacionamento entre estas patologias por meio de um diagnóstico apropriado.⁷⁷

Neste liame, a prevenção e o diagnóstico adequado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa,

⁷³ Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

⁷⁴ Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

⁷⁵ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 42.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 24 set. 2023.

⁷⁶ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 59 et seq. Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 24 set. 2023.

⁷⁷ Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta.

Cadernos de Saúde Pública. João Pessoa: V. 34, 2018, p.02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7>

LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/?lang=pt. Acesso em: 03 jun. 2023.

23

com adoção de modelo de cuidado apropriado, se constituem como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade. Isto tendo em vista que a precariedade em quaisquer destes elementos, particularmente no que tange a ausência de diagnóstico adequado e correlacionamento entre as patologias anteriormente mencionadas, interferem na duração e qualidade de vida destes protagonistas.⁷⁸

Sob este mesmo enquadro, analisando-se outras bases de dados



governamentais, nomeadamente o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), abastecido com dados do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e do e-SUS (SISAB), observa-se que os percentuais tornam-se ainda mais críticos.⁷⁹ Isto dado que os índices deste indicador consubstanciam-se mais expressivos, como no ano de 2021, em que a percentagem de adultos acometida com obesidade era de 37,5%. Percentual este superior até mesmo a prevalência desta patologia na região nordeste (25,0%) e a nível nacional (28,5%).⁸⁰ A título de contextualização e comparação com os dados fornecidos pelo sistema Vigitel, bem como com os percentuais indicados a nível regional (nordeste) e nacional, vejamos os índices de obesidade (graus I, II e III) da população adulta acompanhada na rede de atenção primária à saúde do município de Salvador constantes nos relatórios públicos emitidos pelo SISVAN, mormente os relativos aos exercícios de 2010 a 2023:

Tabela 3: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel
 Percentual de Adultos com obesidade - Nível Municipal, Regional e Nacional⁸¹

Ano Referência Percentual Municipal
 Percentual
 Regional (Nordeste)
 Percentual
 Nacional

2010	28,18%	13,27%	16,48%
2011	30,66%	14,64%	17,98%
2012	30,52%	16,73%	19,93%
2013	30,8%	17,86%	21%
2014	31,1%	19,7%	22,39%

⁷⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. p. 214. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

⁷⁹ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Op.cit., 2022, p. 41.

⁸⁰ Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

⁸¹ Ibidem.

2015	31,88%	21,23%	24,57%
2016	33,49%	21,57%	25,1%
2017	32,7%	22,51%	25,98%
2018	34,5%	24%	27,29%
2019	35,17%	25,03%	28,54%
2020	36,6%	27,66%	31,6%



2021 37,5% 29,06% 32,92%
2022 35,26% 28,35% 31,88%
2023 36,14% 30,12% 33,38%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Afunilando-se a análise ora realizada, essencialmente no que diz respeito à organização político-administrativa sanitária, têm-se que o Município de Salvador se encontra dividido em 12 (doze) Distritos Sanitários, a citar: Centro Histórico, Barra, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano e Subúrbio Ferroviário. Tal categorização está voltada à divisão territorial das competências e atribuições relativas à assistência à saúde, de modo a facilitar a articulação das entidades atreladas à administração, fiscalização, atendimento e prestação de serviços públicos.⁸²

Note-se que esta organização compreende a disponibilização de serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde no território, englobando: unidades básicas de saúde, centros de apoio psicossocial, unidades ambulatoriais especializadas e de pronto atendimento, hospitais, dentre outros. Sendo estabelecida uma comunicação entre estes segmentos, de modo a mantê-los integrados e articulados, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, nos âmbitos público, privado (vinculados ou não ao SUS) e filantrópico, que contabilizam cerca de 3.599 estabelecimentos assistenciais de saúde.⁸³

Todavia, não se observa no âmbito de assistência à saúde às pessoas portadoras de obesidade tal dinamismo, especialmente se observados os altos índices de pessoas acometidas pela obesidade no município e a precariedade no setor de diagnóstico e prevenção. Neste ensejo, vejamos o número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade

82 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 215. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 out. 2023.

83 Ibidem.

25
em cada um dos referidos distritos e a representação percentual destes a nível municipal no ano de 2022, com base em análise restrita ao estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidade de saúde destes, conforme dados do SISVAN:

Tabela 4: Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador.

Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador⁸⁴

Distrito Sanitário
Nº de Unidades de
Saúde

Nº de casos/ sobrepeso			
Nº de casos/ obesidade			
Percentual de casos de obesidade por distrito			
Centro Histórico	08 2.806	2.651	3,61%
Barra/ Rio Vermelho	12 4.327	4.595	6,26%
Boca do Rio	08 2.816	2.815	3,83%
Brotas	06 3.615	3.810	5,19%
Cabula/Beiru	24 8.601	9.004	12,27%
Cajazeiras	10 5.144	5.470	7,45%
Itapagipe	02 2.364	3.271	4,45%
Itapuã	19 8.966	8.790	11,98%
Liberdade	06 3.102	3.346	4,56%
Pau da Lima	16 6.586	6.687	9,11%
São Caetano/ Valéria	16 7.169	7.830	10,67%
Subúrbio Ferroviário	36 13.493	15.102	20,58%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Quanto às mencionadas bases de dados, têm-se estas como importantes ferramentas para viabilização da identificação parcial do estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidades de saúde municipais, que devem ser correlacionados com um procedimento de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado. Potencializando-se com tais realizações a elaboração de estratégias de atuação próprias para o

84 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 15 out. 2023.

26
enfrentamento desta patologia e de suas comorbidades, atribuindo, assim, maiores coeficientes de efetividade às ações de assistência à saúde ofertadas no município.⁸⁵

4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM
OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO
SUS

4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1.1. PORTARIAS INSTITUÍDAS ANTERIORMENTE PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

O aumento gradual dos índices de obesidade no cenário nacional e municipal, evidenciado pelos dados apresentados em tópicos anteriores, atrelado ao fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, têm indicado a necessidade de desenvolvimento de estratégias e atuações estatais para se enfrentar tal patologia e suas comorbidades. Isto de modo a promover a saúde, reduzindo a morbimortalidade entre os seus portadores e proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida, por meio do pleno acesso aos serviços de saúde, com infraestrutura de atendimento adequada e acompanhamento médico integral.⁸⁶

Contexto a partir do qual se instituiu a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave, regulamentada a princípio pelas Portarias n. 252/1999, 45/1999 e 196/2000. Estas voltavam-se à inclusão da cirurgia bariátrica no rol de procedimentos disponibilizados pelo SUS, designação dos hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde para esse fim, oferta dos equipamentos adequados e estabelecimento dos

85 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 22 out.. 2023.

86 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

27

critérios clínicos de seleção de pacientes.⁸⁷ Definindo-se, assim, a gestão organizacional desta e as indicações e contraindicações para a sua realização, senão vejamos:

Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias do Ministério da Saúde: a. Indicações a.1 Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo menos 2 anos. a.2 Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada, como: diabetes, hipertensão, apneia do sono, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade. b. Contraindicações



b.1 Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcoolismo, dependências químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contra indiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras. 88

Ainda sob este prisma, atendo-se à necessidade de ampliação da prestação deste serviço, especialmente em virtude do elevado percentual de pessoas acometidas por obesidade mórbida à época, elaborou-se a Portaria n. 1.157/2000, a qual revogou a definição do número de centros de referência credenciados para a realização da cirurgia bariátrica no país, constante na Portaria n. 196/2000. Isto de modo a ampliar o número de unidades credenciadas para a realização do procedimento, estendendo as possibilidades de execução deste, não obstante tenha se mantido as exigências necessárias e próprias para tal.⁸⁹ Neste ensejo de promoção de revogações elaborou-se também a Portaria de n. 628/2001, que além de revogar as aludidas Portarias aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. Sendo válido ressaltar que a regulamentação e gestão técnica atinente a este protocolo encontra-se esmiuçada em seus anexos (I, II e III), que instituíram diferentes disposições para a sua operacionalização, além de discriminar o soldo a ser utilizado para o custeio das despesas relativas ao mencionado tratamento cirúrgico, a citar: os recursos provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação ? FAEC (art. 4º).⁹⁰ Quanto a predita operacionalização do protocolo, no Anexo I encontra-se assentada a obrigatoriedade do seu preenchimento, mormente nas etapas de avaliação inicial, indicação do procedimento cirúrgico e acompanhamento médico dos pacientes submetidos à gastroplastia, sob pena de descadastramento do Centro de Referência (art. 1º, §§ 1º, 2º e 4º). No que tange ao Anexo II, este dispõe sobre as normas a serem observadas para o cadastramento

87 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 22 out. 2023.

88 Ibidem, p. 167.

89 Ibidem, loc.cit.

90 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

28 do centro de referência em cirurgia bariátrica (art. 2º), conferindo ênfase a imprescindibilidade da equipe multiprofissional para a assistência médica às pessoas com obesidade, como garantia da integralidade (alínea c), do subtópico 2.1, do tópico 2).⁹¹

Por fim, menciona-se o Anexo III, em que se desdobra a relação de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica cadastrados no SUS (art. 3º). Dos quais, dos dezoito existentes naquele período, um se localizava no estado do Ceará (Fortaleza), dois em Minas Gerais (ambos em Belo Horizonte), um no Pará (Belém), três no Paraná (Curitiba, Maringá e Londrina), um em Pernambuco (Recife), um no Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), um no Rio de Grande do Sul (Porto Alegre), um em Santa Catarina (Florianópolis) e sete em São Paulo (São



Paulo [3], Campinas [1], Marília [1], Ribeirão Preto [1] e Piracicaba [1]).92
Neste diapasão, diante das alterações e deformidades corporais decorrentes da intensa perda de massa corporal acarretada pela realização da cirurgia bariátrica, que dentre os seus resultados ocasiona o excesso de pele e flacidez no abdômen, seios e braços, atada a consequente necessidade da promoção de cirurgias plásticas reparadoras, se instituiu a Portaria GM/MS n. 545/2002. Que, visando propiciar o acesso dos pacientes submetidos ao procedimento de gastroplastia as cirurgias plásticas corretivas, incluiu tais procedimentos cirúrgicos na supramencionada tabela do SIH-SUS, são eles:93

Tabela 5: Procedimentos cirúrgicos corretivos pós-gastroplastia incluídos na tabela de procedimentos do SIH-SUS pela Portaria GM/MS n. 545/2002.

Procedimento Código na tabela CID?s indicados Faixa etária

Dermolipectomia

Abdominal pós

Gastroplastia

38.058.13.8

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Mamoplastia pós

Gastroplastia

38.059.06.1

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia Crural

pós Gastroplastia

38.060.06.0

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia 38.061.13.9 E66.8, L08.8, L30.0, 18 a 60 anos

91 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

92 Ibidem.

93 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em:



<https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

29

Braquial pós

Gastroplastia

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 545/2002.

Todavia, a assistência médica direcionada às pessoas com obesidade não pode se restringir à atuação de forma reparativa, tendo em vista tal realização configurar-se incompatível com as diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) para a prestação do serviço à saúde por parte do Estado. Isto considerando a necessidade desta de englobar a atuação preventiva e reparativa, por meio da prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo a se observar a necessária integralidade nesta prestação entre os diferentes segmentos de assistência da mesma.⁹⁴

Cenário em que se instituiu a Portaria GM/MS n. 1.569/2007, que se debruçou sobre tais necessidades, mormente com a institucionalização da linha de cuidados ao portador de obesidade grave em todos os níveis de assistência à saúde, com a identificação dos principais determinantes e condicionantes desta patologia. Objetivando-se promover com tal feito a ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no âmbito da assistência às pessoas com obesidade, mediante a promoção de diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico especializado, em observância aos princípios que norteiam as ações e serviços públicos de saúde, em especial a universalidade, equidade e integralidade (art. 2º).⁹⁵

Para tanto, a citada Portaria estabeleceu em seu art. 3º as diretrizes para a operacionalização da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção da obesidade, especificando as ações e serviços a serem desempenhados em cada segmento para controle desta e de suas comorbidades. Englobando, na atenção primária, à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde para promoção desta, na de média complexidade, ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, arraigadas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas de qualidade.⁹⁶

A logística de atenção ao portador de obesidade, consoante previsão do referido diploma, deve ainda ser regulada de forma complementar e suplementar, pelos estados,

⁹⁴ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 31 out. 2023.

⁹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em:



https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.
96 Ibidem.

30
Distrito Federal e municípios, haja vista a competência das três esferas de governo para o controle e avaliação das ações desempenhadas com este fim. De forma a planejarem a atuação de cada unidade federada, atendendo aos já mencionados princípios e diretrizes do SUS, discriminados no art. 7º da Lei n.º 8.080/1990, qual seja: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização e igualdade da assistência à saúde.⁹⁷

4.1.2. PORTARIAS VIGENTES NA ATUALIDADE

Com a crescente prevalência da obesidade no decurso dos anos, haja vista o aumento gradual dos índices desta no cenário nacional, coadunada ao fato de as comorbidades a esta atreladas consubstanciarem-se como a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil, delineou-se a necessidade de se redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento desta. Panorama diante do qual se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu tal realização como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, esmiuçando a organização e as atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde e revogando as portarias GM/MS 1.569 e 1.570/2007.⁹⁸

Neste ensejo, no que concerne às diretrizes estabelecidas para a operacionalização da rede de atenção à saúde no âmbito da prevenção e tratamento da obesidade, destaca-se a importância conferida ao diagnóstico apropriado da população assistida, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades (art. 2º, IX). Isto a partir da identificação destes indivíduos com base em seu estado nutricional e estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades (art. 2º, I e II), além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento (art. 2º, VIII).⁹⁹

Feito que norteia, inclusive, outras de suas diretrizes, a citar: a utilização de sistemas de informação para a gestão dos casos existentes, regulação do acesso aos serviços de atenção especializada e monitoramento das ações e serviços desempenhados, bem como investigação e acompanhamento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade (art.

⁹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁸ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 1ª.

ed., att. 2015, Brasília: CONASS, 2011, v. 04, p. 45 et seq. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf)

[uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf) . Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de



Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

31

2º, IV e V). Realizações que se alinham a articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde e organização da oferta de serviços, por meio da instituição de mecanismos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção e segmentos desta (art. 2º, III e VI).¹⁰⁰

Já no que diz respeito às atribuições, estas encontram-se sequencialmente dispostas no art. 4º da citada portaria, sendo discriminadas para cada segmento da rede de atenção à saúde. Isto de modo a englobar as especificações pertinentes à atenção básica (art. 4º, I), especializada e aos sistemas logísticos e de apoio (art. 4º, III), pormenorizando inclusive os subcomponentes da atenção especializada, a citar: o ambulatorial especializado (art. 4º, II, a), o hospitalar (art. 4º, II, b) e a urgência e emergência (art. 4º, II, c), de modo a promover a intersectorização da atuação, mantendo-se a colaboração e assistência entre estes.

A título de ilustração acerca destas atribuições, com relação ao componente de atenção básica (atenção primária) ressalta-se o encargo de efetuar a vigilância alimentar e nutricional da população, aliada ao desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersectorial. Isto precipuamente através da fomentação do autocuidado dos usuários, com fins de manutenção e recuperação do peso saudável, imprimindo destaque as ações voltadas ao incentivo da alimentação saudável e prática de atividades físicas (art. 4º, I, a, b e c); e da prestação de assistência terapêutica multiprofissional, garantindo o acolhimento adequado destas pessoas (art. 4º, I, d, f e g).

Por seu turno, tendo em consideração a atenção especializada, sobretudo o subcomponente ambulatorial, observa-se a ratificação da colaboração entre os segmentos da rede de atenção à saúde, por constar dentre as suas atribuições a prestação de apoio matricial à atenção primária e gestão de pacientes dentre os demais componentes. Conjuntura observada ante a incumbência deste de identificar os usuários para a realização da cirurgia bariátrica, enquanto tratamento para a obesidade, com o conseqüente encaminhamento destes para o subcomponente hospitalar e posterior retorno para a atenção básica, prestando assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória (art. 4º, II, a, 1 ao 7).¹⁰¹

No que diz respeito ao subcomponente hospitalar, cabe a este avaliar os casos indicados pelos setores anteriores para a realização do procedimento cirúrgico, priorizando os que possuam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde (art. 4º, II, b, 1, 2 e 3). De modo a organizar o acesso à cirurgia bariátrica, bem como às cirurgias plásticas

100 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

101 Ibidem.

32



reparadoras que se façam necessárias e ao acompanhamento terapêutico multiprofissional pós-operatório, auxiliado pelos demais segmentos consoante as diretrizes e protocolos de encaminhamento fixados pela presente portaria (art. 4º, II, b, 3 ao 7, e art. 6º).¹⁰²

Quanto ao subcomponente da urgência e emergência, a este compete não apenas a prestação de assistência de âmbito geral, mas também às possíveis complicações atreladas ao sobrepeso e a obesidade e o acompanhamento do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos pacientes (art. 4º, II, c). Sendo o funcionamento, comunicação e colaboração entre estes componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde fomentado pelos sistemas de apoio e logística, que se comprometem com a realização de exames complementares, prestação de assistência farmacêutica e realização de transporte sanitário para o diagnóstico e tratamento da obesidade (art. 4º, III).¹⁰³

Acerca disto, no que compete à assistência farmacêutica, cumpre destacar que esta se refere aos medicamentos disponibilizados para as comorbidades e complicações associadas à obesidade, vez que o SUS, como observado na portaria ora analisada, estabelece a realização de tratamento não medicamentoso. Ao que, não fornece medicamentos que se destinam especificamente ao tratamento da obesidade pelo gerenciamento de peso, recomendados para pacientes com um IMC maior ou igual a 30 kg/m², haja vista estes não serem aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tal feito, sob a justificativa do alto custo e baixa eficácia destes medicamentos.¹⁰⁴

Superadas tais especificações, evoca-se que a referida portaria redefiniu as diretrizes das ações de prevenção e tratamento da obesidade e do sobrepeso e as atribuições dos componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde com fins de instituí-las como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Realização diante da qual não apenas elaborou um roteiro para a organização destas linhas de cuidado do sobrepeso e da obesidade (Anexo II), como também disponibilizou manuais instrutivos e cadernos temáticos para auxiliar em tal promoção.¹⁰⁵

¹⁰² Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

¹⁰⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Op.cit., 2013.

fato de que o tratamento cirúrgico da obesidade, atinente a realização da cirurgia bariátrica, configura-se tão somente como parte do tratamento integral, devendo ser implementada apenas quando esgotadas as ações dos segmentos mais básicos. Isto tendo em vista que prioriza-se a promoção da saúde e o cuidado clínico longitudinal, baseado em ações de promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável, enquanto autocuidado a ser desempenhado pelos pacientes, e a prestação de assistência terapêutica multiprofissional, estabelecendo-se rígidos critérios para a realização de procedimentos cirúrgicos.¹⁰⁶

No tocante a realização da cirurgia bariátrica, destaca-se que esta é indicada, conforme disposições do supracitado anexo, para indivíduos que apresentem: a) IMC de 50 Kg/m²; b) IMC de 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, cujo tratamento clínico longitudinal, efetuado por pelo menos 02 (dois) anos, não tenha surtido efeito; ou c) IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, doenças articulares degenerativas, entre outras, cujo tratamento clínico também não tenha obtido sucesso (item I, alíneas a, b e c, do Anexo I).

Somam-se a estas indicações, elaboradas com fundamento em redefinições das constantes em portarias anteriores (PRTs 252/1999, 45/1999 e 196/2000), os rígidos critérios para a análise de sua pertinência, a citar: não responsividade ao tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, observância aos limites clínicos existentes em virtude da faixa etária do paciente, precipuamente quando se tratarem de jovens entre 16 e 18 anos e adultos com idade acima de 65 anos, bem como compreensão dos aspectos do tratamento e assunção de compromisso com todas as etapas da programação do procedimento (item I, incisos I, II e III, do Anexo I).¹⁰⁷

Neste ensejo, em concomitância à Portaria MS/GM n. 424/2013 instituiu-se a Portaria MS/GM n. 425/2013, voltada ao estabelecimento do regulamento técnico, normas e critérios para a prestação da assistência especializada de alta complexidade ao portador de obesidade, principalmente do tratamento cirúrgico desta. Tendo previsto que configuram-se como unidades de saúde próprias à tal realização os hospitais que disponham de instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos apropriados para a prestação de apoio

106 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

107 Ibidem.

34 diagnóstico e terapêutico especializado, devendo tais estabelecimentos constarem na organização da aludida linha de cuidado (art. 1º e 2º).¹⁰⁸

Tendo, em compatibilidade com o quanto delineado na portaria antecedente, disposto as diretrizes para realização do tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirúrgico (Anexo I), as normas para o credenciamento dos estabelecimentos de saúde para o desempenho destas atividades (Anexo II), além da relação de procedimentos cirúrgicos,



medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais aprovados, no âmbito do SUS, para tanto (Anexo III). Outrossim, alterou as idades mínima e máxima para a realização do tratamento cirúrgico para 16, desde que respeitada a consolidação das epífises de crescimento, a 65 anos, conforme avaliação criteriosa do risco-benefício (art. 8º, §1º e 2º).109

No que concerne aos procedimentos inclusos pela portaria ora analisada no rol disponibilizado pelo SUS para tratamento da obesidade, menciona-se:

Tabela 6: Procedimentos incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS pela Portaria

GM/MS n. 425/2013.

Procedimento Código na tabela Faixa etária

Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional (art. 9º)

03.01.12.008-0 16 a 65 anos

Gastrectomia Vertical em Manga | Sleeve (art. 11)

04.07.01.036-0 16 a 65 anos

Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)

03.03.07.013-7 16 a 65 anos

Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)

04.07.01.037-8 16 a 65 anos

Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica (art. 13)

04.13.04.025-9 16 a 65 anos

Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica (art. 14)

04.15.02.001-8 16 a 65 anos

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 425/2013.

Observa-se, neste tom, a ratificação pelas portarias n. 424/2013 (art. 6º) e 425/2013 (art. 14) da garantia de realização dos procedimentos de cirurgias plásticas corretivas que se fazem necessários ante as deformidades corporais ocasionadas pela intensa perda de

108 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov.

2023.

109 Ibidem.

35

massa corporal provocada pela cirurgia bariátrica. Todavia, cumpre destacar que, malgrado não conste limitações na portaria n. 424/2013 acerca da quantidade de procedimentos reparatórios possíveis para cada paciente que tenha sido submetido ao tratamento cirúrgico, a portaria n. 425/2013 permite o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos.¹¹⁰

Por fim, salienta-se que as PRTs de n. 424/2013 e 425/2013 encontram-se contidas na Portaria de Consolidação n. 3, que se trata do instrumento normativo que reúne as normas pertinentes às diferentes redes temáticas de atenção, serviço e pesquisa em saúde que compõem o Sistema Único de Saúde. Dispondo-se nesta as diretrizes, atribuições e disposições gerais para a operacionalização satisfatória da assistência primária e especializada no âmbito do SUS para as diferentes comorbidades que assolam a população brasileira.¹¹¹

4.1.3. PROJETOS DE LEI.

Ainda no âmbito da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade, evidenciou-se ao longo do presente trabalho a configuração desta patologia como problema **de saúde pública**, ante as proporções epidêmicas alcançadas, consoante se extrai dos índices por esta apresentados a nível nacional e municipal. Precipualemente se considerada a insuficiência de abordagens abrangentes e não reducionistas nas unidades de saúde, acentuada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde e a falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos. Conjuntura que explana a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta doença e a baixa resolutividade dos mesmos.¹¹² Cenário diante do qual foi proposto o Projeto de Lei n. 3.526/2020, pelo senador Romário de Souza Faria, com o intuito de se obrigar que sejam disponibilizados equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa com obesidade pelos estabelecimentos de saúde (art. 1º), como: balanças, esfigmomanômetros, macas, cadeiras ginecológicas e odontológicas, mobiliário, vestimentas e demais materiais adequados. Isto sob o pressuposto de que estes estabelecimentos devem dispor de recursos apropriados para o

110 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2023.

111 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do

Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

112 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p. 06 et seq.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso

_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

36

atendimento destes indivíduos, visando a eliminação das possíveis barreiras existentes para estes protagonistas acessarem às ações e serviços públicos e privados de saúde.¹¹³

Ademais, dispõe-se ainda no supracitado projeto de lei que a inobservância a tal determinação configurar-se-á como infração sanitária, sendo sujeita às penalidades previstas no inciso II, do art. 10, da Lei nº 6.437/1977, qual seja: advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa (art. 2º). De modo que, tais estabelecimentos deverão respeitar os parâmetros técnicos estabelecidos em regulamento próprio para os espaços físicos, móveis, materiais e equipamentos médico-assistenciais que se façam necessários para o atendimento das pessoas portadoras de obesidade satisfatoriamente (§1º, art. 1º) impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes.¹¹⁴

A matéria atualmente se encontra na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aguardando a designação do relator do Projeto de Lei para a análise, discussão e emissão de parecer acerca da viabilidade e pertinência deste, devendo ser encaminhado posteriormente para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para decisão terminativa. Neste prisma, destaca-se que superado o prazo regimental de cinco dias úteis disposto no art. 122, II, ?c?, do Regimento Interno para a apresentação de emendas, estas não foram propostas, mantendo-se o projeto em sua integralidade e aguardando distribuição.¹¹⁵

Sob este mesmo enquadro menciona-se o Projeto de Lei nº 2.532/2021, proposto pelo senador Antonio Mecias Pereira de Jesus, que destina-se a alteração do art. 6º da Lei nº 8.080/1990, para inclusão, no âmbito de atuação do SUS, das cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica mediante indicação médica. Sendo estas a abdominoplastia e a lipoaspiração, para correção do excesso de pele e flacidez no abdômen, além da mamoplastia redutora para as hipóteses de hipertrofia mamária ou gigantomastia. Conferindo, deste modo, status de lei às garantias até então reconhecidas apenas em sede de portaria (Portaria de Consolidação n. 3).¹¹⁶

113 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde

a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa.

Disponível em:

https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=

[1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..) Acesso em: 11 nov. 2023.

114 Ibidem.

115 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 3526, de 26 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 11 nov. 2023.

116 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: <https://legis.senado>

[.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N)



DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

37

Isto sob a justificativa de que em uma porcentagem considerável dos casos de obesidade o cuidado clínico longitudinal, baseado na promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável para redução ou manutenção do peso corporal, não se faz suficiente, indicando-se como única alternativa terapêutica a realização da cirurgia bariátrica.

Procedimento cirúrgico do qual resulta intensa perda de massa corporal, atrelada a flacidez e excesso de pele, que podem ocasionar, inclusive, limitação da movimentação, desequilíbrio da coluna vertebral e infecções cutâneas recorrentes, evidenciando a necessidade de realização dos procedimentos reparadores para garantia da qualidade de vida destes pacientes.117

Diferentemente do projeto anterior, que ainda se encontra pendente de aprovação pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), este já passou pela análise promovida pela CAE, a qual o aprovou, considerando que não se diagnosticou a existência de impactos financeiros com a sua aprovação, sendo compatível **com as normas** que regulam as finanças públicas. Isto tendo em vista que, além de estas já se encontrarem dispostas na tabela de procedimentos do SUS, ante a previsão em portarias próprias, no que pertine a integralidade de assistência, a indispensabilidade do tratamento engloba não apenas a obesidade, mas também as deformidades observadas em decorrência da cirurgia bariátrica.118

Neste tom, os mencionados projetos de lei demonstram que, em que pese encontrem-se previstas diretrizes para o funcionamento da assistência médica no âmbito da atenção primária e especializada direcionada às pessoas com obesidade e da garantia de atendimento clínico especializado, dotado de equipamentos e infraestrutura adequada, ainda não se extrai coeficientes de eficácia satisfatórios. Mormente se observado que, não obstante tenha-se incluído os procedimentos reparadores na tabela do SUS, bem como os recursos necessários para o desempenho das ações e serviços de assistência à saúde, ainda se tem a necessidade de alçar tal matéria ao status de lei para possibilitar exigência mais incisiva desta.

117 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: <https://legis.senado>

[.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N](https://leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N)

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

118 Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023.

Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi>

[on=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgzNTcyMC40LjEuMTY5OTgzM3MwNy4wLjAuMA?](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi) Acesso em: 11 nov. 2023.

38

4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE

SALVADOR

A problemática atinente a invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade de se esquadriñar a tutela jurídica do Estado direcionada à estas é evidenciada ante os óbices relativos ao efetivo funcionamento da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade. Compreensão esta assentada nas barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde destes indivíduos, as quais englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.¹¹⁹

Quanto a estas deficiências, menciona-se o diagnóstico nutricional tardio e deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado com adoção de modelo condizente com a abordagem terapêutica integral, reverberando na baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos. Sendo tal entrave circundado pela diminuta disponibilidade de infraestrutura física e equipamentos adequados ao atendimento do indivíduo com obesidade nas unidades de saúde, sobretudo os pertinentes ao diagnóstico e implementação do processo de cuidado, a citar: balanças, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas, estetoscópio, esfigmomanômetro, dentre outros.¹²⁰ No tocante à infraestrutura voltada à assistência à saúde ao portador de obesidade no município de Salvador, não se observa nesta o dinamismo necessário para a efetiva implementação de ações e serviços inerentes à prevenção, diagnóstico e tratamento desta enfermidade. Isto especialmente no que concerne aos serviços do setor diagnóstico e terapêutico, vez que em que pese as disposições da Portaria MS/GM n. 424/2013, acerca da imprescindibilidade do acompanhamento médico e diagnóstico adequado, no Plano Municipal de Saúde não se verifica menção a tal promoção.¹²¹

119 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

120 Ibidem, p. 06 et seq.

121 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

39

Quanto a esta premissa, ressalta-se que não obstante tenha se aumentado a disponibilidade de equipamentos de diagnóstico nas unidades municipais de saúde no ano de 2020, não há alusão à capacidade destes para atendimento das pessoas com obesidade e suas especificações dimensionais. Sobre isto, dentre os equipamentos disponibilizados há o tomógrafo e o aparelho de ressonância magnética, que em certos quadros clínicos demandam especificações métricas diversas para que sejam capazes de comportar o biotipo destes, além do ultrassom convencional, quando o apropriado a determinados casos de obesidade é o



ecoendoscópio, em decorrência das dificuldades ocasionadas pelo panículo adiposo.¹²² Ainda no que tange a estes serviços de apoio diagnóstico e terapêutico discriminados no citado plano, salienta-se a ausência de tópico particularizado ou menção em aspecto geral à promoção de procedimentos ou aquisição de aparelhos apropriados ao atendimento destes protagonistas. Não havendo neste, ou sequer no Plano Municipal de enfrentamento das DCNTs, a indicação das medidas a serem adotadas para a avaliação clínica do paciente portador de obesidade, com o conseqüente correlacionamento com as comorbidades para as quais se estabelece como fator de risco, acaso existentes.¹²³

Condição delicada que inflama ainda outra vertente atrelada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e adesão aos processos terapêuticos, que se trata do conseqüente constrangimento experimentado por estes indivíduos quando desta tentativa frustrada, o que ocasiona um desestímulo à procura por assistência médica especializada. Tendo-se como fomento a esta conjuntura a perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, que responsabilizam estes pacientes pelo quadro clínico apresentado e equivocadamente associam a obesidade ao desleixo e/ou ausência de comprometimento com o cuidado da saúde e manutenção do peso, em que pese a origem multifatorial e complexa desta.¹²⁴

Comportamento que acaba por atravancar a procura por acompanhamento médico e tratamento adequado, tendo em vista a ausência de atendimento humanizado e acolhedor em relação a estes indivíduos. Mormente se considerado que tais pessoas se sentem

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

122 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 223 et seq. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I

_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 nov. 2023.

123 Ibidem, p. 261 et seq.

124 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.06. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

40

pressionadas e continuamente julgadas, ante os estereótipos estéticos reverberados pela sociedade e a crítica constante quanto a suposta ausência de cuidado para que se atingisse tal biótipo corporal. Quando, em verdade, isto é influenciado não apenas por hábitos alimentares dos indivíduos e sua frequência na prática de atividades físicas, como já mencionado.¹²⁵

Nesta toada, o despreparo dos profissionais para lidar com a complexidade da obesidade, ante ao estigma atrelado a esta que inobserva os fatores genéticos, metabólicos, sociais e culturais que influenciam na sua ocorrência, enseja em um atendimento deficitário que não se atém a análise atenta das particularidades e necessidades destes indivíduos.¹²⁶



Inobservando-se, desta maneira, as diretrizes traçadas pela mencionada portaria para o atendimento, cuidado clínico e prestação de assistência terapêutica multiprofissional que garanta o acolhimento adequado destes (art. 2º, I, II, V, VI, VIII, IX e X).¹²⁷

Sob este prisma, adere-se ainda a esta espiral de problemáticas o fato de que a busca por serviços de saúde por parte deste público é motivada, via de regra, por outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, haja vista esta se consubstanciar como fator de risco para o seu desenvolvimento. Havendo, diante disso, uma alta demanda para a realização de atendimento curativo e individual relativo a estas, sem que se efetue um diagnóstico mais aprofundado e completo, com análise das particularidades do paciente e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado.¹²⁸

Óbices que dificultam o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado dos mesmos, que é tangenciado por efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos sobre estes. Circunstância que reforça a necessidade de aprimoramento, especialmente na rede de atenção primária, da disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos

125 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

126 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

127 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

128 Brasil. Ministério da Saúde. Op.Cit., 2022, Loc. cit.

41

adequados para o atendimento, que ainda se demonstra escasso, em que pese tal classe consubstanciar-se como parcela significativa da população.¹²⁹

No que se refere à atuação na rede de atenção primária à saúde no município de Salvador, cumpre observar que esta se atém a redução dos riscos de adoecimento relacionados à alimentação e nutrição disposta na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Adotando, para tanto, procedimentos atinentes à Vigilância Alimentar e Nutricional nesta proposta, voltada ao diagnóstico e monitoramento do estado nutricional da população, cuja procedimentalização se encontra adstrita às ações relativas ao SISVAN nas unidades



básicas de saúde do município.130

Realizações estas compatíveis com parte das atribuições discriminadas pela Portaria n. 424/2013 para este segmento (art. 4º, inciso I, alíneas a, b e c). Porém, como tecido anteriormente, com base no cenário delineado pelos dados disponibilizados ao acesso público, não se observa na atuação municipal a prestação de assistência terapêutica multiprofissional e a garantia de acolhimento adequado aos indivíduos portadores de obesidade. Feitos indicados pela citada portaria como atribuições da rede de atenção primária perante a linha de cuidado instituída para prevenção e tratamento da obesidade (art. 4º, inciso I, alíneas d e g).131

Neste diapasão, detendo-se a atenção à referida linha de cuidado, cumpre rememorar que a instituição desta pelas unidades federativas, em condição prioritária na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas, foi também estabelecida pela Portaria n. 424/2013, ao redefinir as diretrizes pertinentes a esta temática.132 Possuindo como finalidade a oferta de ações e serviços de saúde de modo integrado e harmônico entre os diferentes segmentos que compõem a RAS (atenção básica/primária e especializada de média e alta complexidade), garantindo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado clínico.133

129 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 15 nov. 2023.

130 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

131 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 nov. 2023.

132 Ibidem.

133 Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em:

[https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf)

[pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf). Acesso em: 15 out. 2023.

42
Todavia, nem todos os estados a implementaram, vez que apenas o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Acre, Distrito Federal, Goiás,



Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe a instituíram, ao tempo que os estados de Alagoas, Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí e Tocantins estão debatendo e trabalhando para a instituição desta, não tendo sido encontradas até o presente momento informações acerca da efetiva instituição das mesmas.

Neste tom, destaca-se que não foram disponibilizados dados e informações acerca da implantação de uma linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade no estado da Bahia. O único documento encontrado acerca da gestão de atendimento e cuidado desses indivíduos trata-se do Protocolo de atendimento e acompanhamento de pessoas com obesidade elaborado pelo Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), com o intuito de regular os critérios de encaminhamento de pacientes para este.¹³⁴

Nota-se, assim, uma deficiência na implantação de protocolos e fluxos de cuidado nas instâncias iniciais de atendimento da rede de atenção primária à saúde (APS) no Estado da Bahia, que reverbera na gestão promovida pelo Município de Salvador, não se observando uma atuação preventiva a obesidade de modo a evitar o agravamento da condição clínica e desenvolvimento de outras comorbidades. Quanto a isto, não foram disponibilizados nos bancos de dados e documentos de acesso público informações relativas ao abastecimento e suficiência de equipamentos necessários para o atendimento, diagnóstico e tratamento da obesidade, bem como formação e capacitação de profissionais da saúde.

Noutro tom, em meio a este crítico cenário é válida a menção à instituição do Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), o qual oferece uma rede integrada de atenção ao paciente, com atendimento multidisciplinar em áreas referentes ao desenvolvimento de possíveis complicações e comorbidades a estas atreladas. O mesmo apresenta uma atuação integrada a das demais unidades de saúde que compõem a rede de atenção primária, as quais realizam a interlocução e encaminhamento dos pacientes. No entanto, este apresenta critérios restritivos para a admissão, englobando:¹³⁵

Paciente de 18 a 60 anos com obesidade grau 3 (IMC > ou = 40) com ou sem comorbidades ou grau 2 (IMC entre 35 e 40) com pelo menos duas comorbidades

134 Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

135 Ibidem.

43

relacionadas ao excesso de peso, desde que estejam sensibilizados e predispostos a fazer mudanças de estilo de vida visando perda ponderal e com acompanhamento regular na Atenção Primária por pelo menos 01 ano. 136

Ademais, destaca-se que no ano de 2020 foi incorporado ao Hospital Municipal de Salvador (HMS) o serviço de cirurgia bariátrica, compreendido como um importante meio de tratamento da obesidade e suas comorbidades. Integrando-se nesta área de atuação com o citado Cedeba, instituído décadas antes (24/03/1994), cujo ambos dispõem de

uma equipe composta de médicos, endocrinologistas, psicólogos e nutricionistas voltados ao acompanhamento destes indivíduos para a identificação da adequação do procedimento e sua consequente realização.¹³⁷

Neste ensejo, entende-se pela observância às atribuições do componente de atenção especializada quanto à identificação de casos de realização do procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhamento destes para as unidades apropriadas para tal promoção, ante ao esgotamento das possibilidades terapêuticas na APS (art. 4º, inciso II, alínea a, itens 1, 2 e 3). Contudo, não se tem menção ao importante acompanhamento terapêutico multiprofissional no pós-operatório a ser desempenhado na rede de atenção especializada hospitalar (4º, inciso II, alínea a, itens 5 e 6, c/c alínea b, itens 1, 3 e 5).¹³⁸

5. CONCLUSÃO.

O presente trabalho se propôs a esquadrihar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto ante a potencial invisibilização desses indivíduos no sistema de saúde, em que pese a existência de instrumentos normativos que versam especificamente acerca

136 Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em:

<http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao>

-de-criterios-de-matricula.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

137 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 277 et seq. Disponível em:

[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I)

[_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf) . Acesso em: 15 nov. 2023.

138 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 out. 2023.

44

desta matéria, os quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos diferentes níveis que compõem esta rede de assistência, a citar: as Portarias MS/GM n. 424 e 425/2013.

Neste ensejo, impende destacar o reconhecimento desta doença como problema **de saúde pública**, haja vista que além dos altos índices de incidência apresentados, que já alcançam proporções epidêmicas, esta se consubstancia como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, a citar: hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias.

Enfermidades que, inclusive, são as responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade desta

capital, conforme dados disponibilizados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), o que evidencia os impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, interferindo na duração e qualidade de vida destes protagonistas.

Ademais, salienta-se ainda os drásticos impactos financeiros exercidos pelos gastos com esta patologia no sistema de saúde, o qual exige um considerável despendimento econômico por parte do Estado, que já alcança a monta de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo-se significativamente o orçamento estatal para estes gastos. Panorama geral que evidencia a necessidade de se debater a eficácia dos instrumentos normativos existentes acerca da matéria, de modo a potencializar a estruturação da rede de atenção primária e especializada voltada à prevenção e tratamento da obesidade e a garantia de acesso à saúde de qualidade, enquanto direito fundamental constitucionalmente assegurado.

Neste tom, este trabalho foi desenvolvido mediante a aplicação do método de pesquisa bibliográfica, lastreada em material publicado a respeito da temática, especialmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde, relatórios publicados em plataformas governamentais e legislação existente acerca da matéria. Tendo se utilizado, ainda, de abordagem metodológica qualitativa, voltada ao entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo de Karl Popper, cujas hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a identificação da solução do problema de pesquisa explicitado.

Sob este prisma, para se alcançar uma compreensão da realidade acerca dos efeitos da aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e da necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades dos indivíduos com obesidade, estabeleceu-se quatro objetivos específicos. Sendo o primeiro pertinente a identificação da regulamentação do direito à saúde, do seu status no ordenamento jurídico e quais os meios e sistemas elaborados pelo Estado para a efetivação do acesso à saúde, enquanto garantia de um mínimo existencial nesta esfera.

45

No que concerne a este, observou-se que a regulamentação geral do direito à saúde encontra-se disposta na Constituição Federal, em que é reconhecida como um direito social, nos termos do art. 6º, e elevada a condição de direito fundamental. Sendo que, no referido diploma, esta matéria encontra-se disciplinada em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, que estabelecem as normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira. Visando-se a garantia e ampliação do acesso às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de prestações materiais positivas e providências jurídico-normativas.

Conjuntura sob a qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado, que encontra-se disposto no art. 198 do diploma constitucional e é regulamentado de forma mais específica nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990 que delineiam o arcabouço legal e principiológico para seu funcionamento. Isto enquanto suporte para a efetivação da política de saúde do país, por estabelecer um conjunto de ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. No que concerne ao segundo objetivo específico, este refere-se à análise das principais estratégias formuladas pelo sistema público de saúde para o controle do número de



casos de obesidade no país, atendo-se à identificação das bases legais existentes acerca da matéria. Tendo-se, nesta oportunidade, verificado a instituição de uma série de portarias atinentes à estruturação da rede de atenção primária e especializada do SUS para atendimento destes indivíduos, as quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos segmentos que a compõem para a prevenção e tratamento da obesidade.

Sendo que, nas Portarias mais recentes (PRTs MS/GM n. 424 e 425/2013) foi conferida maior relevância a realização do diagnóstico apropriado dos pacientes, centrado nas particularidades e necessidades destes, mediante identificação de seu estado nutricional e estratificação consoante a presença de outros fatores de risco e comorbidades. Isto além da importância creditada ao acompanhamento terapêutico adequado, com encaminhamento para serviço especializado e adoção de modelo com abordagem terapêutica integral e intersetorial, malgrado não se observe a efetivação destas realizações no município de Salvador.

No que tange ao terceiro objetivo específico, convergente a verificação de como se dá a operacionalização dos eixos estratégicos para que abarque as necessidades da população obesa assistida, tal informação encontra-se também disciplinada na Portaria n. 424/2013. Isto considerando que, como discorrido no desenvolvimento deste trabalho, esta engloba as principais atribuições dos níveis de atenção básica, especializada e dos sistemas

46
logísticos e de apoio à saúde, esmiuçando inclusive os encargos dos subcomponentes da atenção especializada (ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência), ao estabelecer as atividades a serem desempenhadas intersetorialmente nestes.

Já no que diz respeito ao quarto e último objetivo específico, pertinente a identificação das barreiras enfrentadas para a garantia do acesso à saúde às pessoas com obesidade, sobretudo nesta capital, constatou-se: a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas no âmbito de atendimento médico, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a infraestrutura física e equipamentos adequados ao acompanhamento destes indivíduos nas unidades de saúde. Deficiências agravadas pelo diagnóstico nutricional tardio e deficitário, ante a perspectiva culpabilizadora e despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a complexidade da obesidade, que desestimula a procura por assistência médica especializada. Aglutina-se ainda a este encadeamento a questão da busca por ações e serviços de saúde ser motivada, majoritariamente, pela manifestação de outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, que em sua maioria não são correlacionadas com a mesma. Dificultando-se, desta forma, o diagnóstico mais aprofundado, com análise das particularidades dos pacientes e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado, com a consequente garantia de uma melhor qualidade de vida para estes.

Informações estas que comungam com as alegadas limitações diagnósticas e terapêuticas indicadas em virtude da inobservância de importantes disposições previstas nas aludidas portarias, que se destinam a operacionalização das ações e serviços de prevenção e tratamento da obesidade. Considerando que, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública no âmbito da saúde, ainda se nota a precariedade no que tange ao diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado, sendo tal conjuntura circundada pela parca disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos adequados.

Confirmando-se, assim, as hipóteses levantadas acerca da problemática.

Diante de tudo quanto exposto, observa-se que no tocante a conjuntura analisada não se faz necessária a elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, mas sim a implementação efetiva das disposições das portarias já existentes que regulam a matéria. Isto tendo em vista que, as previsões nestas existentes já se debruçam sobre as necessidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional, ante a busca por profissionalização do corpo de trabalho que a compõe.

47

Sendo estabelecido por estas, ainda, toda a divisão de atribuições entre os diferentes segmentos que a integram, de forma a corroborar com a colaboração entre estes, possibilitando uma atuação intersetorial e dinâmica, com assistência não apenas reparativa, mas também preventiva, atendendo às disposições gerais tecidas quanto à garantia do direito à saúde. Note-se que, até mesmo os projetos de lei elaborados nesta esfera voltam-se a busca de garantia de coeficientes de efetividade de disposições já constantes nas mesmas, seja em relação ao atendimento especializado com infraestrutura adequada ou a autorização e custeio de cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica. Necessita-se, portanto, especialmente no âmbito do município de Salvador, da efetiva implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes. Isto porque, conforme se extrai das informações sobre a atuação municipal, angariadas nas plataformas de dados governamentais disponíveis e nas documentações disponibilizadas ao acesso público, especialmente os planos municipais de saúde e de enfrentamento às DCNTs, este ainda não implementou as principais medidas para acompanhamento destes indivíduos. Neste diapasão, salienta-se que em que pese as tentativas, não foram encontradas ou fornecidas maiores informações acerca da instituição, no município, da linha de cuidado voltada especialmente para a prevenção e tratamento da obesidade, bem como das políticas públicas implementadas visando tal feito ou dos processos de cuidado direcionados ao acompanhamento deste público. Ademais, não se disponibilizou também dados acerca da infraestrutura técnica, profissional e material existente no município para a devida prestação da assistência médica a ser direcionada a esta parcela substancial da população, sendo esta ausência de acesso ou existência a informação também compreendida como tal. Circunstância diante da qual se propõe que, para pesquisas futuras, se angarie mais informações acerca da gestão desempenhada no município no âmbito da rede de assistência primária e especializada do SUS, com destaque às ações e serviços implementados por este para prevenção e tratamento da obesidade. Sobretudo, se houve a instalação de uma linha de cuidado prioritária específica para esta esfera, como discriminado nas portarias vigentes acerca da temática, ou se há planos para a sua futura implementação, com a adoção do plano de atribuições nesta discriminados.

REFERÊNCIAS



Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pdf . Acessado em 09 de março de 2023.

Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006.

Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao-de-criterios-de-matricula.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Obesidade e Sobrepeso. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórniás Machado. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em 27 de agosto de 2023.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivi_l_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.



Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em:
<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas.> Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.htm. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao



Indivíduo com Obesidade. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccc.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

Brasil. Senado Federal. Matérias Bicamerais: Projeto de Lei nº 3526, de 2020. Disponível

em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>.
Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&disposition=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MDMwNy4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA.. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em:
https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&n_umero_Processo=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em:
https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI_A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021. Disponível em
<https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 111-153, 3 nov. 2020.

Malta, Deborah Carvalho. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Revista **de Saúde Pública**. São

Paulo, 2017;51 Supl 1:4s, p. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2023.

Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); **FERRAZ, Anna Cândida da Cunha** (Coord.). **Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo**. Barueri: **Manole**, 2020.

Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006.

Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Corso, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Revista de Nutrição. Campinas: V. 17, out./dez., 2004, p.01. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Souza, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.



WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.



=====
Arquivo 1: [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Arquivo 2: <https://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/11357> (189 termos)

Termos comuns: 15

Similaridade: 0,11%

O texto abaixo é o conteúdo do documento [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Os termos em vermelho foram encontrados no documento

<https://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/11357> (189 termos)

=====

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
GRADUAÇÃO EM DIREITO

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

Salvador

2023

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA



TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

TCC apresentado ao Programa
de Graduação em Direito da
Universidade Católica do
Salvador, como requisito
parcial para a obtenção do grau
de bacharel em direito.

Orientador: André Quadros
Côrtes, Mestre em Políticas
Sociais e Cidadania.

Salvador
2023

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

RESUMO



O presente trabalho se propôs a analisar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde direcionado às pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados **na rede de** atenção primária e especializada do SUS. Isto no intuito de se esquadrihar a aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades destes indivíduos. Interesses estes fundados nos desafios e barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços pertinentes à promoção, proteção e recuperação da saúde da população obesa, que englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional. Para tanto aplicou-se o método de pesquisa bibliográfica, embasada em material publicado a respeito da temática, particularmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde e relatórios extraídos de plataformas governamentais. Utilizando-se, ademais, de abordagem metodológica qualitativa, focada no entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para identificação da solução do problema de pesquisa explicitado. Sob este enquadro, a análise realizada evidenciou a prescindibilidade de elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, vez que, em verdade, faz-se necessária a implementação efetiva das disposições constantes nas portarias já existentes acerca da matéria. As quais se debruçam sobre as particularidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional. Conjuntura sob a qual delinea-se a necessidade, mormente no âmbito do município de Salvador, de implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; DCNTs; Comorbidades; Saúde; SUS; Prevenção; Diagnóstico; Tratamento; Atendimento; Acompanhamento; Infraestrutura; Estigma; Atenção Primária; Atenção Especializada; Mortalidade; Morbidade; Portarias; Eficácia.

ABSTRACT

The present work proposed to analyze the effectiveness coefficients of the legal protection of the right to health aimed at people with obesity in the Municipality of Salvador, especially with regard to the actions and services performed in the primary and specialized care network of the SUS. This is in order to investigate the apparent invisibility of people with obesity in the health system and the need or not to develop legislative instruments specifically aimed at the needs of these individuals. These interests are based on the challenges and barriers identified for the

offer and implementation of actions and services relevant to the promotion, protection and recovery of the health of the obese population, which include the absence of comprehensive and non-reductionist approaches, accentuated by the lack of or insufficient access to medical equipment and professional qualification. To this end, the bibliographical research method was applied, based on published material on the topic, particularly books, periodicals, articles, health notebooks and reports extracted from government platforms. Furthermore, using a qualitative methodological approach, focused on understanding and evaluating the research object, linked to the hypothetical-deductive method, in which the formulated hypotheses are subjected to the falsification process to identify the solution to the explained research problem. Under this framework, the analysis carried out highlighted the unnecessary development of new normative instruments to establish guidelines and operationalize SUS health care networks, since, in truth, it is necessary to effectively implement the provisions contained in the ordinances already existing information on the subject. Which focus on the particularities to be observed so that adequate diagnosis of the obese population can be promoted, with specialized monitoring, equipped with technical and professional infrastructure. Situation under which the need is outlined, especially within the scope of the municipality of Salvador, to implement the guidelines and attributions contained in the Ordinances and National Policies drawn up on the subject, such as the institution of the line of care for the prevention and treatment of overweight and obesity, among other achievements in these constants.

Key words: Obesity; Overweight; NCDs; Comorbidities; Health; SUS; Prevention; Diagnosis; Treatment; Service; Follow-up; Infrastructure; Stigma; Primary attention; Specialized Care; Mortality; Morbidity; Ordinances; Efficiency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	8
2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.	8
2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	12
3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL	21
4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E	



ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1.1. Portarias instituídas anteriormente para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade	26
4.1.2. Portarias vigentes na atualidade.	30
4.1.3. Projetos de lei.	35
4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	38
5. CONCLUSÃO.	43

5

1. INTRODUÇÃO

A saúde se consubstancia como um direito social, assim reconhecida no art.

6º da Constituição Federal, que a elevou à condição de direito fundamental, dotando-lhe de força normativa e vinculante.¹ Cenário este que exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, para se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos termos do art. 196 da CF.² Enquadro lógico sob o qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado (art. 198, da CF), enquanto suporte à efetivação da política de saúde no país.³

Tal sistema é responsável pela atenção à saúde da maioria dos cidadãos, englobando um conjunto de serviços ambulatoriais, terapêuticos e pré-hospitalares de urgência e emergência especializados.⁴ Todavia, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda tem se demonstrado exígua. Tendo a referida patologia se tornado um problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas que têm alcançado em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas quando do atendimento primário.⁵

A título de contextualização, salienta-se que a obesidade se trata de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa que representa o aumento excessivo de tecido adiposo no organismo, haja vista apresentar um excesso no Índice de Massa Corporal (Superior a 30 kg/m²).⁶ Dentre as suas causas, alberga fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos, dos quais a literatura científica

1 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

2 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da

Cunha (Coord.). *Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo*. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

3 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

4 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-



SUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2 saud_soci](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2_saud_soci)

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

6 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity

. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

6

destaca como principais a inatividade física, a redução do consumo de alimentos básicos e a maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar.⁷

Esta, em decorrência das suas complicações metabólicas, se configura ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, as quais não são correlacionadas a um diagnóstico apropriado, ante a deficiente estrutura de atendimento.⁸ O que reverbera na ausência de encaminhamento para serviço especializado, com adoção de modelo adequado à abordagem terapêutica integral, que se constituem como importantes aspectos para a redução da morbimortalidade das pessoas com obesidade.⁹

Quanto a isto, nota-se que consoante dados apontados pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB), apenas 2,5% do total de atendimentos individuais são voltados à condição avaliada como obesidade.¹⁰ Conjuntura esta incongruente com os índices apresentados no ano de 2023 nos relatórios públicos emitidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde, que indicavam que aproximadamente 34.51% dos indivíduos adultos já possuem diagnóstico de excesso de peso, 20.65% de Obesidade Grau I, 8.23% de Obesidade Grau II e 4.37% de Obesidade Grau III.¹¹ Contexto que se reproduz no município de Salvador, cujo os índices apresentados neste relatório indicam que aproximadamente 33.1% dos indivíduos adultos possuem diagnóstico de sobrepeso, além de apresentar porcentagens ligeiramente mais altas de Obesidade Grau I (21.68%), Obesidade Grau II (9.42%) e Obesidade Grau III (5.05%), se comparada com os índices nacionais. Circunstância sob a qual se observa que os atos normativos elaborados não transparecem coeficientes de eficácia válidos, especialmente no que concerne ao cuidado direcionado a estes protagonistas neste município.¹²

Ratifica-se, desta forma, a premissa tecida acerca da precariedade de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento, que ainda é circundada pela parca

7 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão



beta. Cadernos

de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

8 Ibidem.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

10 Ibidem, p.11.

11 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em:

<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

12 Ibidem.

7

disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade. Particularmente aqueles voltados ao rastreamento e implementação do processo de cuidado, tais quais: balanças, macas e cadeiras adequadas, fita métrica, esfigmomanômetro, dentre outros. Condições observadas não obstante tais indivíduos representarem porcentagem significativa da população, consoante delineado linhas alhures.¹³

Sob este prisma, impende ainda ressaltar que o fato de a obesidade se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs exerce drásticos impactos nos índices de morbidade e mortalidade, bem como nas finanças pertinentes ao sistema de saúde. Tendo se contabilizado em estudo elaborado sobre a temática que do orçamento de R\$6,77 bilhões gastos anualmente com estas, cerca de R\$1,49 bilhões são atribuídos ao excesso de peso e obesidade. Percentual este que se mantém considerável no que tange ao número de mortes (128,71 mil), hospitalizações (495,99 mil) e procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS (31,72 milhões), o que denota a sobrecarga deste sistema.¹⁴

Neste ensejo, tem-se traçada a necessidade de priorização e revisão dos aspectos estruturais da rede de atenção à saúde do SUS, no âmbito primário e especializado, essencialmente no que concerne à organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade delineada nas portarias já elaboradas sobre a matéria.¹⁵ Contexto este que influenciou a elaboração do presente trabalho, o qual tem como objetivo analisar se, diante do cenário exposto, faz-se necessária a elaboração de novos instrumentos legislativos de atenção à saúde voltadas especificamente as particularidades destes indivíduos, ou se, em verdade, se trata da necessidade de efetivação dos já existentes.

Arelando-se tal questionamento, ainda, a indagação de como esta possível invisibilização no sistema público de saúde reverbera em consequências tangenciais à garantia do direito à saúde e, como sequela, a uma ampla qualidade de vida. Isto em virtude de se ter, dentre os princípios fundamentais desta República, a dignidade da pessoa humana, que reverbera na garantia das necessidades vitais do ser humano, englobando o acesso à saúde permeada em ações e serviços de qualidade. Questionamento este existente em decorrência da

13 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.16. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

14 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado.

Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Op.cit., 2022, p.13.

8

ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas e da precariedade de diagnóstico e encaminhamento para atendimento apropriado destes indivíduos no sistema de saúde.16

Fundado neste intuito, o presente trabalho se consubstancia como uma

reflexão e estudo decorrente da aplicação do método de pesquisa bibliográfica, subsidiada em

material publicado acerca da temática, em especial livros, artigos e periódicos, bem como na

legislação existente, que corroboraram para a constatação e deslinde da problemática

identificada. Isto além do levantamento de dados quantitativos, vez que se analisará material

lastreado em dados publicados pelo governo federal e municipal sobre os índices de obesidade, atendimento, diagnóstico e disponibilização de tratamento.

Tendo se utilizado, para tanto, de abordagem metodológica qualitativa,

voltada à compreensão e avaliação do objeto de pesquisa. Isto considerando as características

da situação, avaliando e medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito da

problemática analisada, qual seja: a potencial invisibilização das pessoas com obesidade no

sistema de saúde, sobretudo no que concerne à rede de atenção primária e especializada do

SUS, à luz dos instrumentos legislativos existentes.

Sob este enquadro empregou-se o método hipotético-dedutivo de Karl

Popper, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a

construção da solução do problema de pesquisa narrado e, posteriormente, são confirmadas ou

refutadas. De forma que, com o desenvolvimento da referida discussão, foi construída a

argumentação finalística deste e estabelecida a sua conexão com a conjuntura fática observada hodiernamente.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.

A adoção do modelo de bem-estar social pela federação brasileira, em que se

observa uma intervenção mais incisiva do Estado no intuito de se assegurar aos indivíduos o



16 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

9

acesso a serviços assistenciais básicos, com a conseqüente disposição da saúde como um direito social (art. 6º da CF), alçou-a à condição de direito fundamental. Posição esta que lhe confere caráter vinculante e normativo, dotado de exigibilidade perante aos seus titulares, enquanto meio para se garantir o mínimo existencial necessário para uma vida digna, em compatibilidade com os fundamentos fixados para o país no artigo 1º da Constituição (CF).¹⁷

Neste tom, o direito à saúde encontra-se compreendido em um bloco

integrado, ainda, pelos direitos à previdência e à assistência social, relativos à área de atuação da seguridade social.¹⁸ A qual estabelece um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas à proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à tríade de garantias citadas acima, consoante disposto no art. 194 da Constituição.¹⁹

Observando-se, a partir desta perspectiva, a atuação de diversos órgãos da administração pública direta e indireta e de atores políticos atrelados às ocupações desta no âmbito federal, distrital, estadual e municipal de forma regionalizada e hierarquizada.²⁰

Cenário sob o qual se exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, por meio da implementação de políticas públicas, de modo a se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.²¹ Sendo a matéria tratada no diploma constitucional, em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, os quais estabelecem uma série de normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira,²² com prestações materiais positivas do Executivo e providências jurídico-normativas do Legislativo.²³

Nesse sentido, ratificando o quanto esposado, vejamos as premissas tecidas por Alexandre de Moraes acerca da matéria que explanam a lógica em voga:

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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

17 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

18 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica

tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 119, 3 nov. 2020.

19 Brasill. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

20 Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre:



Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006, p. 496.

21 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida

da Cunha (Coord.). *Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo*. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

22 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. Op.cit., 2020, p. 121.

23 Cunha Júnior, Dirley. Op.cit., 2012, p.767 et seq.

10

(CF, art. 196), sendo 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 por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).²⁴

Note-se que o art. 196 da CF, além de estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, destaca a finalidade de sua atuação neste campo, atrelando-a à redução do risco de doenças e de outros agravos²⁵. Compreensão esta ratificada no tema de Repercussão Geral de n. 793, em que o Supremo Tribunal Federal (STF) inseriu o tratamento médico adequado dentre o rol de deveres estatais, assim como fixou a responsabilidade solidária dos entes federados. O que corrobora com a premissa de atuação regionalizada e hierarquizada dos entes políticos a nível federal, estadual, distrital e municipal quanto à garantia de acesso universal e igualitário à saúde e seus desdobramentos.²⁶

Tal feito, pois, encontra-se pautado na descentralização da atuação das esferas de governo no âmbito do direito à saúde, atinente às áreas de operação dos entes políticos no atendimento integral da população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.²⁷ Isto porque, a efetivação deste direito compreende não apenas a disponibilização de hospitais ou postos públicos de saúde devidamente equipados para atendimento, mas também o fornecimento de medicamentos e profissionais qualificados para a prestação de serviços públicos desta estirpe.²⁸

À vista disso, visando conferir maior efetividade à política de saúde do país foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no art. 198 da CF e regulamentado de modo mais específico nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que fornecem o arcabouço legal e principiológico para a sua operacionalização. Definindo-se tal sistema como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em conformidade com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.²⁹

24 Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 537.

25 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

26 Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever

de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProc>

esso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.



27 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Op.cit. Acesso em: 09 mar. 2023.

28 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.769 et seq.

29 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: [https://www](https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt)

[.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 27/05/2023.

11

Ratificando o quanto esposado, vejamos as considerações tecidas pelo doutrinador Dirley da Cunha Júnior acerca da matéria explanam a lógica em voga:

Visando a execução das políticas públicas de saúde, a Constituição instituiu um sistema único de saúde (SUS), que passou a compreender todas as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (art. 198). (...) Nada obstante ser de atribuição do Poder Público, a Constituição facultou a assistência à saúde à iniciativa privada (art. 199), de modo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.³⁰

As LOS comportam, desta forma, disposições no tocante à participação da comunidade na sua gestão e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados a sua manutenção (Lei nº 8.142/90). Além de esmiuçarem o quanto externado no art. 198, indicando as condições para a atuação do SUS, especialmente ao estabelecerem o modo de organização e funcionamento dos serviços prestados e instituírem os objetivos, competências e atribuições do mesmo (Lei nº 8.142/90).³¹ Reforçando, assim, a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³²

Seguindo este enquadro lógico, destacam-se dois importantes princípios delineados nos incisos I e II, do art. 7º, da referida lei 8.080/1990. São eles, respectivamente: o da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e o da integralidade desta, compreendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema. Destacando-se a sua importância por reforçarem a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³³

30 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

31 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:



27/05/2023.

32 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao->

2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 10.

33 Ibidem, loc.cit.

12

Sob esta ótica, confere-se destaque ao objetivo disposto no art. 5º, III, da Lei n. 8.080/1990, que estabelece a prestação de assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como atribuições do SUS³⁴. O qual, para desempenhar de modo satisfatório tal encargo, abarca uma série de serviços, a citar: rede hospitalar de média e de alta complexidade, serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, serviços ambulatoriais especializados e serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, incluindo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Portando-se, hegemonicamente, como responsável pela maioria dos cidadãos brasileiros no âmbito da garantia ao direito à saúde³⁵.

Entretanto, a despeito do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem se demonstrado insuficiente e insatisfatória. De modo que, tal patologia tem se estabelecido como um problema de saúde pública, ante as suas proporções epidêmicas e a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, sendo tal questão matéria de discussão dos tópicos adiante delineados.³⁶

2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

Atendo-se a base principiológica concernente a institucionalização do SUS, principalmente no que tange a integralidade na prestação dos serviços de saúde, nota-se a instituição de três segmentos relativos à atenção à saúde, a citar: (a) atenção primária, (b) de média e (c) de alta complexidade, cujo estas duas últimas integram a rede de atenção especializada.³⁷ A aludida organização presta-se a melhor estruturação dos serviços

34 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

35 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_soci

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

36 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção



Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

37 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 11.

13

disponibilizados, atentando-se a diferenciação de densidade tecnológica e custos envolvidos com os agravos médicos que cada campo visa atender.³⁸

A atenção primária à saúde (APS) se consubstancia como o eixo orientador do SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde e abarcando um conjunto de ações que incluem prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, mediante o emprego de tecnologia de baixa densidade.³⁹ Dispondo, em virtude disto, de insumos e equipamentos necessários à resolução dos problemas e agravos de maior frequência e baixa complexidade, assim como dos meios para o encaminhamento a serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.⁴⁰

Ratificando as informações elencadas, vejamos as asseverações elaboradas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde acerca da infraestrutura de atendimento desta:

[...] na mesma portaria, quando é descrita a infraestrutura necessária para a atenção primária, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a ?garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar?.⁴¹

Tal conjuntura evidencia, portanto, que a rede de atenção primária não esgota as necessidades manifestadas pelos usuários do SUS, necessitando-se da institucionalização dos demais segmentos de atenção à saúde que, como mencionado, compõem a rede de atenção especializada. A reiterar: a rede de atenção de média e de alta complexidade, que, como o próprio nome já sugere, englobam atendimentos que exijam a realização de procedimentos mais complexos, recursos tecnológicos mais específicos e profissionais especializados.

38 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível



em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20co>

mposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

39 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

40 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 12.

41 Ibidem, loc.cit.

14

À luz desta premissa, no que tange ao segmento de atenção à saúde de média complexidade, este abarca ações e serviços prestados em hospitais e ambulatórios envolvendo atendimento em distintas especialidades médicas. Objeto este decorrente de problemas e agravos de saúde que demandam a utilização de recursos tecnológicos mais específicos, ante a necessidade de realização de procedimentos complexos destinados ao diagnóstico e tratamento dos usuários.⁴²

Dessa forma, tal nível encontra-se integrado com o retro citado, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, compreendida nesta fase por policlínicas, hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e centros dotados de equipamentos para exames e procedimentos mais avançados. Sendo efetuado nesta o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, a estabilização dos pacientes e a investigação diagnóstica inicial, oportunidade em que se irá aferir a necessidade de atendimento mais complexo.⁴³

Cenário em que se menciona o segmento de atenção à saúde de alta complexidade, que, integrado aos demais níveis, abrange um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e custo, por envolver a disponibilização de serviços qualificados de alta complexidade. Sendo estes normalmente prestados em hospitais gerais de grande porte, cujo os procedimentos realizados encontram-se relacionados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.⁴⁴ As diversas áreas médicas e procedimentos atendidos encontram-se relacionadas em obra do Ministério da Saúde acerca da matéria, senão vejamos:

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias



aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica;

42 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência

do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20c>

omposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

43 Ibidem, loc.cit.

44 Brasil, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. p.32. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

15

terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.45

A definição das áreas de assistência especializada de média e alta complexidade e a instituição destas por meio da publicação de instrumentos normativos é efetuada mediante o levantamento de informações no tocante à situação da saúde na respectiva área de interesse. Isto sobretudo mediante a análise dos problemas e agravos existentes, serviços ofertados e necessidades da população, com o consequente enquadramento das prioridades para atuação, regulamentação da área específica e organização dos serviços e procedimentos ofertados em relação a esta.46

Sob este tom, atentando-se a elevação nos índices de pessoas que apresentam quadro clínico compatível com excesso de peso (34.51%) ou obesidade (33.25%), bem como o fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, instituiu-se a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave. Política com a qual, logo no início de sua institucionalização, se incluiu na tabela de procedimentos do SUS a gastroplastia, atualmente regulamentada pelas Portarias n. 628/2001 e 545/2002.47

Contudo, considerando que a esfera de cuidado direcionada a esta patologia não pode se restringir apenas a atuação de forma reparativa e atentando-se a necessidade da atuação preventiva, foi instituída a Portaria GM/MS n. 1.569/2007.48 Nesta, identifica-se uma maior preocupação com a integralidade na prestação dos serviços de saúde entre os diferentes segmentos de assistência, tendo se organizado a linha de cuidados ao portador de obesidade

grave em diferentes níveis. Buscando, com a referida realização, se identificar os principais determinantes e condicionantes da obesidade, de modo a se desenvolver ações transeitoriais de atenção à saúde amplas e qualificadas.⁴⁹

45 Brasil, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. p.32. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios

_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

46 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 14 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/>

06/Atualizacao -2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023.

47 Ibidem, p. 166 et seq.

48 Ibidem, p. 168.

49 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

16

Com este intuito a citada Portaria estabelece o modo como deve ser operacionalizada a atenção à saúde em seus diferentes níveis, indicando em seu art. 3º as atribuições de cada segmento para o controle da obesidade e suas comorbidades. Sendo estas: na atenção primária à realização de ações de caráter individual e coletivo **na rede de** serviços básicos de saúde; na de média complexidade ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, atreladas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade; e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas, impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes protagonistas.⁵⁰

Cenário diante do qual também se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, redefinindo suas diretrizes e esmiuçando a organização de atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde. Devendo-se destacar a importância creditada à promoção do diagnóstico apropriado, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades, em consonância com a classificação do estado nutricional e a estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades, além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento.⁵¹

No entanto, a despeito do amplo desenvolvimento do sistema de saúde neste tópico, a disponibilização de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda é diminuta, precipuamente no setor de diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado. Isto porque somente 2,5% do total de atendimentos individuais realizados no âmbito da APS são voltados à condição avaliada como obesidade.⁵² Conjuntura incongruente com os índices

exibidos em 2019 pelo SISVAN, os quais indicavam, à época, que aproximadamente 34.55% dos indivíduos adultos já possuíam diagnóstico de excesso de peso e que cerca de 28,54% da população do país já se encontrava obesa.⁵³

50 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

51 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 out. 2023.

52 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 09 mar. 2023.

53 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

17

3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, definida, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, caracterizado por um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m².⁵⁴ Divergindo, assim, do sobrepeso, que é compreendido como um aumento exclusivo de peso não atrelado ao comprometimento da saúde do paciente, tal qual a obesidade o é.⁵⁵ Corroborando com o quanto externado, vejamos a classificação da OMS do estado nutricional dos adultos a depender do IMC:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos com base no IMC - OMS⁵⁶

Classificação IMC Risco de comorbidades

Abaixo do peso < 18,5 Baixo (Risco de outras



complicações clínicas)

Eutrofia/

Intervalo normal

18,5 ? 24,9 Média

Sobrepeso ? 25,0 -

Pré Obeso 25,0 ? 29,9 Aumentou

Obesidade Classe 1 30,0 ? 34,9 Moderado

Obesidade Classe 2 35,0 ? 39,9 Severo

Obesidade Classe 3 ? 40,0 Muito severo

Cálculo do IMC: Divide-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros).

Elaboração própria. Fonte: World Health Organization (1998).

54 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.

Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

55 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 3, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

56 WHO. Op.cit., 1998, p. 21.

18

Neste tom, tem-se a obesidade como uma doença ocasionada por um prolongado cenário de ingestão energética maior do que o gasto perpetrado pelo corpo,⁵⁷ compreensão que, em razão da visão estigmatizada da sociedade, normalmente é atrelada apenas a dieta alimentar inadequada e a inatividade física.⁵⁸ Todavia, esta trata-se de uma doença multifatorial, albergando dentre as suas causas não apenas inatividade física, redução do consumo de alimentos básicos e maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar, mas também fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos que contribuem para tal.⁵⁹

No que tange aos aspectos históricos e sociais que influenciaram os hábitos de vida da sociedade e levaram ao aumento de incidência dos casos de obesidade, nota-se que desde o período da Revolução Industrial houveram mudanças que ocasionaram notórias transformações nos hábitos de vida e padrões alimentares. Isto ante o êxodo rural, em virtude da urbanização e da contínua substituição da mão de obra humana pelo uso de máquinas, massificando as atividades laborais e reduzindo-as a atos simples e repetitivos distantes das ocupações nos setores extrativos.⁶⁰

Tal contexto favoreceu ainda o desenvolvimento de uma rotina sedentária, haja vista a diminuição da prática de atividades físicas em decorrência, por exemplo, das



jornadas de trabalho exaustivas. Padrão que se reproduz no contexto atual, devido a ausência de tempo e energia da população para tais práticas, aliada às formas de lazer sedentárias desenvolvidas, tais quais televisão e computadores, e a insegurança quanto ao deslocamento para os locais apropriados para tal, como academias e praças.⁶¹

Conjuntura atrelada a progressiva alteração da dieta para produtos que paulatinamente tiveram reduzidos seu valor nutricional, ante o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados de baixo valor nutricional, que propiciam uma maior ingestão calórica e menor gasto energético, ocasionando o acúmulo de gordura. Destacando-se como fatores de influência para o consumo destes o aumento do processo de industrialização dos

57 Anjos, Luiz Antonio dos. *Obesidade e Saúde Pública*. 20.ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 12.

58 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. *Obesidade, sociedade e cultura*. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). *Obesidade: uma epidemia mundial*. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021, p. 6. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

59 Souza, Saul de Azevêdo et al. *Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta*.

Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

60 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. *O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade*.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 4, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

61 Anjos, Luiz Antonio dos. *Op.cit.*, 2006, p. 30.

19 alimentos e oferta destes em supermercados, a maior facilidade e comodidade na aquisição e/ou preparo, bem como os preços mais baixos e atrativos, sopesado diante das possibilidades financeiras das famílias para despesas alimentares.⁶²

Sob este prisma, ratificando as asseverações acima delineadas, vejamos as premissas tecidas pelo professor da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pós-doutor em Fisiologia, Dr. Luiz Antonio dos Anjos, acerca da matéria:

Existe uma preocupação grande sobre os efeitos que a sociedade urbana (dita moderna) trazem ao ambiente que circundam esses grandes aglomerados urbanos. De fato, tais ambientes são, sob aspectos alimentares e de prática da atividade física, ?obesigênicos?, ou seja, facilitadores para a ocorrência de obesidade. Essas características incluem a grande disponibilidade de alimentos com alta densidade energética (além de disponíveis em todos os lugares são também baratos); redução do gasto energético nas atividades cotidianas (automóvel, escada rolante, elevadores, mudanças nos processos de trabalho); aumento das atividades de lazer de menor gasto energético (televisão, computador, jogos de vídeo); e redução das oportunidades para



a prática da atividade física regular (lugares públicos seguros, aumento no tempo de trabalho, aumento do tempo nos deslocamentos de e para o trabalho/escola).

Diante deste prisma, observa-se que com as alterações históricas dos aspectos de vida da sociedade, como o processo de urbanização, as mudanças nas relações de consumo e o acesso a tecnologia, houve uma mudança gradativa na dieta e na frequência de atividades físicas. Aspectos perante os quais, embora se note uma redução do número de casos de doenças infecciosas e parasitárias, proporcionada pela melhoria nas condições sanitárias, aprimoramento do diagnóstico e tratamento e acesso a atendimento médico de qualidade, têm-se uma transição epidemiológica para as DCNTs, tal qual a obesidade.⁶³

Patologia esta que, em razão das suas complicações metabólicas, como a dislipidemia, hipertensão arterial, resistência à insulina, intolerância à glicose e alterações no sistema de coagulação, é compreendida ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs. A citar: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, osteoartrite e determinadas espécies de câncer (endométrio, mama, próstata e cólon), que, via de regra, não são correlacionadas a mesma pela ausência de diagnóstico adequado.⁶⁴ Doenças estas que são responsáveis por aproximadamente 70% da mortalidade mundial, conforme dados da OMS.⁶⁵

62 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. Op.cit., 2006, p. 4 et seq.

63 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e

cultura. In: SCOMPARIN, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e

Contexto, 2021, p. 8 et seq. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

64 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

65 WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível

em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

20

Isto posto, faz-se perceptível o quanto a obesidade influencia nos índices de morbimortalidade, contexto diante do qual se exige um maior despendimento econômico do governo, que inclusive já alcança o importe de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo consideravelmente o orçamento estatal para gastos com doenças.⁶⁶ Cenário diante do qual esta figura como problema de saúde pública, mormente se observadas as proporções epidêmicas alcançadas em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.⁶⁷

Somando-se a estes desafios, menciona-se também a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta patologia e a baixa resolutividade dos mesmos, fomentada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, ante as associações equivocadas da obesidade à preguiça, desleixo e ausência de comprometimento com o cuidado da saúde.⁶⁸ Observando-se a recorrente responsabilização destes pacientes pelo

quadro clínico apresentado, não obstante esta presente como causas fatores multifatoriais, condicionadas, por exemplo, a questões metabólicas, que são desmerecidas ante ao estigma atrelado à patologia.⁶⁹

Condições críticas inflamadas pela parca estrutura física e pelos materiais e equipamentos médicos disponibilizados nas instituições de saúde, que em muitas das ocasiões não se configuram adequados para o atendimento deste público, o que ocasiona um nítido constrangimento e dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte destes. Enquadro fático diante do qual observa-se que tais barreiras e desafios ensejam em um diagnóstico deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado.⁷⁰

Dificultando-se, desta forma, o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado, reverberando em efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos, que comprometem a duração e qualidade de vida destes. Circunstância que reforça o diagnóstico

66 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

67 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

68 Ibidem, p.06.

69 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade.

Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

70 Ibidem, loc.cit.

21

apropriado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa, com adoção de modelo de cuidado à saúde contínuo, integral e humanizado, como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade.⁷¹

3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL

Os índices de pessoas com obesidade no Município de Salvador têm apresentado um crescimento gradual no decurso dos anos, sobretudo se observada a elevação deste percentual em cerca de 68,4%. Isto considerando que passou de 11,1% em 2010 para



20,5% em 2021, conforme dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).⁷² Ratificando o quanto exposto, vejamos a evolução nos percentuais apresentados a nível municipal, consoante dados indicados nos relatórios públicos emitidos pelo referido sistema entre os anos de 2011 e 2022:

Tabela 2: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel

Percentual de Adultos com obesidade em Salvador

Ano Referência Porcentagem de pessoas com obesidade

2010 11,1%

2011 14,9%

2012 14,1%

2013 14,9%

2014 17,8%

2015 16,3%

2016 19,9%

2017 19,5%

2018 18,6%

71 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

72 Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

22

2019 18,1%

2020 19,1%

2021 20,5%

Porcentagem de aumento de 2010 para 2021 68,4%⁷³

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico | Vigitel (2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022).

Da análise dos dados acima veiculados observa-se que o panorama esboçado pelos índices de obesidade no município é preocupante, especialmente por esta patologia se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não



transmissíveis (DCNTs), tais quais diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.⁷⁴ Compreensão corroborada pelo fato de que a incidência destas, particularmente das cardiopatias e diabetes, encontram-se atreladas a apresentação de um IMC superior a 25 kg/m², atinente às classificações de pré obesidade, obesidade grau 1, grau 2 e grau 3.⁷⁵

Ademais, note-se que tais enfermidades configuram-se como as principais causas de morte prematura (entre trinta e sessenta e nove anos) do Município, em especial as cardiopatias que apresentam as maiores taxas de mortalidade desta capital, consoante dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM).⁷⁶ Contexto o qual reforça a premissa tecida acerca dos impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, máxime diante da ausência de correlacionamento entre estas patologias por meio de um diagnóstico apropriado.⁷⁷

Neste liame, a prevenção e o diagnóstico adequado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa,

⁷³ Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

⁷⁴ Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

⁷⁵ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 42.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 24 set. 2023.

⁷⁶ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 59 et seq. Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 24 set. 2023.

⁷⁷ Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta.

Cadernos de Saúde Pública. João Pessoa: V. 34, 2018, p.02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7>

LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/?lang=pt. Acesso em: 03 jun. 2023.

23

com adoção de modelo de cuidado apropriado, se constituem como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade. Isto tendo em vista que a precariedade em quaisquer destes elementos, particularmente no que tange a ausência de diagnóstico adequado e correlacionamento entre as patologias anteriormente mencionadas, interferem na duração e qualidade de vida destes protagonistas.⁷⁸

Sob este mesmo enquadro, analisando-se outras bases de dados

governamentais, nomeadamente o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), abastecido com dados do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e do e-SUS (SISAB), observa-se que os percentuais tornam-se ainda mais críticos.⁷⁹ Isto dado que os índices deste indicador consubstanciam-se mais expressivos, como no ano de 2021, em que a percentagem de adultos acometida com obesidade era de 37,5%. Percentual este superior até mesmo a prevalência desta patologia na região nordeste (25,0%) e a nível nacional (28,5%).⁸⁰ A título de contextualização e comparação com os dados fornecidos pelo sistema Vigitel, bem como com os percentuais indicados a nível regional (nordeste) e nacional, vejamos os índices de obesidade (graus I, II e III) da população adulta acompanhada na rede de atenção primária à saúde do município de Salvador constantes nos relatórios públicos emitidos pelo SISVAN, mormente os relativos aos exercícios de 2010 a 2023:

Tabela 3: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel
Percentual de Adultos com obesidade - Nível Municipal, Regional e Nacional⁸¹

Ano Referência Percentual Municipal

Percentual

Regional (Nordeste)

Percentual

Nacional

2010 28,18% 13,27% 16,48%

2011 30,66% 14,64% 17,98%

2012 30,52% 16,73% 19,93%

2013 30,8% 17,86% 21%

2014 31,1% 19,7% 22,39%

78 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. p. 214. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

79 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Op.cit., 2022, p. 41.

80 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

81 Ibidem.

24

2015 31,88% 21,23% 24,57%

2016 33,49% 21,57% 25,1%

2017 32,7% 22,51% 25,98%

2018 34,5% 24% 27,29%

2019 35,17% 25,03% 28,54%

2020 36,6% 27,66% 31,6%

2021 37,5% 29,06% 32,92%
2022 35,26% 28,35% 31,88%
2023 36,14% 30,12% 33,38%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Afunilando-se a análise ora realizada, essencialmente no que diz respeito à organização político-administrativa sanitária, têm-se que o Município de Salvador se encontra dividido em 12 (doze) Distritos Sanitários, a citar: Centro Histórico, Barra, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano e Subúrbio Ferroviário. Tal categorização está voltada à divisão territorial das competências e atribuições relativas à assistência à saúde, de modo a facilitar a articulação das entidades atreladas à administração, fiscalização, atendimento e prestação de serviços públicos.⁸²

Note-se que esta organização compreende a disponibilização de serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde no território, englobando: unidades básicas de saúde, centros de apoio psicossocial, unidades ambulatoriais especializadas e de pronto atendimento, hospitais, dentre outros. Sendo estabelecida uma comunicação entre estes segmentos, de modo a mantê-los integrados e articulados, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, nos âmbitos público, privado (vinculados ou não ao SUS) e filantrópico, que contabilizam cerca de 3.599 estabelecimentos assistenciais de saúde.⁸³

Todavia, não se observa no âmbito de assistência à saúde às pessoas portadoras de obesidade tal dinamismo, especialmente se observados os altos índices de pessoas acometidas pela obesidade no município e a precariedade no setor de diagnóstico e prevenção. Neste ensejo, vejamos o número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade

82 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 215. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 out. 2023.
83 Ibidem.

25
em cada um dos referidos distritos e a representação percentual destes a nível municipal no ano de 2022, com base em análise restrita ao estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidade de saúde destes, conforme dados do SISVAN:

Tabela 4: Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador.

Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador⁸⁴

Distrito Sanitário
Nº de Unidades de
Saúde

Nº de casos/ sobrepeso			
Nº de casos/ obesidade			
Percentual de casos de obesidade por distrito			
Centro Histórico	08 2.806	2.651	3,61%
Barra/ Rio Vermelho	12 4.327	4.595	6,26%
Boca do Rio	08 2.816	2.815	3,83%
Brotas	06 3.615	3.810	5,19%
Cabula/Beiru	24 8.601	9.004	12,27%
Cajazeiras	10 5.144	5.470	7,45%
Itapagipe	02 2.364	3.271	4,45%
Itapuã	19 8.966	8.790	11,98%
Liberdade	06 3.102	3.346	4,56%
Pau da Lima	16 6.586	6.687	9,11%
São Caetano/ Valéria	16 7.169	7.830	10,67%
Subúrbio Ferroviário	36 13.493	15.102	20,58%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Quanto às mencionadas bases de dados, têm-se estas como importantes ferramentas para viabilização da identificação parcial do estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidades de saúde municipais, que devem ser correlacionados com um procedimento de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado. Potencializando-se com tais realizações a elaboração de estratégias de atuação próprias para o

84 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 15 out. 2023.

26
enfrentamento desta patologia e de suas comorbidades, atribuindo, assim, maiores coeficientes de efetividade às ações de assistência à saúde ofertadas no município.⁸⁵

4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM
OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO
SUS

4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1.1. PORTARIAS INSTITUÍDAS ANTERIORMENTE PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

O aumento gradual dos índices de obesidade no cenário nacional e municipal, evidenciado pelos dados apresentados em tópicos anteriores, atrelado ao fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, têm indicado a necessidade de desenvolvimento de estratégias e atuações estatais para se enfrentar tal patologia e suas comorbidades. Isto de modo a promover a saúde, reduzindo a morbimortalidade entre os seus portadores e proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida, por meio do pleno acesso aos serviços de saúde, com infraestrutura de atendimento adequada e acompanhamento médico integral.⁸⁶

Contexto a partir do qual se instituiu a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave, regulamentada a princípio pelas Portarias n. 252/1999, 45/1999 e 196/2000. Estas voltavam-se à inclusão da cirurgia bariátrica no rol de procedimentos disponibilizados pelo SUS, designação dos hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde para esse fim, oferta dos equipamentos adequados e estabelecimento dos

85 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 22 out.. 2023.

86 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

27

critérios clínicos de seleção de pacientes.⁸⁷ Definindo-se, assim, a gestão organizacional desta e as indicações e contraindicações para a sua realização, senão vejamos:

Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias do Ministério da Saúde: a. Indicações a.1 Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo menos 2 anos. a.2 Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada, como: diabetes, hipertensão, apneia do sono, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade. b. Contraindicações



b.1 Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcoolismo, dependências químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contra indiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras. 88

Ainda sob este prisma, atendo-se à necessidade de ampliação da prestação deste serviço, especialmente em virtude do elevado percentual de pessoas acometidas por obesidade mórbida à época, elaborou-se a Portaria n. 1.157/2000, a qual revogou a definição do número de centros de referência credenciados para a realização da cirurgia bariátrica no país, constante na Portaria n. 196/2000. Isto de modo a ampliar o número de unidades credenciadas para a realização do procedimento, estendendo as possibilidades de execução deste, não obstante tenha se mantido as exigências necessárias e próprias para tal.⁸⁹ Neste ensejo de promoção de revogações elaborou-se também a Portaria de n. 628/2001, que além de revogar as aludidas Portarias aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. Sendo válido ressaltar que a regulamentação e gestão técnica atinente a este protocolo encontra-se esmiuçada em seus anexos (I, II e III), que instituíram diferentes disposições para a sua operacionalização, além de discriminar o soldo a ser utilizado para o custeio das despesas relativas ao mencionado tratamento cirúrgico, a citar: os recursos provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação ? FAEC (art. 4º).⁹⁰ Quanto a predita operacionalização do protocolo, no Anexo I encontra-se assentada a obrigatoriedade do seu preenchimento, mormente nas etapas de avaliação inicial, indicação do procedimento cirúrgico e acompanhamento médico dos pacientes submetidos à gastroplastia, sob pena de descadastramento do Centro de Referência (art. 1º, §§ 1º, 2º e 4º). No que tange ao Anexo II, este dispõe sobre as normas a serem observadas para o cadastramento

87 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 22 out. 2023.

88 Ibidem, p. 167.

89 Ibidem, loc.cit.

90 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

28 do centro de referência em cirurgia bariátrica (art. 2º), conferindo ênfase a imprescindibilidade da equipe multiprofissional para a assistência médica às pessoas com obesidade, como garantia da integralidade (alínea c), do subtópico 2.1, do tópico 2).⁹¹

Por fim, menciona-se o Anexo III, em que se desdobra a relação de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica cadastrados no SUS (art. 3º). Dos quais, dos dezoito existentes naquele período, um se localizava no estado do Ceará (Fortaleza), dois em Minas Gerais (ambos em Belo Horizonte), um no Pará (Belém), três no Paraná (Curitiba, Maringá e Londrina), um em Pernambuco (Recife), um no Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), um no Rio de Grande do Sul (Porto Alegre), um em Santa Catarina (Florianópolis) e sete em São Paulo (São



Paulo [3], Campinas [1], Marília [1], Ribeirão Preto [1] e Piracicaba [1]).92
Neste diapasão, diante das alterações e deformidades corporais decorrentes da intensa perda de massa corporal acarretada pela realização da cirurgia bariátrica, que dentre os seus resultados ocasiona o excesso de pele e flacidez no abdômen, seios e braços, atada a consequente necessidade da promoção de cirurgias plásticas reparadoras, se instituiu a Portaria GM/MS n. 545/2002. Que, visando propiciar o acesso dos pacientes submetidos ao procedimento de gastroplastia as cirurgias plásticas corretivas, incluiu tais procedimentos cirúrgicos na supramencionada tabela do SIH-SUS, são eles:93

Tabela 5: Procedimentos cirúrgicos corretivos pós-gastroplastia incluídos na tabela de procedimentos do SIH-SUS pela Portaria GM/MS n. 545/2002.

Procedimento Código na tabela CID?s indicados Faixa etária

Dermolipectomia

Abdominal pós

Gastroplastia

38.058.13.8

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Mamoplastia pós

Gastroplastia

38.059.06.1

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia Crural

pós Gastroplastia

38.060.06.0

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia 38.061.13.9 E66.8, L08.8, L30.0, 18 a 60 anos

91 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

92 Ibidem.

93 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em:



<https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

29

Braquial pós

Gastroplastia

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 545/2002.

Todavia, a assistência médica direcionada às pessoas com obesidade não pode se restringir à atuação de forma reparativa, tendo em vista tal realização configurar-se incompatível com as diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) para a prestação do serviço à saúde por parte do Estado. Isto considerando a necessidade desta de englobar a atuação preventiva e reparativa, por meio da prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo a se observar a necessária integralidade nesta prestação entre os diferentes segmentos de assistência da mesma.⁹⁴

Cenário em que se instituiu a Portaria GM/MS n. 1.569/2007, que se debruçou sobre tais necessidades, mormente com a institucionalização da linha de cuidados ao portador de obesidade grave em todos os níveis de assistência à saúde, com a identificação dos principais determinantes e condicionantes desta patologia. Objetivando-se promover com tal feito a ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no âmbito da assistência às pessoas com obesidade, mediante a promoção de diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico especializado, em observância aos princípios que norteiam as ações e serviços públicos de saúde, em especial a universalidade, equidade e integralidade (art. 2º).⁹⁵

Para tanto, a citada Portaria estabeleceu em seu art. 3º as diretrizes para a operacionalização da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção da obesidade, especificando as ações e serviços a serem desempenhados em cada segmento para controle desta e de suas comorbidades. Englobando, na atenção primária, à realização de ações de caráter individual e coletivo **na rede de** serviços básicos de saúde para promoção desta, na de média complexidade, ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, arraigadas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas de qualidade.⁹⁶

A logística de atenção ao portador de obesidade, consoante previsão do referido diploma, deve ainda ser regulada de forma complementar e suplementar, pelos estados,

⁹⁴ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 31 out. 2023.

⁹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em:



https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.
96 Ibidem.

30
Distrito Federal e municípios, haja vista a competência das três esferas de governo para o controle e avaliação das ações desempenhadas com este fim. De forma a planejarem a atuação de cada unidade federada, atendendo aos já mencionados princípios e diretrizes do SUS, discriminados no art. 7º da Lei n.º 8.080/1990, qual seja: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização e igualdade da assistência à saúde.⁹⁷

4.1.2. PORTARIAS VIGENTES NA ATUALIDADE

Com a crescente prevalência da obesidade no decurso dos anos, haja vista o aumento gradual dos índices desta no cenário nacional, coadunada ao fato de as comorbidades a esta atreladas consubstanciarem-se como a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil, delineou-se a necessidade de se redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento desta. Panorama diante do qual se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu tal realização como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, esmiuçando a organização e as atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde e revogando as portarias GM/MS 1.569 e 1.570/2007.⁹⁸

Neste ensejo, no que concerne às diretrizes estabelecidas para a operacionalização da rede de atenção à saúde no âmbito da prevenção e tratamento da obesidade, destaca-se a importância conferida ao diagnóstico apropriado da população assistida, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades (art. 2º, IX). Isto a partir da identificação destes indivíduos com base em seu estado nutricional e estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades (art. 2º, I e II), além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento (art. 2º, VIII).⁹⁹

Feito que norteia, inclusive, outras de suas diretrizes, a citar: a utilização de sistemas de informação para a gestão dos casos existentes, regulação do acesso aos serviços de atenção especializada e monitoramento das ações e serviços desempenhados, bem como investigação e acompanhamento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade (art.

⁹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁸ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 1ª.

ed., att. 2015, Brasília: CONASS, 2011, v. 04, p. 45 et seq. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf)

[uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf) . Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de



Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

31

2º, IV e V). Realizações que se alinham a articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde e organização da oferta de serviços, por meio da instituição de mecanismos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção e segmentos desta (art. 2º, III e VI).¹⁰⁰

Já no que diz respeito às atribuições, estas encontram-se sequencialmente dispostas no art. 4º da citada portaria, sendo discriminadas para cada segmento da rede de atenção à saúde. Isto de modo a englobar as especificações pertinentes à atenção básica (art. 4º, I), especializada e aos sistemas logísticos e de apoio (art. 4º, III), pormenorizando inclusive os subcomponentes da atenção especializada, a citar: o ambulatorial especializado (art. 4º, II, a), o hospitalar (art. 4º, II, b) e a urgência e emergência (art. 4º, II, c), de modo a promover a intersectorização da atuação, mantendo-se a colaboração e assistência entre estes.

A título de ilustração acerca destas atribuições, com relação ao componente de atenção básica (atenção primária) ressalta-se o encargo de efetuar a vigilância alimentar e nutricional da população, aliada ao desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersectorial. Isto precipuamente através da fomentação do autocuidado dos usuários, com fins de manutenção e recuperação do peso saudável, imprimindo destaque as ações voltadas ao incentivo da alimentação saudável e prática de atividades físicas (art. 4º, I, a, b e c); e da prestação de assistência terapêutica multiprofissional, garantindo o acolhimento adequado destas pessoas (art. 4º, I, d, f e g).

Por seu turno, tendo em consideração a atenção especializada, sobretudo o subcomponente ambulatorial, observa-se a ratificação da colaboração entre os segmentos da rede de atenção à saúde, por constar dentre as suas atribuições a prestação de apoio matricial à atenção primária e gestão de pacientes dentre os demais componentes. Conjuntura observada ante a incumbência deste de identificar os usuários para a realização da cirurgia bariátrica, enquanto tratamento para a obesidade, com o conseqüente encaminhamento destes para o subcomponente hospitalar e posterior retorno para a atenção básica, prestando assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória (art. 4º, II, a, 1 ao 7).¹⁰¹

No que diz respeito ao subcomponente hospitalar, cabe a este avaliar os casos indicados pelos setores anteriores para a realização do procedimento cirúrgico, priorizando os que possuam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde (art. 4º, II, b, 1, 2 e 3). De modo a organizar o acesso à cirurgia bariátrica, bem como às cirurgias plásticas

100 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

101 Ibidem.

32



reparadoras que se façam necessárias e ao acompanhamento terapêutico multiprofissional pós-operatório, auxiliado pelos demais segmentos consoante as diretrizes e protocolos de encaminhamento fixados pela presente portaria (art. 4º, II, b, 3 ao 7, e art. 6º).¹⁰²

Quanto ao subcomponente da urgência e emergência, a este compete não apenas a prestação de assistência de âmbito geral, mas também às possíveis complicações atreladas ao sobrepeso e a obesidade e o acompanhamento do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos pacientes (art. 4º, II, c). Sendo o funcionamento, comunicação e colaboração entre estes componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde fomentado pelos sistemas de apoio e logística, que se comprometem com a realização de exames complementares, prestação de assistência farmacêutica e realização de transporte sanitário para o diagnóstico e tratamento da obesidade (art. 4º, III).¹⁰³

Acerca disto, no que compete à assistência farmacêutica, cumpre destacar que esta se refere aos medicamentos disponibilizados para as comorbidades e complicações associadas à obesidade, vez que o SUS, como observado na portaria ora analisada, estabelece a realização de tratamento não medicamentoso. Ao que, não fornece medicamentos que se destinam especificamente ao tratamento da obesidade pelo gerenciamento de peso, recomendados para pacientes com um IMC maior ou igual a 30 kg/m², haja vista estes não serem aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tal feito, sob a justificativa do alto custo e baixa eficácia destes medicamentos.¹⁰⁴

Superadas tais especificações, evoca-se que a referida portaria redefiniu as diretrizes das ações de prevenção e tratamento da obesidade e do sobrepeso e as atribuições dos componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde com fins de instituí-las como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Realização diante da qual não apenas elaborou um roteiro para a organização destas linhas de cuidado do sobrepeso e da obesidade (Anexo II), como também disponibilizou manuais instrutivos e cadernos temáticos para auxiliar em tal promoção.¹⁰⁵

¹⁰² Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

¹⁰⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Op.cit., 2013.

33

Ademais, impende salientar que esta Portaria, em seu Anexo I, ressaltou o



fato de que o tratamento cirúrgico da obesidade, atinente a realização da cirurgia bariátrica, configura-se tão somente como parte do tratamento integral, devendo ser implementada apenas quando esgotadas as ações dos segmentos mais básicos. Isto tendo em vista que prioriza-se a promoção da saúde e o cuidado clínico longitudinal, baseado em ações de promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável, enquanto autocuidado a ser desempenhado pelos pacientes, e a prestação de assistência terapêutica multiprofissional, estabelecendo-se rígidos critérios para a realização de procedimentos cirúrgicos.¹⁰⁶

No tocante a realização da cirurgia bariátrica, destaca-se que esta é indicada, conforme disposições do supracitado anexo, para indivíduos que apresentem: a) IMC de 50 Kg/m²; b) IMC de 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, cujo tratamento clínico longitudinal, efetuado por pelo menos 02 (dois) anos, não tenha surtido efeito; ou c) IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, doenças articulares degenerativas, entre outras, cujo tratamento clínico também não tenha obtido sucesso (item I, alíneas a, b e c, do Anexo I).

Somam-se a estas indicações, elaboradas com fundamento em redefinições das constantes em portarias anteriores (PRTs 252/1999, 45/1999 e 196/2000), os rígidos critérios para a análise de sua pertinência, a citar: não responsividade ao tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, observância aos limites clínicos existentes em virtude da faixa etária do paciente, precipuamente quando se tratarem de jovens entre 16 e 18 anos e adultos com idade acima de 65 anos, bem como compreensão dos aspectos do tratamento e assunção de compromisso com todas as etapas da programação do procedimento (item I, incisos I, II e III, do Anexo I).¹⁰⁷

Neste ensejo, em concomitância à Portaria MS/GM n. 424/2013 instituiu-se a Portaria MS/GM n. 425/2013, voltada ao estabelecimento do regulamento técnico, normas e critérios para a prestação da assistência especializada de alta complexidade ao portador de obesidade, principalmente do tratamento cirúrgico desta. Tendo previsto que configuram-se como unidades de saúde próprias à tal realização os hospitais que disponham de instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos apropriados para a prestação de apoio

106 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

107 Ibidem.

34

diagnóstico e terapêutico especializado, devendo tais estabelecimentos constarem na organização da aludida linha de cuidado (art. 1º e 2º).¹⁰⁸

Tendo, em compatibilidade com o quanto delineado na portaria antecedente, disposto as diretrizes para realização do tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirúrgico (Anexo I), as normas para o credenciamento dos estabelecimentos de saúde para o desempenho destas atividades (Anexo II), além da relação de procedimentos cirúrgicos,



medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais aprovados, no âmbito do SUS, para tanto (Anexo III). Outrossim, alterou as idades mínima e máxima para a realização do tratamento cirúrgico para 16, desde que respeitada a consolidação das epífises de crescimento, a 65 anos, conforme avaliação criteriosa do risco-benefício (art. 8º, §1º e 2º).109

No que concerne aos procedimentos inclusos pela portaria ora analisada no rol disponibilizado pelo SUS para tratamento da obesidade, menciona-se:

Tabela 6: Procedimentos incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS pela Portaria

GM/MS n. 425/2013.

Procedimento Código na tabela Faixa etária

Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional (art. 9º)

03.01.12.008-0 16 a 65 anos

Gastrectomia Vertical em Manga | Sleeve (art. 11)

04.07.01.036-0 16 a 65 anos

Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)

03.03.07.013-7 16 a 65 anos

Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)

04.07.01.037-8 16 a 65 anos

Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica (art. 13)

04.13.04.025-9 16 a 65 anos

Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica (art. 14)

04.15.02.001-8 16 a 65 anos

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 425/2013.

Observa-se, neste tom, a ratificação pelas portarias n. 424/2013 (art. 6º) e 425/2013 (art. 14) da garantia de realização dos procedimentos de cirurgias plásticas corretivas que se fazem necessários ante as deformidades corporais ocasionadas pela intensa perda de

108 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov.



2023.

109 Ibidem.

35

massa corporal provocada pela cirurgia bariátrica. Todavia, cumpre destacar que, malgrado não conste limitações na portaria n. 424/2013 acerca da quantidade de procedimentos reparatórios possíveis para cada paciente que tenha sido submetido ao tratamento cirúrgico, a portaria n. 425/2013 permite o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos.¹¹⁰

Por fim, salienta-se que as PRTs de n. 424/2013 e 425/2013 encontram-se contidas na Portaria de Consolidação n. 3, que se trata do instrumento normativo que reúne as normas pertinentes às diferentes redes temáticas de atenção, serviço e pesquisa em saúde que compõem o Sistema Único de Saúde. Dispondo-se nesta as diretrizes, atribuições e disposições gerais para a operacionalização satisfatória da assistência primária e especializada no âmbito do SUS para as diferentes comorbidades que assolam a população brasileira.¹¹¹

4.1.3. PROJETOS DE LEI.

Ainda no âmbito da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade, evidenciou-se ao longo do presente trabalho a configuração desta patologia como problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas alcançadas, consoante se extrai dos índices por esta apresentados a nível nacional e municipal. Precipualemente se considerada a insuficiência de abordagens abrangentes e não reducionistas nas unidades de saúde, acentuada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde e a falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos. Conjuntura que explana a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta doença e a baixa resolutividade dos mesmos.¹¹² Cenário diante do qual foi proposto o Projeto de Lei n. 3.526/2020, pelo senador Romário de Souza Faria, com o intuito de se obrigar que sejam disponibilizados equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa com obesidade pelos estabelecimentos de saúde (art. 1º), como: balanças, esfigmomanômetros, macas, cadeiras ginecológicas e odontológicas, mobiliário, vestimentas e demais materiais adequados. Isto sob o pressuposto de que estes estabelecimentos devem dispor de recursos apropriados para o

110 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2023.

111 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do

Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

112 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p. 06 et seq.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso

_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

36

atendimento destes indivíduos, visando a eliminação das possíveis barreiras existentes para estes protagonistas acessarem às ações e serviços públicos e privados de saúde.¹¹³

Ademais, dispõe-se ainda no supracitado projeto de lei que a inobservância a tal determinação configurar-se-á como infração sanitária, sendo sujeita às penalidades previstas no inciso II, do art. 10, da Lei nº 6.437/1977, qual seja: advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa (art. 2º). De modo que, tais estabelecimentos deverão respeitar os parâmetros técnicos estabelecidos em regulamento próprio para os espaços físicos, móveis, materiais e equipamentos médico-assistenciais que se façam necessários para o atendimento das pessoas portadoras de obesidade satisfatoriamente (§1º, art. 1º) impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes.¹¹⁴

A matéria atualmente se encontra na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aguardando a designação do relator do Projeto de Lei para a análise, discussão e emissão de parecer acerca da viabilidade e pertinência deste, devendo ser encaminhado posteriormente para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para decisão terminativa. Neste prisma, destaca-se que superado o prazo regimental de cinco dias úteis disposto no art. 122, II, ?c?, do Regimento Interno para a apresentação de emendas, estas não foram propostas, mantendo-se o projeto em sua integralidade e aguardando distribuição.¹¹⁵

Sob este mesmo quadro menciona-se o Projeto de Lei nº 2.532/2021, proposto pelo senador Antonio Mecias Pereira de Jesus, que destina-se a alteração do art. 6º da Lei nº 8.080/1990, para inclusão, no âmbito de atuação do SUS, das cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica mediante indicação médica. Sendo estas a abdominoplastia e a lipoaspiração, para correção do excesso de pele e flacidez no abdômen, além da mamoplastia redutora para as hipóteses de hipertrofia mamária ou gigantomastia. Conferindo, deste modo, status de lei às garantias até então reconhecidas apenas em sede de portaria (Portaria de Consolidação n. 3).¹¹⁶

113 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde

a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa.

Disponível em:

https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=

[1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..) Acesso em: 11 nov. 2023.

114 Ibidem.

115 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 3526, de 26 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 11 nov. 2023.

116 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: <https://legis.senado>

[.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N)



DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

37

Isto sob a justificativa de que em uma porcentagem considerável dos casos de obesidade o cuidado clínico longitudinal, baseado na promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável para redução ou manutenção do peso corporal, não se faz suficiente, indicando-se como única alternativa terapêutica a realização da cirurgia bariátrica.

Procedimento cirúrgico do qual resulta intensa perda de massa corporal, atrelada a flacidez e excesso de pele, que podem ocasionar, inclusive, limitação da movimentação, desequilíbrio da coluna vertebral e infecções cutâneas recorrentes, evidenciando a necessidade de realização dos procedimentos reparadores para garantia da qualidade de vida destes pacientes.117

Diferentemente do projeto anterior, que ainda se encontra pendente de aprovação pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), este já passou pela análise promovida pela CAE, a qual o aprovou, considerando que não se diagnosticou a existência de impactos financeiros com a sua aprovação, sendo compatível com as normas que regulam as finanças públicas. Isto tendo em vista que, além de estas já se encontrarem dispostas na tabela de procedimentos do SUS, ante a previsão em portarias próprias, no que pertine a integralidade de assistência, a indispensabilidade do tratamento engloba não apenas a obesidade, mas também as deformidades observadas em decorrência da cirurgia bariátrica.118

Neste tom, os mencionados projetos de lei demonstram que, em que pese encontrem-se previstas diretrizes para o funcionamento da assistência médica no âmbito da atenção primária e especializada direcionada às pessoas com obesidade e da garantia de atendimento clínico especializado, dotado de equipamentos e infraestrutura adequada, ainda não se extrai coeficientes de eficácia satisfatórios. Mormente se observado que, não obstante tenha-se incluído os procedimentos reparadores na tabela do SUS, bem como os recursos necessários para o desempenho das ações e serviços de assistência à saúde, ainda se tem a necessidade de alçar tal matéria ao status de lei para possibilitar exigência mais incisiva desta.

117 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: <https://legis.senado>

[.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N](https://leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N)

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

118 Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023.

Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi>

[on=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgzNTcyMC40LjEuMTY5OTgzM3MwNy4wLjAuMA?](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi) Acesso em: 11 nov. 2023.

38

4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE

SALVADOR

A problemática atinente a invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade de se esquadrihar a tutela jurídica do Estado direcionada à estas é evidenciada ante os óbices relativos ao efetivo funcionamento da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade. Compreensão esta assentada nas barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde destes indivíduos, as quais englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.¹¹⁹

Quanto a estas deficiências, menciona-se o diagnóstico nutricional tardio e deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado com adoção de modelo condizente com a abordagem terapêutica integral, reverberando na baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos. Sendo tal entrave circundado pela diminuta disponibilidade de infraestrutura física e equipamentos adequados ao atendimento do indivíduo com obesidade nas unidades de saúde, sobretudo os pertinentes ao diagnóstico e implementação do processo de cuidado, a citar: balanças, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas, estetoscópio, esfigmomanômetro, dentre outros.¹²⁰ No tocante à infraestrutura voltada à assistência à saúde ao portador de obesidade no município de Salvador, não se observa nesta o dinamismo necessário para a efetiva implementação de ações e serviços inerentes à prevenção, diagnóstico e tratamento desta enfermidade. Isto especialmente no que concerne aos serviços do setor diagnóstico e terapêutico, vez que em que pese as disposições da Portaria MS/GM n. 424/2013, acerca da imprescindibilidade do acompanhamento médico e diagnóstico adequado, no Plano Municipal de Saúde não se verifica menção a tal promoção.¹²¹

119 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

120 Ibidem, p. 06 et seq.

121 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

39

Quanto a esta premissa, ressalta-se que não obstante tenha se aumentado a disponibilidade de equipamentos de diagnóstico nas unidades municipais de saúde no ano de 2020, não há alusão à capacidade destes para atendimento das pessoas com obesidade e suas especificações dimensionais. Sobre isto, dentre os equipamentos disponibilizados há o tomógrafo e o aparelho de ressonância magnética, que em certos quadros clínicos demandam especificações métricas diversas para que sejam capazes de comportar o biotipo destes, além do ultrassom convencional, quando o apropriado a determinados casos de obesidade é o

ecoendoscópio, em decorrência das dificuldades ocasionadas pelo panículo adiposo.¹²² Ainda no que tange a estes serviços de apoio diagnóstico e terapêutico discriminados no citado plano, salienta-se a ausência de tópico particularizado ou menção em aspecto geral à promoção de procedimentos ou aquisição de aparelhos apropriados ao atendimento destes protagonistas. Não havendo neste, ou sequer no Plano Municipal de enfrentamento das DCNTs, a indicação das medidas a serem adotadas para a avaliação clínica do paciente portador de obesidade, com o conseqüente correlacionamento com as comorbidades para as quais se estabelece como fator de risco, acaso existentes.¹²³

Condição delicada que inflama ainda outra vertente atrelada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e adesão aos processos terapêuticos, que se trata do conseqüente constrangimento experimentado por estes indivíduos quando desta tentativa frustrada, o que ocasiona um desestímulo à procura por assistência médica especializada. Tendo-se como fomento a esta conjuntura a perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, que responsabilizam estes pacientes pelo quadro clínico apresentado e equivocadamente associam a obesidade ao desleixo e/ou ausência de comprometimento com o cuidado da saúde e manutenção do peso, em que pese a origem multifatorial e complexa desta.¹²⁴

Comportamento que acaba por atravancar a procura por acompanhamento médico e tratamento adequado, tendo em vista a ausência de atendimento humanizado e acolhedor em relação a estes indivíduos. Mormente se considerado que tais pessoas se sentem

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

122 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 223 et seq. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I

_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 nov. 2023.

123 Ibidem, p. 261 et seq.

124 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.06. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

40

pressionadas e continuamente julgadas, ante os estereótipos estéticos reverberados pela sociedade e a crítica constante quanto a suposta ausência de cuidado para que se atingisse tal biótipo corporal. Quando, em verdade, isto é influenciado não apenas por hábitos alimentares dos indivíduos e sua frequência na prática de atividades físicas, como já mencionado.¹²⁵

Nesta toada, o despreparo dos profissionais para lidar com a complexidade da obesidade, ante ao estigma atrelado a esta que inobserva os fatores genéticos, metabólicos, sociais e culturais que influenciam na sua ocorrência, enseja em um atendimento deficitário que não se atém a análise atenta das particularidades e necessidades destes indivíduos.¹²⁶

Inobservando-se, desta maneira, as diretrizes traçadas pela mencionada portaria para o atendimento, cuidado clínico e prestação de assistência terapêutica multiprofissional que garanta o acolhimento adequado destes (art. 2º, I, II, V, VI, VIII, IX e X).¹²⁷

Sob este prisma, adere-se ainda a esta espiral de problemáticas o fato de que a busca por serviços de saúde por parte deste público é motivada, via de regra, por outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, haja vista esta se consubstanciar como fator de risco para o seu desenvolvimento. Havendo, diante disso, uma alta demanda para a realização de atendimento curativo e individual relativo a estas, sem que se efetue um diagnóstico mais aprofundado e completo, com análise das particularidades do paciente e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado.¹²⁸

Óbices que dificultam o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado dos mesmos, que é tangenciado por efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos sobre estes. Circunstância que reforça a necessidade de aprimoramento, especialmente **na rede de** atenção primária, da disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos

125 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

126 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

127 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

128 Brasil. Ministério da Saúde. Op.Cit., 2022, Loc. cit.

41

adequados para o atendimento, que ainda se demonstra escasso, em que pese tal classe consubstanciar-se como parcela significativa da população.¹²⁹

No que se refere à atuação **na rede de** atenção primária à saúde no município de Salvador, cumpre observar que esta se atém a redução dos riscos de adoecimento relacionados à alimentação e nutrição disposta na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Adotando, para tanto, procedimentos atinentes à Vigilância Alimentar e Nutricional nesta proposta, voltada ao diagnóstico e monitoramento do estado nutricional da população, cuja procedimentalização se encontra adstrita às ações relativas ao SISVAN nas unidades

básicas de saúde do município.130

Realizações estas compatíveis com parte das atribuições discriminadas pela Portaria n. 424/2013 para este segmento (art. 4º, inciso I, alíneas a, b e c). Porém, como tecido anteriormente, com base no cenário delineado pelos dados disponibilizados ao acesso público, não se observa na atuação municipal a prestação de assistência terapêutica multiprofissional e a garantia de acolhimento adequado aos indivíduos portadores de obesidade. Feitos indicados pela citada portaria como atribuições da rede de atenção primária perante a linha de cuidado instituída para prevenção e tratamento da obesidade (art. 4º, inciso I, alíneas d e g).131

Neste diapasão, detendo-se a atenção à referida linha de cuidado, cumpre rememorar que a instituição desta pelas unidades federativas, em condição prioritária **na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas**, foi também estabelecida pela Portaria n. 424/2013, ao redefinir as diretrizes pertinentes a esta temática.132 Possuindo como finalidade a oferta de ações e serviços de saúde de modo integrado e harmônico entre os diferentes segmentos que compõem a RAS (atenção básica/primária e especializada de média e alta complexidade), garantindo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado clínico.133

129 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 15 nov. 2023.

130 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

131 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 nov. 2023.

132 Ibidem.

133 Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em:

[https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf)

[pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf). Acesso em: 15 out. 2023.

42
Todavia, nem todos os estados a implementaram, vez que apenas o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Acre, Distrito Federal, Goiás,

Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe a instituíram, ao tempo que os estados de Alagoas, Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí e Tocantins estão debatendo e trabalhando para a instituição desta, não tendo sido encontradas até o presente momento informações acerca da efetiva instituição das mesmas.

Neste tom, destaca-se que não foram disponibilizados dados e informações acerca da implantação de uma linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade no estado da Bahia. O único documento encontrado acerca da gestão de atendimento e cuidado desses indivíduos trata-se do Protocolo de atendimento e acompanhamento de pessoas com obesidade elaborado pelo Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), com o intuito de regular os critérios de encaminhamento de pacientes para este.¹³⁴

Nota-se, assim, uma deficiência na implantação de protocolos e fluxos de cuidado nas instâncias iniciais de atendimento da rede de atenção primária à saúde (APS) no Estado da Bahia, que reverbera na gestão promovida pelo Município de Salvador, não se observando uma atuação preventiva a obesidade de modo a evitar o agravamento da condição clínica e desenvolvimento de outras comorbidades. Quanto a isto, não foram disponibilizados nos bancos de dados e documentos de acesso público informações relativas ao abastecimento e suficiência de equipamentos necessários para o atendimento, diagnóstico e tratamento da obesidade, bem como formação e capacitação de profissionais da saúde.

Noutro tom, em meio a este crítico cenário é válida a menção à instituição do Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), o qual oferece uma rede integrada de atenção ao paciente, com atendimento multidisciplinar em áreas referentes ao desenvolvimento de possíveis complicações e comorbidades a estas atreladas. O mesmo apresenta uma atuação integrada a das demais unidades de saúde que compõem a rede de atenção primária, as quais realizam a interlocução e encaminhamento dos pacientes. No entanto, este apresenta critérios restritivos para a admissão, englobando:¹³⁵

Paciente de 18 a 60 anos com obesidade grau 3 (IMC > ou = 40) com ou sem comorbidades ou grau 2 (IMC entre 35 e 40) com pelo menos duas comorbidades

134 Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

135 Ibidem.

43

relacionadas ao excesso de peso, desde que estejam sensibilizados e predispostos a fazer mudanças de estilo de vida visando perda ponderal e com acompanhamento regular na Atenção Primária por pelo menos 01 ano. 136

Ademais, destaca-se que no ano de 2020 foi incorporado ao Hospital Municipal de Salvador (HMS) o serviço de cirurgia bariátrica, compreendido como um importante meio de tratamento da obesidade e suas comorbidades. Integrando-se nesta área de atuação com o citado Cedeba, instituído décadas antes (24/03/1994), cujo ambos dispõem de

uma equipe composta de médicos, endocrinologistas, psicólogos e nutricionistas voltados ao acompanhamento destes indivíduos para a identificação da adequação do procedimento e sua consequente realização.¹³⁷

Neste ensejo, entende-se pela observância às atribuições do componente de atenção especializada quanto à identificação de casos de realização do procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhamento destes para as unidades apropriadas para tal promoção, ante ao esgotamento das possibilidades terapêuticas na APS (art. 4º, inciso II, alínea a, itens 1, 2 e 3). Contudo, não se tem menção ao importante acompanhamento terapêutico multiprofissional no pós-operatório a ser desempenhado **na rede de** atenção especializada hospitalar (4º, inciso II, alínea a, itens 5 e 6, c/c alínea b, itens 1, 3 e 5).¹³⁸

5. CONCLUSÃO.

O presente trabalho se propôs a esquadrihar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados **na rede de** atenção primária e especializada do SUS. Isto ante a potencial invisibilização desses indivíduos no sistema de saúde, em que pese a existência de instrumentos normativos que versam especificamente acerca

136 Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em:

<http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao>

-de-criterios-de-matricula.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

137 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 277 et seq. Disponível em:

[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I)

[_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf) . Acesso em: 15 nov. 2023.

138 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 out. 2023.

44

desta matéria, os quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos diferentes níveis que compõem esta rede de assistência, a citar: as Portarias MS/GM n. 424 e 425/2013.

Neste ensejo, impende destacar o reconhecimento desta doença como problema de saúde pública, haja vista que além dos altos índices de incidência apresentados, que já alcançam proporções epidêmicas, esta se consubstancia como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, a citar: hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias.

Enfermidades que, inclusive, são as responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade desta



capital, conforme dados disponibilizados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), o que evidencia os impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, interferindo na duração e qualidade de vida destes protagonistas.

Ademais, salienta-se ainda os drásticos impactos financeiros exercidos pelos gastos com esta patologia no sistema de saúde, o qual exige um considerável despendimento econômico por parte do Estado, que já alcança a monta de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo-se significativamente o orçamento estatal para estes gastos. Panorama geral que evidencia a necessidade de se debater a eficácia dos instrumentos normativos existentes acerca da matéria, de modo a potencializar a estruturação da rede de atenção primária e especializada voltada à prevenção e tratamento da obesidade e a garantia de acesso à saúde de qualidade, enquanto direito fundamental constitucionalmente assegurado.

Neste tom, este trabalho foi desenvolvido mediante a aplicação do método de pesquisa bibliográfica, lastreada em material publicado a respeito da temática, especialmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde, relatórios publicados em plataformas governamentais e legislação existente acerca da matéria. Tendo se utilizado, ainda, de abordagem metodológica qualitativa, voltada ao entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo de Karl Popper, cujas hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a identificação da solução do problema de pesquisa explicitado.

Sob este prisma, para se alcançar uma compreensão da realidade acerca dos efeitos da aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e da necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades dos indivíduos com obesidade, estabeleceu-se quatro objetivos específicos. Sendo o primeiro pertinente a identificação da regulamentação do direito à saúde, do seu status no ordenamento jurídico e quais os meios e sistemas elaborados pelo Estado para a efetivação do acesso à saúde, enquanto garantia de um mínimo existencial nesta esfera.

45

No que concerne a este, observou-se que a regulamentação geral do direito à saúde encontra-se disposta na Constituição Federal, em que é reconhecida como um direito social, nos termos do art. 6º, e elevada a condição de direito fundamental. Sendo que, no referido diploma, esta matéria encontra-se disciplinada em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, que estabelecem as normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira. Visando-se a garantia e ampliação do acesso às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de prestações materiais positivas e providências jurídico-normativas.

Conjuntura sob a qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado, que encontra-se disposto no art. 198 do diploma constitucional e é regulamentado de forma mais específica nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990 que delineiam o arcabouço legal e principiológico para seu funcionamento. Isto enquanto suporte para a efetivação da política de saúde do país, por estabelecer um conjunto de ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. No que concerne ao segundo objetivo específico, este refere-se à análise das principais estratégias formuladas pelo sistema público de saúde para o controle do número de



casos de obesidade no país, atendo-se à identificação das bases legais existentes acerca da matéria. Tendo-se, nesta oportunidade, verificado a instituição de uma série de portarias atinentes à estruturação da rede de atenção primária e especializada do SUS para atendimento destes indivíduos, as quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos segmentos que a compõem para a prevenção e tratamento da obesidade.

Sendo que, nas Portarias mais recentes (PRTs MS/GM n. 424 e 425/2013) foi conferida maior relevância a realização do diagnóstico apropriado dos pacientes, centrado nas particularidades e necessidades destes, mediante identificação de seu estado nutricional e estratificação consoante a presença de outros fatores de risco e comorbidades. Isto além da importância creditada ao acompanhamento terapêutico adequado, com encaminhamento para serviço especializado e adoção de modelo com abordagem terapêutica integral e intersetorial, malgrado não se observe a efetivação destas realizações no município de Salvador.

No que tange ao terceiro objetivo específico, convergente a verificação de como se dá a operacionalização dos eixos estratégicos para que abarque as necessidades da população obesa assistida, tal informação encontra-se também disciplinada na Portaria n. 424/2013. Isto considerando que, como discorrido no desenvolvimento deste trabalho, esta engloba as principais atribuições dos níveis de atenção básica, especializada e dos sistemas

46
logísticos e de apoio à saúde, esmiuçando inclusive os encargos dos subcomponentes da atenção especializada (ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência), ao estabelecer as atividades a serem desempenhadas intersetorialmente nestes.

Já no que diz respeito ao quarto e último objetivo específico, pertinente a identificação das barreiras enfrentadas para a garantia do acesso à saúde às pessoas com obesidade, sobretudo nesta capital, constatou-se: a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas no âmbito de atendimento médico, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a infraestrutura física e equipamentos adequados ao acompanhamento destes indivíduos nas unidades de saúde. Deficiências agravadas pelo diagnóstico nutricional tardio e deficitário, ante a perspectiva culpabilizadora e despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a complexidade da obesidade, que desestimula a procura por assistência médica especializada. Aglutina-se ainda a este encadeamento a questão da busca por ações e serviços de saúde ser motivada, majoritariamente, pela manifestação de outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, que em sua maioria não são correlacionadas com a mesma. Dificultando-se, desta forma, o diagnóstico mais aprofundado, com análise das particularidades dos pacientes e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado, com a consequente garantia de uma melhor qualidade de vida para estes.

Informações estas que comungam com as alegadas limitações diagnósticas e terapêuticas indicadas em virtude da inobservância de importantes disposições previstas nas aludidas portarias, que se destinam a operacionalização das ações e serviços de prevenção e tratamento da obesidade. Considerando que, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública no âmbito da saúde, ainda se nota a precariedade no que tange ao diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado, sendo tal conjuntura circundada pela parca disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos adequados.

Confirmando-se, assim, as hipóteses levantadas acerca da problemática.

Diante de tudo quanto exposto, observa-se que no tocante a conjuntura analisada não se faz necessária a elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, mas sim a implementação efetiva das disposições das portarias já existentes que regulam a matéria. Isto tendo em vista que, as previsões nestas existentes já se debruçam sobre as necessidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional, ante a busca por profissionalização do corpo de trabalho que a compõe.

47

Sendo estabelecido por estas, ainda, toda a divisão de atribuições entre os diferentes segmentos que a integram, de forma a corroborar com a colaboração entre estes, possibilitando uma atuação intersetorial e dinâmica, com assistência não apenas reparativa, mas também preventiva, atendendo às disposições gerais tecidas quanto à garantia do direito à saúde. Note-se que, até mesmo os projetos de lei elaborados nesta esfera voltam-se a busca de garantia de coeficientes de efetividade de disposições já constantes nas mesmas, seja em relação ao atendimento especializado com infraestrutura adequada ou a autorização e custeio de cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica. Necessita-se, portanto, especialmente no âmbito do município de Salvador, da efetiva implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes. Isto porque, conforme se extrai das informações sobre a atuação municipal, angariadas nas plataformas de dados governamentais disponíveis e nas documentações disponibilizadas ao acesso público, especialmente os planos municipais de saúde e de enfrentamento às DCNTs, este ainda não implementou as principais medidas para acompanhamento destes indivíduos. Neste diapasão, salienta-se que em que pese as tentativas, não foram encontradas ou fornecidas maiores informações acerca da instituição, no município, da linha de cuidado voltada especialmente para a prevenção e tratamento da obesidade, bem como das políticas públicas implementadas visando tal feito ou dos processos de cuidado direcionados ao acompanhamento deste público. Ademais, não se disponibilizou também dados acerca da infraestrutura técnica, profissional e material existente no município para a devida prestação da assistência médica a ser direcionada a esta parcela substancial da população, sendo esta ausência de acesso ou existência a informação também compreendida como tal. Circunstância diante da qual se propõe que, para pesquisas futuras, se angarie mais informações acerca da gestão desempenhada no município no âmbito da rede de assistência primária e especializada do SUS, com destaque às ações e serviços implementados por este para prevenção e tratamento da obesidade. Sobretudo, se houve a instalação de uma linha de cuidado prioritária específica para esta esfera, como discriminado nas portarias vigentes acerca da temática, ou se há planos para a sua futura implementação, com a adoção do plano de atribuições nesta discriminados.

REFERÊNCIAS



Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pdf. Acessado em 09 de março de 2023.

Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006.

Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao-de-criterios-de-matricula.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Obesidade e Sobrepeso. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2023.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivi_l_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em:
[https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas](https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas.). Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.htm. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao



Indivíduo com Obesidade. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccc.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

Brasil. Senado Federal. Matérias Bicamerais: Projeto de Lei nº 3526, de 2020. Disponível



em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-3526-2020>.
Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&disposition=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MDMwNy4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA.. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em:
https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&n_umero_Processo=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em:
https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI_A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021. Disponível em
<https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 111-153, 3 nov. 2020.

Malta, Deborah Carvalho. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública. São

Paulo, 2017;51 Supl 1:4s, p. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2023.

Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). *Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo*. Barueri: Manole, 2020.

Moraes, Alexandre de. *Direito constitucional*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

Paulsen, Leandro. *Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006.

Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Corso, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*. Campinas: V. 17, out./dez., 2004, p.01. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. *Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025*. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). *Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis*. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Souza, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Rev bras nutr clín*, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

WHO. *Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012*. Geneva: WHO; s.d. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.



WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.



=====

Arquivo 1: [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Arquivo 2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459> (1325 termos)

Termos comuns: 15

Similaridade: 0,10%

O texto abaixo é o conteúdo do documento [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Os termos em vermelho foram encontrados no documento

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459> (1325 termos)

=====

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
GRADUAÇÃO EM DIREITO

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

Salvador

2023

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA



TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

TCC apresentado ao Programa
de Graduação em Direito da
Universidade Católica do
Salvador, como requisito
parcial para a obtenção do grau
de bacharel em direito.

Orientador: André Quadros
Côrtes, Mestre em Políticas
Sociais e Cidadania.

Salvador
2023

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

RESUMO



O presente trabalho se propôs a analisar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde direcionado às pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto no intuito de se esquadrihar a aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades destes indivíduos. Interesses estes fundados nos desafios e barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços pertinentes à promoção, proteção e recuperação da saúde da população obesa, que englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional. Para tanto aplicou-se o método de pesquisa bibliográfica, embasada em material publicado a respeito da temática, particularmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde e relatórios extraídos de plataformas governamentais. Utilizando-se, ademais, de abordagem metodológica qualitativa, focada no entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para identificação da solução do problema de pesquisa explicitado. Sob este enquadro, a análise realizada evidenciou a prescindibilidade de elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, vez que, em verdade, faz-se necessária a implementação efetiva das disposições constantes nas portarias já existentes acerca da matéria. As quais se debruçam sobre as particularidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional. Conjuntura sob a qual delinea-se a necessidade, mormente no âmbito do município de Salvador, de implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; DCNTs; Comorbidades; Saúde; SUS; Prevenção; Diagnóstico; Tratamento; Atendimento; Acompanhamento; Infraestrutura; Estigma; Atenção Primária; Atenção Especializada; Mortalidade; Morbidade; Portarias; Eficácia.

ABSTRACT

The present work proposed to analyze the effectiveness coefficients of the legal protection of the right to health aimed at people with obesity in the Municipality of Salvador, especially with regard to the actions and services performed in the primary and specialized care network of the SUS. This is in order to investigate the apparent invisibility of people with obesity in the health system and the need or not to develop legislative instruments specifically aimed at the needs of these individuals. These interests are **based on the** challenges and barriers identified for the



offer and implementation of actions and services relevant to the promotion, protection and recovery of **the health of** the obese population, which include the absence of comprehensive and non-reductionist approaches, accentuated by the lack of or insufficient access to medical equipment and professional qualification. To this end, the bibliographical research method was applied, based on published material on the topic, particularly books, periodicals, articles, health notebooks and reports extracted from government platforms. Furthermore, using a qualitative methodological approach, focused on understanding and evaluating the research object, linked to the hypothetical-deductive method, in which the formulated hypotheses are subjected to the falsification process to identify the solution to the explained research problem. Under this framework, the analysis carried out highlighted the unnecessary development of new normative instruments to establish guidelines and operationalize SUS health care networks, since, in truth, it **is necessary to** effectively implement the provisions contained in the ordinances already existing information on the subject. Which focus on the particularities to be observed so that adequate diagnosis of the obese population can be promoted, with specialized monitoring, equipped with technical and professional infrastructure. Situation under which the need is outlined, especially within the scope of the municipality of Salvador, to implement the guidelines and attributions contained in the Ordinances and National Policies drawn up on the subject, such as the institution of the line of care for the prevention and treatment of **overweight and obesity**, among other achievements in these constants.

Key words: Obesity; Overweight; NCDs; Comorbidities; Health; SUS; Prevention; Diagnosis; Treatment; Service; Follow-up; Infrastructure; Stigma; Primary attention; Specialized Care; Mortality; Morbidity; Ordinances; Efficiency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	8
2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.	8
2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	12
3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL	21
4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E	



ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1.1. Portarias instituídas anteriormente para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade	26
4.1.2. Portarias vigentes na atualidade.	30
4.1.3. Projetos de lei.	35
4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	38
5. CONCLUSÃO.	43

5

1. INTRODUÇÃO

A saúde se consubstancia como um direito social, assim reconhecida no art.

6º da Constituição Federal, que a elevou à condição de direito fundamental, dotando-lhe de força normativa e vinculante.¹ Cenário este que exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, para se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos termos do art. 196 da CF.² Enquadro lógico sob o qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado (art. 198, da CF), enquanto suporte à efetivação da política de saúde no país.³

Tal sistema é responsável pela atenção à saúde da maioria dos cidadãos, englobando um conjunto de serviços ambulatoriais, terapêuticos e pré-hospitalares de urgência e emergência especializados.⁴ Todavia, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda tem se demonstrado exígua. Tendo a referida patologia se tornado um problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas que têm alcançado em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas quando do atendimento primário.⁵

A título de contextualização, salienta-se que a obesidade se trata de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa que representa o aumento excessivo de tecido adiposo no organismo, haja vista apresentar um excesso no Índice de Massa Corporal (Superior a 30 kg/m²).⁶ Dentre as suas causas, alberga fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos, dos quais a literatura científica

1 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

2 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da

Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

3 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

4 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-



SUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2 saud_soci](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2_saud_soci)

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

6 WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity**

. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

6

destaca como principais a inatividade física, a redução do consumo de alimentos básicos e a maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar.⁷

Esta, em decorrência das suas complicações metabólicas, se configura ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, as quais não são correlacionadas a um diagnóstico apropriado, ante a deficiente estrutura de atendimento.⁸ O que reverbera na ausência de encaminhamento para serviço especializado, com adoção de modelo adequado à abordagem terapêutica integral, que se constituem como importantes aspectos para a redução da morbimortalidade das pessoas com obesidade.⁹

Quanto a isto, nota-se que consoante dados apontados pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB), apenas 2,5% do total de atendimentos individuais são voltados à condição avaliada como obesidade.¹⁰ Conjuntura esta incongruente com os índices apresentados no ano de 2023 nos relatórios públicos emitidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde, que indicavam que aproximadamente 34.51% dos indivíduos adultos já possuem diagnóstico de excesso de peso, 20.65% de Obesidade Grau I, 8.23% de Obesidade Grau II e 4.37% de Obesidade Grau III.¹¹ Contexto que se reproduz no município de Salvador, cujo os índices apresentados neste relatório indicam que aproximadamente 33.1% dos indivíduos adultos possuem diagnóstico de sobrepeso, além de apresentar porcentagens ligeiramente mais altas de Obesidade Grau I (21.68%), Obesidade Grau II (9.42%) e Obesidade Grau III (5.05%), se comparada com os índices nacionais. Circunstância sob a qual se observa que os atos normativos elaborados não transparecem coeficientes de eficácia válidos, especialmente no que concerne ao cuidado direcionado a estes protagonistas neste município.¹²

Ratifica-se, desta forma, a premissa tecida acerca da precariedade de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento, que ainda é circundada pela parca

7 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão

beta. Cadernos

de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

8 Ibidem.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

10 Ibidem, p.11.

11 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em:

<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

12 Ibidem.

7

disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade. Particularmente aqueles voltados ao rastreamento e implementação do processo de cuidado, tais quais: balanças, macas e cadeiras adequadas, fita métrica, esfigmomanômetro, dentre outros. Condições observadas não obstante tais indivíduos representarem porcentagem significativa da população, consoante delineado linhas alhures.¹³

Sob este prisma, impende ainda ressaltar que o fato de a obesidade se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs exerce drásticos impactos nos índices de morbidade e mortalidade, bem como nas finanças pertinentes ao sistema de saúde. Tendo se contabilizado em estudo elaborado sobre a temática que do orçamento de R\$6,77 bilhões gastos anualmente com estas, cerca de R\$1,49 bilhões são atribuídos ao excesso de peso e obesidade. Percentual este que se mantém considerável no que tange ao número de mortes (128,71 mil), hospitalizações (495,99 mil) e procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS (31,72 milhões), o que denota a sobrecarga deste sistema.¹⁴

Neste ensejo, tem-se traçada a necessidade de priorização e revisão dos aspectos estruturais da rede de atenção à saúde do SUS, no âmbito primário e especializado, essencialmente no que concerne à organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade delineada nas portarias já elaboradas sobre a matéria.¹⁵ Contexto este que influenciou a elaboração do presente trabalho, o qual tem como objetivo analisar se, diante do cenário exposto, faz-se necessária a elaboração de novos instrumentos legislativos de atenção à saúde voltadas especificamente as particularidades destes indivíduos, ou se, em verdade, se trata da necessidade de efetivação dos já existentes.

Arelando-se tal questionamento, ainda, a indagação de como esta possível invisibilização no sistema público de saúde reverbera em consequências tangenciais à garantia do direito à saúde e, como sequela, a uma ampla qualidade de vida. Isto em virtude de se ter, dentre os princípios fundamentais desta República, a dignidade da pessoa humana, que reverbera na garantia das necessidades vitais do ser humano, englobando o acesso à saúde permeada em ações e serviços de qualidade. Questionamento este existente em decorrência da



13 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.16. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

14 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado.

Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Op.cit., 2022, p.13.

8

ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas e da precariedade de diagnóstico e encaminhamento para atendimento apropriado destes indivíduos no sistema de saúde.16

Fundado neste intuito, o presente trabalho se consubstancia como uma

reflexão e estudo decorrente da aplicação do método de pesquisa bibliográfica, subsidiada em

material publicado acerca da temática, em especial livros, artigos e periódicos, bem como na

legislação existente, que corroboraram para a constatação e deslinde da problemática

identificada. Isto além do levantamento de dados quantitativos, vez que se analisará material

lastreado em dados publicados pelo governo federal e municipal sobre os índices de obesidade, atendimento, diagnóstico e disponibilização de tratamento.

Tendo se utilizado, para tanto, de abordagem metodológica qualitativa,

voltada à compreensão e avaliação do objeto de pesquisa. Isto considerando as características

da situação, avaliando e medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito da

problemática analisada, qual seja: a potencial invisibilização das pessoas com obesidade no

sistema de saúde, sobretudo no que concerne à rede de atenção primária e especializada do

SUS, à luz dos instrumentos legislativos existentes.

Sob este enquadro empregou-se o método hipotético-dedutivo de Karl

Popper, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a

construção da solução do problema de pesquisa narrado e, posteriormente, são confirmadas ou

refutadas. De forma que, com o desenvolvimento da referida discussão, foi construída a

argumentação finalística deste e estabelecida a sua conexão com a conjuntura fática observada hodiernamente.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E

OBESIDADE.

2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.

A adoção do modelo de bem-estar social pela federação brasileira, em que se

observa uma intervenção mais incisiva do Estado no intuito de se assegurar aos indivíduos o



16 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

9

acesso a serviços assistenciais básicos, com a conseqüente disposição da saúde como um direito social (art. 6º da CF), alçou-a à condição de direito fundamental. Posição esta que lhe confere caráter vinculante e normativo, dotado de exigibilidade perante aos seus titulares, enquanto meio para se garantir o mínimo existencial necessário para uma vida digna, em compatibilidade com os fundamentos fixados para o país no artigo 1º da Constituição (CF).¹⁷

Neste tom, o direito à saúde encontra-se compreendido em um bloco

integrado, ainda, pelos direitos à previdência e à assistência social, relativos à área de atuação da seguridade social.¹⁸ A qual estabelece um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas à proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à tríade de garantias citadas acima, consoante disposto no art. 194 da Constituição.¹⁹

Observando-se, a partir desta perspectiva, a atuação de diversos órgãos da administração pública direta e indireta e de atores políticos atrelados às ocupações desta no âmbito federal, distrital, estadual e municipal de forma regionalizada e hierarquizada.²⁰

Cenário sob o qual se exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, por meio da implementação de políticas públicas, de modo a se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.²¹ Sendo a matéria tratada no diploma constitucional, em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, os quais estabelecem uma série de normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira,²² com prestações materiais positivas do Executivo e providências jurídico-normativas do Legislativo.²³

Nesse sentido, ratificando o quanto esposado, vejamos as premissas tecidas por Alexandre de Moraes acerca da matéria que explanam a lógica em voga:

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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

17 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

18 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica

tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 119, 3 nov. 2020.

19 Brasill. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

20 Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre:



Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006, p. 496.

21 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida

da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

22 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. Op.cit., 2020, p. 121.

23 Cunha Júnior, Dirley. Op.cit., 2012, p.767 et seq.

10

(CF, art. 196), sendo 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 por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).²⁴

Note-se que o art. 196 da CF, além de estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, destaca a finalidade de sua atuação neste campo, atrelando-a à redução do risco de doenças e de outros agravos²⁵. Compreensão esta ratificada no tema de Repercussão Geral de n. 793, em que o Supremo Tribunal Federal (STF) inseriu o tratamento médico adequado dentre o rol de deveres estatais, assim como fixou a responsabilidade solidária dos entes federados. O que corrobora com a premissa de atuação regionalizada e hierarquizada dos entes políticos a nível federal, estadual, distrital e municipal quanto à garantia de acesso universal e igualitário à saúde e seus desdobramentos.²⁶

Tal feito, pois, encontra-se pautado na descentralização da atuação das esferas de governo no âmbito do direito à saúde, atinente às áreas de operação dos entes políticos no atendimento integral da população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.²⁷ Isto porque, a efetivação deste direito compreende não apenas a disponibilização de hospitais ou postos públicos de saúde devidamente equipados para atendimento, mas também o fornecimento de medicamentos e profissionais qualificados para a prestação de serviços públicos desta estirpe.²⁸

À vista disso, visando conferir maior efetividade à política de saúde do país foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no art. 198 da CF e regulamentado de modo mais específico nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que fornecem o arcabouço legal e principiológico para a sua operacionalização. Definindo-se tal sistema como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em conformidade com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.²⁹

24 Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 537.

25 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

26 Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever

de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProc>

esso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.



27 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Op.cit. Acesso em: 09 mar. 2023.

28 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.769 et seq.

29 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

11

Ratificando o quanto esposado, vejamos as considerações tecidas pelo doutrinador Dirley da Cunha Júnior acerca da matéria explanam a lógica em voga:

Visando a execução das políticas públicas de saúde, a Constituição instituiu um sistema único de saúde (SUS), que passou a compreender todas as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (art. 198). (...) Nada obstante ser de atribuição do Poder Público, a Constituição facultou a assistência à saúde à iniciativa privada (art. 199), de modo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.³⁰

As LOS comportam, desta forma, disposições no tocante à participação da comunidade na sua gestão e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados a sua manutenção (Lei nº 8.142/90). Além de esmiuçarem o quanto externado no art. 198, indicando as condições para a atuação do SUS, especialmente ao estabelecerem o modo de organização e funcionamento dos serviços prestados e instituírem os objetivos, competências e atribuições do mesmo (Lei nº 8.142/90).³¹ Reforçando, assim, a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³²

Seguindo este enquadro lógico, destacam-se dois importantes princípios delineados nos incisos I e II, do art. 7º, da referida lei 8.080/1990. São eles, respectivamente: o da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e o da integralidade desta, compreendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema. Destacando-se a sua importância por reforçarem a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³³

30 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

31 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:



27/05/2023.

32 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao->

2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 10.

33 Ibidem, loc.cit.

12

Sob esta ótica, confere-se destaque ao objetivo disposto no art. 5º, III, da Lei n. 8.080/1990, que estabelece a prestação de assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como atribuições do SUS³⁴. O qual, para desempenhar de modo satisfatório tal encargo, abarca uma série de serviços, a citar: rede hospitalar de média e de alta complexidade, serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, serviços ambulatoriais especializados e serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, incluindo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Portando-se, hegemonicamente, como responsável pela maioria dos cidadãos brasileiros no âmbito da garantia ao direito à saúde³⁵.

Entretanto, a despeito do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem se demonstrado insuficiente e insatisfatória. De modo que, tal patologia tem se estabelecido como um problema de saúde pública, ante as suas proporções epidêmicas e a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, sendo tal questão matéria de discussão dos tópicos adiante delineados.³⁶

2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

Atendo-se a base principiológica concernente a institucionalização do SUS, principalmente no que tange a integralidade na prestação dos serviços de saúde, nota-se a instituição de três segmentos relativos à atenção à saúde, a citar: (a) atenção primária, (b) de média e (c) de alta complexidade, cujo estas duas últimas integram a rede de atenção especializada.³⁷ A aludida organização presta-se a melhor estruturação dos serviços

34 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

35 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_soci

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

36 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção



Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

37 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 11.

13

disponibilizados, atentando-se a diferenciação de densidade tecnológica e custos envolvidos com os agravos médicos que cada campo visa atender.³⁸

A atenção primária à saúde (APS) se consubstancia como o eixo orientador do SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde e abarcando um conjunto de ações que incluem prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, mediante o emprego de tecnologia de baixa densidade.³⁹ Dispondo, em virtude disto, de insumos e equipamentos necessários à resolução dos problemas e agravos de maior frequência e baixa complexidade, assim como dos meios para o encaminhamento a serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.⁴⁰

Ratificando as informações elencadas, vejamos as asseverações elaboradas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde acerca da infraestrutura de atendimento desta:

[...] na mesma portaria, quando é descrita a infraestrutura necessária para a atenção primária, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a ?garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar?.⁴¹

Tal conjuntura evidencia, portanto, que a rede de atenção primária não esgota as necessidades manifestadas pelos usuários do SUS, necessitando-se da institucionalização dos demais segmentos de atenção à saúde que, como mencionado, compõem a rede de atenção especializada. A reiterar: a rede de atenção de média e de alta complexidade, que, como o próprio nome já sugere, englobam atendimentos que exijam a realização de procedimentos mais complexos, recursos tecnológicos mais específicos e profissionais especializados.

38 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível



em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20co>

mposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

39 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

40 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 12.

41 Ibidem, loc.cit.

14

À luz desta premissa, no que tange ao segmento de atenção à saúde de média complexidade, este abarca ações e serviços prestados em hospitais e ambulatórios envolvendo atendimento em distintas especialidades médicas. Objeto este decorrente de problemas e agravos de saúde que demandam a utilização de recursos tecnológicos mais específicos, ante a necessidade de realização de procedimentos complexos destinados ao diagnóstico e tratamento dos usuários.⁴²

Dessa forma, tal nível encontra-se integrado com o retro citado, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, compreendida nesta fase por policlínicas, hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e centros dotados de equipamentos para exames e procedimentos mais avançados. Sendo efetuado nesta o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, a estabilização dos pacientes e a investigação diagnóstica inicial, oportunidade em que se irá aferir a necessidade de atendimento mais complexo.⁴³

Cenário em que se menciona o segmento de atenção à saúde de alta complexidade, que, integrado aos demais níveis, abrange um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e custo, por envolver a disponibilização de serviços qualificados de alta complexidade. Sendo estes normalmente prestados em hospitais gerais de grande porte, cujo os procedimentos realizados encontram-se relacionados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.⁴⁴ As diversas áreas médicas e procedimentos atendidos encontram-se relacionadas em obra do Ministério da Saúde acerca da matéria, senão vejamos:

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias



aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica;

42 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência

do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20c>

omposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

43 Ibidem, loc.cit.

44 Brasil, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. p.32. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

15

terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.45

A definição das áreas de assistência especializada de média e alta complexidade e a instituição destas por meio da publicação de instrumentos normativos é efetuada mediante o levantamento de informações no tocante à situação da saúde na respectiva área de interesse. Isto sobretudo mediante a análise dos problemas e agravos existentes, serviços ofertados e necessidades da população, com o consequente enquadramento das prioridades para atuação, regulamentação da área específica e organização dos serviços e procedimentos ofertados em relação a esta.46

Sob este tom, atentando-se a elevação nos índices de pessoas que apresentam quadro clínico compatível com excesso de peso (34.51%) ou obesidade (33.25%), bem como o fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, instituiu-se a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave. Política com a qual, logo no início de sua institucionalização, se incluiu na tabela de procedimentos do SUS a gastroplastia, atualmente regulamentada pelas Portarias n. 628/2001 e 545/2002.47

Contudo, considerando que a esfera de cuidado direcionada a esta patologia não pode se restringir apenas a atuação de forma reparativa e atentando-se a necessidade da atuação preventiva, foi instituída a Portaria GM/MS n. 1.569/2007.48 Nesta, identifica-se uma maior preocupação com a integralidade na prestação dos serviços de saúde entre os diferentes segmentos de assistência, tendo se organizado a linha de cuidados ao portador de obesidade



grave em diferentes níveis. Buscando, com a referida realização, se identificar os principais determinantes e condicionantes da obesidade, de modo a se desenvolver ações transeitoriais de atenção à saúde amplas e qualificadas.⁴⁹

45 Brasil, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. p.32. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios

_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

46 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 14 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/>

06/Atualizacao -2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023.

47 Ibidem, p. 166 et seq.

48 Ibidem, p. 168.

49 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

16

Com este intuito a citada Portaria estabelece o modo como deve ser operacionalizada a atenção à saúde em seus diferentes níveis, indicando em seu art. 3º as atribuições de cada segmento para o controle da obesidade e suas comorbidades. Sendo estas: na atenção primária à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde; na de média complexidade ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, atreladas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade; e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas, impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes protagonistas.⁵⁰

Cenário diante do qual também se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, redefinindo suas diretrizes e esmiuçando a organização de atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde. Devendo-se destacar a importância creditada à promoção do diagnóstico apropriado, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades, em consonância com a classificação do estado nutricional e a estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades, além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento.⁵¹

No entanto, a despeito do amplo desenvolvimento do sistema de saúde neste tópico, a disponibilização de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda é diminuta, precipuamente no setor de diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado. Isto porque somente 2,5% do total de atendimentos individuais realizados no âmbito da APS são voltados à condição avaliada como obesidade.⁵² Conjuntura incongruente com os índices

exibidos em 2019 pelo SISVAN, os quais indicavam, à época, que aproximadamente 34,55% dos indivíduos adultos já possuíam diagnóstico de excesso de peso e que cerca de 28,54% da população do país já se encontrava obesa.⁵³

50 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

51 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 out. 2023.

52 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 09 mar. 2023.

53 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

17

3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, definida, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, caracterizado por um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m².⁵⁴ Divergindo, assim, do sobrepeso, que é compreendido como um aumento exclusivo de peso não atrelado ao comprometimento da saúde do paciente, tal qual a obesidade o é.⁵⁵ Corroborando com o quanto externado, vejamos a classificação da OMS do estado nutricional dos adultos a depender do IMC:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos com base no IMC - OMS⁵⁶

Classificação IMC Risco de comorbidades

Abaixo do peso < 18,5 Baixo (Risco de outras



complicações clínicas)

Eutrofia/

Intervalo normal

18,5 ? 24,9 Média

Sobrepeso ? 25,0 -

Pré Obeso 25,0 ? 29,9 Aumentou

Obesidade Classe 1 30,0 ? 34,9 Moderado

Obesidade Classe 2 35,0 ? 39,9 Severo

Obesidade Classe 3 ? 40,0 Muito severo

Cálculo do IMC: Divide-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros).

Elaboração própria. Fonte: World Health Organization (1998).

54 WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.**

Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

55 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 3, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

56 WHO. Op.cit., 1998, p. 21.

18

Neste tom, tem-se a obesidade como uma doença ocasionada por um prolongado cenário de ingestão energética maior do que o gasto perpetrado pelo corpo,⁵⁷ compreensão que, em razão da visão estigmatizada da sociedade, normalmente é atrelada apenas a dieta alimentar inadequada e a inatividade física.⁵⁸ Todavia, esta trata-se de uma doença multifatorial, albergando dentre as suas causas não apenas inatividade física, redução do consumo de alimentos básicos e maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar, mas também fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos que contribuem para tal.⁵⁹

No que tange aos aspectos históricos e sociais que influenciaram os hábitos de vida da sociedade e levaram ao aumento de incidência dos casos de obesidade, nota-se que desde o período da Revolução Industrial houveram mudanças que ocasionaram notórias transformações nos hábitos de vida e padrões alimentares. Isto ante o êxodo rural, em virtude da urbanização e da contínua substituição da mão de obra humana pelo uso de máquinas, massificando as atividades laborais e reduzindo-as a atos simples e repetitivos distantes das ocupações nos setores extrativos.⁶⁰

Tal contexto favoreceu ainda o desenvolvimento de uma rotina sedentária, haja vista a diminuição da prática de atividades físicas em decorrência, por exemplo, das



jornadas de trabalho exaustivas. Padrão que se reproduz no contexto atual, devido a ausência de tempo e energia da população para tais práticas, aliada às formas de lazer sedentárias desenvolvidas, tais quais televisão e computadores, e a insegurança quanto ao deslocamento para os locais apropriados para tal, como academias e praças.⁶¹

Conjuntura atrelada a progressiva alteração da dieta para produtos que paulatinamente tiveram reduzidos seu valor nutricional, ante o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados de baixo valor nutricional, que propiciam uma maior ingestão calórica e menor gasto energético, ocasionando o acúmulo de gordura. Destacando-se como fatores de influência para o consumo destes o aumento do processo de industrialização dos

57 Anjos, Luiz Antonio dos. *Obesidade e Saúde Pública*. 20.ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 12.

58 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. *Obesidade, sociedade e cultura*. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). *Obesidade: uma epidemia mundial*. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021, p. 6. Disponível em [https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-](https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf)

[ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf](https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.

59 Souza, Saul de Azevêdo et al. *Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta*.

Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

60 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. *O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade*.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 4, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

61 Anjos, Luiz Antonio dos. *Op.cit.*, 2006, p. 30.

19 alimentos e oferta destes em supermercados, a maior facilidade e comodidade na aquisição e/ou preparo, bem como os preços mais baixos e atrativos, sopesado diante das possibilidades financeiras das famílias para despesas alimentares.⁶²

Sob este prisma, ratificando as asseverações acima delineadas, vejamos as premissas tecidas pelo professor da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pós-doutor em Fisiologia, Dr. Luiz Antonio dos Anjos, acerca da matéria:

Existe uma preocupação grande sobre os efeitos que a sociedade urbana (dita moderna) trazem ao ambiente que circundam esses grandes aglomerados urbanos. De fato, tais ambientes são, sob aspectos alimentares e de prática da atividade física, ?obesigênicos?, ou seja, facilitadores para a ocorrência de obesidade. Essas características incluem a grande disponibilidade de alimentos com alta densidade energética (além de disponíveis em todos os lugares são também baratos); redução do gasto energético nas atividades cotidianas (automóvel, escada rolante, elevadores, mudanças nos processos de trabalho); aumento das atividades de lazer de menor gasto energético (televisão, computador, jogos de vídeo); e redução das oportunidades para



a prática da atividade física regular (lugares públicos seguros, aumento no tempo de trabalho, aumento do tempo nos deslocamentos de e para o trabalho/escola).

Diante deste prisma, observa-se que com as alterações históricas dos aspectos de vida da sociedade, como o processo de urbanização, as mudanças nas relações de consumo e o acesso a tecnologia, houve uma mudança gradativa na dieta e na frequência de atividades físicas. Aspectos perante os quais, embora se note uma redução do número de casos de doenças infecciosas e parasitárias, proporcionada pela melhoria nas condições sanitárias, aprimoramento do diagnóstico e tratamento e acesso a atendimento médico de qualidade, têm-se uma transição epidemiológica para as DCNTs, tal qual a obesidade.⁶³

Patologia esta que, em razão das suas complicações metabólicas, como a dislipidemia, hipertensão arterial, resistência à insulina, intolerância à glicose e alterações no sistema de coagulação, é compreendida ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs. A citar: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, osteoartrite e determinadas espécies de câncer (endométrio, mama, próstata e cólon), que, via de regra, não são correlacionadas a mesma pela ausência de diagnóstico adequado.⁶⁴ Doenças estas que são responsáveis por aproximadamente 70% da mortalidade mundial, conforme dados da OMS.⁶⁵

62 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. Op.cit., 2006, p. 4 et seq.

63 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e

cultura. In: SCOMPARIN, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e

Contexto, 2021, p. 8 et seq. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

64 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

65 WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível

em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

20

Isto posto, faz-se perceptível o quanto a obesidade influencia nos índices de morbimortalidade, contexto diante do qual se exige um maior despendimento econômico do governo, que inclusive já alcança o importe de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo consideravelmente o orçamento estatal para gastos com doenças.⁶⁶ Cenário diante do qual esta figura como problema de saúde pública, mormente se observadas as proporções epidêmicas alcançadas em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.⁶⁷

Somando-se a estes desafios, menciona-se também a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta patologia e a baixa resolutividade dos mesmos, fomentada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, ante as associações equivocadas da obesidade à preguiça, desleixo e ausência de comprometimento com o cuidado da saúde.⁶⁸ Observando-se a recorrente responsabilização destes pacientes pelo



quadro clínico apresentado, não obstante esta presente como causas fatores multifatoriais, condicionadas, por exemplo, a questões metabólicas, que são desmerecidas ante ao estigma atrelado à patologia.⁶⁹

Condições críticas inflamadas pela parca estrutura física e pelos materiais e equipamentos médicos disponibilizados nas instituições de saúde, que em muitas das ocasiões não se configuram adequados para o atendimento deste público, o que ocasiona um nítido constrangimento e dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte destes. Enquadro fático diante do qual observa-se que tais barreiras e desafios ensejam em um diagnóstico deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado.⁷⁰

Dificultando-se, desta forma, o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado, reverberando em efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos, que comprometem a duração e qualidade de vida destes. Circunstância que reforça o diagnóstico

66 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

67 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

68 Ibidem, p.06.

69 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade.

Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

70 Ibidem, loc.cit.

21

apropriado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa, com adoção de modelo de cuidado à saúde contínuo, integral e humanizado, como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade.⁷¹

3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL

Os índices de pessoas com obesidade no Município de Salvador têm apresentado um crescimento gradual no decurso dos anos, sobretudo se observada a elevação deste percentual em cerca de 68,4%. Isto considerando que passou de 11,1% em 2010 para

20,5% em 2021, conforme dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).⁷² Ratificando o quanto exposto, vejamos a evolução nos percentuais apresentados a nível municipal, consoante dados indicados nos relatórios públicos emitidos pelo referido sistema entre os anos de 2011 e 2022:

Tabela 2: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel

Percentual de Adultos com obesidade em Salvador

Ano Referência Porcentagem de pessoas com obesidade

2010 11,1%

2011 14,9%

2012 14,1%

2013 14,9%

2014 17,8%

2015 16,3%

2016 19,9%

2017 19,5%

2018 18,6%

71 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

72 Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

22

2019 18,1%

2020 19,1%

2021 20,5%

Porcentagem de aumento de 2010 para 2021 68,4%⁷³

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico | Vigitel (2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022).

Da análise dos dados acima veiculados observa-se que o panorama esboçado pelos índices de obesidade no município é preocupante, especialmente por esta patologia se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não



transmissíveis (DCNTs), tais quais diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.⁷⁴ Compreensão corroborada pelo fato de que a incidência destas, particularmente das cardiopatias e diabetes, encontram-se atreladas a apresentação de um IMC superior a 25 kg/m², atinente às classificações de pré obesidade, obesidade grau 1, grau 2 e grau 3.⁷⁵

Ademais, note-se que tais enfermidades configuram-se como as principais causas de morte prematura (entre trinta e sessenta e nove anos) do Município, em especial as cardiopatias que apresentam as maiores taxas de mortalidade desta capital, consoante dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM).⁷⁶ Contexto o qual reforça a premissa tecida acerca dos impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, máxime diante da ausência de correlacionamento entre estas patologias por meio de um diagnóstico apropriado.⁷⁷

Neste liame, a prevenção e o diagnóstico adequado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa,

⁷³ Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

⁷⁴ Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

⁷⁵ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 42.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 24 set. 2023.

⁷⁶ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 59 et seq. Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 24 set. 2023.

⁷⁷ Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta.

Cadernos de Saúde Pública. João Pessoa: V. 34, 2018, p.02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7>

LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/?lang=pt. Acesso em: 03 jun. 2023.

23

com adoção de modelo de cuidado apropriado, se constituem como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade. Isto tendo em vista que a precariedade em quaisquer destes elementos, particularmente no que tange a ausência de diagnóstico adequado e correlacionamento entre as patologias anteriormente mencionadas, interferem na duração e qualidade de vida destes protagonistas.⁷⁸

Sob este mesmo enquadro, analisando-se outras bases de dados

governamentais, nomeadamente o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), abastecido com dados do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e do e-SUS (SISAB), observa-se que os percentuais tornam-se ainda mais críticos.⁷⁹ Isto dado que os índices deste indicador consubstanciam-se mais expressivos, como no ano de 2021, em que a percentagem de adultos acometida com obesidade era de 37,5%. Percentual este superior até mesmo a prevalência desta patologia na região nordeste (25,0%) e a nível nacional (28,5%).⁸⁰ A título de contextualização e comparação com os dados fornecidos pelo sistema Vigitel, bem como com os percentuais indicados a nível regional (nordeste) e nacional, vejamos os índices de obesidade (graus I, II e III) da população adulta acompanhada na rede de atenção primária à saúde do município de Salvador constantes nos relatórios públicos emitidos pelo SISVAN, mormente os relativos aos exercícios de 2010 a 2023:

Tabela 3: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel
Percentual de Adultos com obesidade - Nível Municipal, Regional e Nacional⁸¹

Ano Referência Percentual Municipal

Percentual

Regional (Nordeste)

Percentual

Nacional

2010 28,18% 13,27% 16,48%

2011 30,66% 14,64% 17,98%

2012 30,52% 16,73% 19,93%

2013 30,8% 17,86% 21%

2014 31,1% 19,7% 22,39%

78 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. p. 214. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

79 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Op.cit., 2022, p. 41.

80 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

81 Ibidem.

24

2015 31,88% 21,23% 24,57%

2016 33,49% 21,57% 25,1%

2017 32,7% 22,51% 25,98%

2018 34,5% 24% 27,29%

2019 35,17% 25,03% 28,54%

2020 36,6% 27,66% 31,6%

2021 37,5% 29,06% 32,92%
2022 35,26% 28,35% 31,88%
2023 36,14% 30,12% 33,38%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Afunilando-se a análise ora realizada, essencialmente no que diz respeito à organização político-administrativa sanitária, têm-se que o Município de Salvador se encontra dividido em 12 (doze) Distritos Sanitários, a citar: Centro Histórico, Barra, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano e Subúrbio Ferroviário. Tal categorização está voltada à divisão territorial das competências e atribuições relativas à assistência à saúde, de modo a facilitar a articulação das entidades atreladas à administração, fiscalização, atendimento e prestação de serviços públicos.⁸²

Note-se que esta organização compreende a disponibilização de serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde no território, englobando: unidades básicas de saúde, centros de apoio psicossocial, unidades ambulatoriais especializadas e de pronto atendimento, hospitais, dentre outros. Sendo estabelecida uma comunicação entre estes segmentos, de modo a mantê-los integrados e articulados, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, nos âmbitos público, privado (vinculados ou não ao SUS) e filantrópico, que contabilizam cerca de 3.599 estabelecimentos assistenciais de saúde.⁸³

Todavia, não se observa no âmbito de assistência à saúde às pessoas portadoras de obesidade tal dinamismo, especialmente se observados os altos índices de pessoas acometidas pela obesidade no município e a precariedade no setor de diagnóstico e prevenção. Neste ensejo, vejamos o número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade

82 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 215. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 out. 2023.
83 Ibidem.

25
em cada um dos referidos distritos e a representação percentual destes a nível municipal no ano de 2022, com base em análise restrita ao estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidade de saúde destes, conforme dados do SISVAN:

Tabela 4: Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador.

Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador⁸⁴

Distrito Sanitário
Nº de Unidades de
Saúde

Nº de casos/ sobrepeso			
Nº de casos/ obesidade			
Percentual de casos de obesidade por distrito			
Centro Histórico	08 2.806	2.651	3,61%
Barra/ Rio Vermelho	12 4.327	4.595	6,26%
Boca do Rio	08 2.816	2.815	3,83%
Brotas	06 3.615	3.810	5,19%
Cabula/Beiru	24 8.601	9.004	12,27%
Cajazeiras	10 5.144	5.470	7,45%
Itapagipe	02 2.364	3.271	4,45%
Itapuã	19 8.966	8.790	11,98%
Liberdade	06 3.102	3.346	4,56%
Pau da Lima	16 6.586	6.687	9,11%
São Caetano/ Valéria	16 7.169	7.830	10,67%
Subúrbio Ferroviário	36 13.493	15.102	20,58%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Quanto às mencionadas bases de dados, têm-se estas como importantes ferramentas para viabilização da identificação parcial do estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidades de saúde municipais, que devem ser correlacionados com um procedimento de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado. Potencializando-se com tais realizações a elaboração de estratégias de atuação próprias para o

84 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 15 out. 2023.

26
enfrentamento desta patologia e de suas comorbidades, atribuindo, assim, maiores coeficientes de efetividade às ações de assistência à saúde ofertadas no município.⁸⁵

4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM
OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO
SUS

4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1.1. PORTARIAS INSTITUÍDAS ANTERIORMENTE PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

O aumento gradual dos índices de obesidade no cenário nacional e municipal, evidenciado pelos dados apresentados em tópicos anteriores, atrelado ao fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, têm indicado a necessidade de desenvolvimento de estratégias e atuações estatais para se enfrentar tal patologia e suas comorbidades. Isto de modo a promover a saúde, reduzindo a morbimortalidade entre os seus portadores e proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida, por meio do pleno acesso aos serviços de saúde, com infraestrutura de atendimento adequada e acompanhamento médico integral.⁸⁶

Contexto a partir do qual se instituiu a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave, regulamentada a princípio pelas Portarias n. 252/1999, 45/1999 e 196/2000. Estas voltavam-se à inclusão da cirurgia bariátrica no rol de procedimentos disponibilizados pelo SUS, designação dos hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde para esse fim, oferta dos equipamentos adequados e estabelecimento dos

85 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 22 out.. 2023.

86 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

27

critérios clínicos de seleção de pacientes.⁸⁷ Definindo-se, assim, a gestão organizacional desta e as indicações e contraindicações para a sua realização, senão vejamos:

Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias do Ministério da Saúde: a. Indicações a.1 Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo menos 2 anos. a.2 Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada, como: diabetes, hipertensão, apneia do sono, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade. b. Contraindicações



b.1 Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcoolismo, dependências químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contra indiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras. 88

Ainda sob este prisma, atendo-se à necessidade de ampliação da prestação deste serviço, especialmente em virtude do elevado percentual de pessoas acometidas por obesidade mórbida à época, elaborou-se a Portaria n. 1.157/2000, a qual revogou a definição do número de centros de referência credenciados para a realização da cirurgia bariátrica no país, constante na Portaria n. 196/2000. Isto de modo a ampliar o número de unidades credenciadas para a realização do procedimento, estendendo as possibilidades de execução deste, não obstante tenha se mantido as exigências necessárias e próprias para tal.⁸⁹ Neste ensejo de promoção de revogações elaborou-se também a Portaria de n. 628/2001, que além de revogar as aludidas Portarias aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. Sendo válido ressaltar que a regulamentação e gestão técnica atinente a este protocolo encontra-se esmiuçada em seus anexos (I, II e III), que instituíram diferentes disposições para a sua operacionalização, além de discriminar o soldo a ser utilizado para o custeio das despesas relativas ao mencionado tratamento cirúrgico, a citar: os recursos provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação ? FAEC (art. 4º).⁹⁰ Quanto a predita operacionalização do protocolo, no Anexo I encontra-se assentada a obrigatoriedade do seu preenchimento, mormente nas etapas de avaliação inicial, indicação do procedimento cirúrgico e acompanhamento médico dos pacientes submetidos à gastroplastia, sob pena de descadastramento do Centro de Referência (art. 1º, §§ 1º, 2º e 4º). No que tange ao Anexo II, este dispõe sobre as normas a serem observadas para o cadastramento

87 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 22 out. 2023.

88 Ibidem, p. 167.

89 Ibidem, loc.cit.

90 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

28
do centro de referência em cirurgia bariátrica (art. 2º), conferindo ênfase a imprescindibilidade da equipe multiprofissional para a assistência médica às pessoas com obesidade, como garantia da integralidade (alínea c), do subtópico 2.1, do tópico 2).⁹¹

Por fim, menciona-se o Anexo III, em que se desdobra a relação de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica cadastrados no SUS (art. 3º). Dos quais, dos dezoito existentes naquele período, um se localizava no estado do Ceará (Fortaleza), dois em Minas Gerais (ambos em Belo Horizonte), um no Pará (Belém), três no Paraná (Curitiba, Maringá e Londrina), um em Pernambuco (Recife), um no Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), um no Rio de Grande do Sul (Porto Alegre), um em Santa Catarina (Florianópolis) e sete em São Paulo (São



Paulo [3], Campinas [1], Marília [1], Ribeirão Preto [1] e Piracicaba [1]).92
Neste diapasão, diante das alterações e deformidades corporais decorrentes da intensa perda de massa corporal acarretada pela realização da cirurgia bariátrica, que dentre os seus resultados ocasiona o excesso de pele e flacidez no abdômen, seios e braços, atada a consequente necessidade da promoção de cirurgias plásticas reparadoras, se instituiu a Portaria GM/MS n. 545/2002. Que, visando propiciar o acesso dos pacientes submetidos ao procedimento de gastroplastia as cirurgias plásticas corretivas, incluiu tais procedimentos cirúrgicos na supramencionada tabela do SIH-SUS, são eles:93

Tabela 5: Procedimentos cirúrgicos corretivos pós-gastroplastia incluídos na tabela de procedimentos do SIH-SUS pela Portaria GM/MS n. 545/2002.

Procedimento Código na tabela CID?s indicados Faixa etária

Dermolipectomia

Abdominal pós

Gastroplastia

38.058.13.8

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Mamoplastia pós

Gastroplastia

38.059.06.1

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia Crural

pós Gastroplastia

38.060.06.0

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia 38.061.13.9 E66.8, L08.8, L30.0, 18 a 60 anos

91 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

92 Ibidem.

93 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em:



<https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

29

Braquial pós

Gastroplastia

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 545/2002.

Todavia, a assistência médica direcionada às pessoas com obesidade não pode se restringir à atuação de forma reparativa, tendo em vista tal realização configurar-se incompatível com as diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) para a prestação do serviço à saúde por parte do Estado. Isto considerando a necessidade desta de englobar a atuação preventiva e reparativa, por meio da prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo a se observar a necessária integralidade nesta prestação entre os diferentes segmentos de assistência da mesma.⁹⁴

Cenário em que se instituiu a Portaria GM/MS n. 1.569/2007, que se debruçou sobre tais necessidades, mormente com a institucionalização da linha de cuidados ao portador de obesidade grave em todos os níveis de assistência à saúde, com a identificação dos principais determinantes e condicionantes desta patologia. Objetivando-se promover com tal feito a ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no âmbito da assistência às pessoas com obesidade, mediante a promoção de diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico especializado, em observância aos princípios que norteiam as ações e serviços públicos de saúde, em especial a universalidade, equidade e integralidade (art. 2º).⁹⁵

Para tanto, a citada Portaria estabeleceu em seu art. 3º as diretrizes para a operacionalização da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção da obesidade, especificando as ações e serviços a serem desempenhados em cada segmento para controle desta e de suas comorbidades. Englobando, na atenção primária, à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde para promoção desta, na de média complexidade, ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, arraigadas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas de qualidade.⁹⁶

A logística de atenção ao portador de obesidade, consoante previsão do referido diploma, deve ainda ser regulada de forma complementar e suplementar, pelos estados,

⁹⁴ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 31 out. 2023.

⁹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em:



https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.
96 Ibidem.

30

Distrito Federal e municípios, haja vista a competência das três esferas de governo para o controle e avaliação das ações desempenhadas com este fim. De forma a planejarem a atuação de cada unidade federada, atendendo aos já mencionados princípios e diretrizes do SUS, discriminados no art. 7º da Lei n.º 8.080/1990, qual seja: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização e igualdade da assistência à saúde.⁹⁷

4.1.2. PORTARIAS VIGENTES NA ATUALIDADE

Com a crescente prevalência da obesidade no decurso dos anos, haja vista o aumento gradual dos índices desta no cenário nacional, coadunada ao fato de as comorbidades a esta atreladas consubstanciarem-se como a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil, delineou-se a necessidade de se redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento desta. Panorama diante do qual se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu tal realização como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, esmiuçando a organização e as atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde e revogando as portarias GM/MS 1.569 e 1.570/2007.⁹⁸

Neste ensejo, no que concerne às diretrizes estabelecidas para a operacionalização da rede de atenção à saúde no âmbito da prevenção e tratamento da obesidade, destaca-se a importância conferida ao diagnóstico apropriado da população assistida, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades (art. 2º, IX). Isto a partir da identificação destes indivíduos com base em seu estado nutricional e estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades (art. 2º, I e II), além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento (art. 2º, VIII).⁹⁹

Feito que norteia, inclusive, outras de suas diretrizes, a citar: a utilização de sistemas de informação para a gestão dos casos existentes, regulação do acesso aos serviços de atenção especializada e monitoramento das ações e serviços desempenhados, bem como investigação e acompanhamento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade (art.

⁹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁸ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 1ª.

ed., att. 2015, Brasília: CONASS, 2011, v. 04, p. 45 et seq. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf)

[uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf) . Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de



Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

31

2º, IV e V). Realizações que se alinham a articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde e organização da oferta de serviços, por meio da instituição de mecanismos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção e segmentos desta (art. 2º, III e VI).¹⁰⁰

Já no que diz respeito às atribuições, estas encontram-se sequencialmente dispostas no art. 4º da citada portaria, sendo discriminadas para cada segmento da rede de atenção à saúde. Isto de modo a englobar as especificações pertinentes à atenção básica (art. 4º, I), especializada e aos sistemas logísticos e de apoio (art. 4º, III), pormenorizando inclusive os subcomponentes da atenção especializada, a citar: o ambulatorial especializado (art. 4º, II, a), o hospitalar (art. 4º, II, b) e a urgência e emergência (art. 4º, II, c), de modo a promover a intersectorização da atuação, mantendo-se a colaboração e assistência entre estes.

A título de ilustração acerca destas atribuições, com relação ao componente de atenção básica (atenção primária) ressalta-se o encargo de efetuar a vigilância alimentar e nutricional da população, aliada ao desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersectorial. Isto precipuamente através da fomentação do autocuidado dos usuários, com fins de manutenção e recuperação do peso saudável, imprimindo destaque as ações voltadas ao incentivo da alimentação saudável e prática de atividades físicas (art. 4º, I, a, b e c); e da prestação de assistência terapêutica multiprofissional, garantindo o acolhimento adequado destas pessoas (art. 4º, I, d, f e g).

Por seu turno, tendo em consideração a atenção especializada, sobretudo o subcomponente ambulatorial, observa-se a ratificação da colaboração entre os segmentos da rede de atenção à saúde, por constar dentre as suas atribuições a prestação de apoio matricial à atenção primária e gestão de pacientes dentre os demais componentes. Conjuntura observada ante a incumbência deste de identificar os usuários para a realização da cirurgia bariátrica, enquanto tratamento para a obesidade, com o conseqüente encaminhamento destes para o subcomponente hospitalar e posterior retorno para a atenção básica, prestando assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória (art. 4º, II, a, 1 ao 7).¹⁰¹

No que diz respeito ao subcomponente hospitalar, cabe a este avaliar os casos indicados pelos setores anteriores para a realização do procedimento cirúrgico, priorizando os que possuam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde (art. 4º, II, b, 1, 2 e 3). De modo a organizar o acesso à cirurgia bariátrica, bem como às cirurgias plásticas

100 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

101 Ibidem.

32



reparadoras que se façam necessárias e ao acompanhamento terapêutico multiprofissional pós-operatório, auxiliado pelos demais segmentos consoante as diretrizes e protocolos de encaminhamento fixados pela presente portaria (art. 4º, II, b, 3 ao 7, e art. 6º).¹⁰²

Quanto ao subcomponente da urgência e emergência, a este compete não apenas a prestação de assistência de âmbito geral, mas também às possíveis complicações atreladas ao sobrepeso e a obesidade e o acompanhamento do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos pacientes (art. 4º, II, c). Sendo o funcionamento, comunicação e colaboração entre estes componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde fomentado pelos sistemas de apoio e logística, que se comprometem com a realização de exames complementares, prestação de assistência farmacêutica e realização de transporte sanitário para o diagnóstico e tratamento da obesidade (art. 4º, III).¹⁰³

Acerca disto, no que compete à assistência farmacêutica, cumpre destacar que esta se refere aos medicamentos disponibilizados para as comorbidades e complicações associadas à obesidade, vez que o SUS, como observado na portaria ora analisada, estabelece a realização de tratamento não medicamentoso. Ao que, não fornece medicamentos que se destinam especificamente ao tratamento da obesidade pelo gerenciamento de peso, recomendados para pacientes com um IMC maior ou igual a 30 kg/m², haja vista estes não serem aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tal feito, sob a justificativa do alto custo e baixa eficácia destes medicamentos.¹⁰⁴

Superadas tais especificações, evoca-se que a referida portaria redefiniu as diretrizes das ações de prevenção e tratamento da obesidade e do sobrepeso e as atribuições dos componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde com fins de instituí-las como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Realização diante da qual não apenas elaborou um roteiro para a organização destas linhas de cuidado do sobrepeso e da obesidade (Anexo II), como também disponibilizou manuais instrutivos e cadernos temáticos para auxiliar em tal promoção.¹⁰⁵

¹⁰² Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

¹⁰⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Op.cit., 2013.



fato de que o tratamento cirúrgico da obesidade, atinente a realização da cirurgia bariátrica, configura-se tão somente como parte do tratamento integral, devendo ser implementada apenas quando esgotadas as ações dos segmentos mais básicos. Isto tendo em vista que prioriza-se a promoção da saúde e o cuidado clínico longitudinal, baseado em ações de promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável, enquanto autocuidado a ser desempenhado pelos pacientes, e a prestação de assistência terapêutica multiprofissional, estabelecendo-se rígidos critérios para a realização de procedimentos cirúrgicos.¹⁰⁶

No tocante a realização da cirurgia bariátrica, destaca-se que esta é indicada, conforme disposições do supracitado anexo, para indivíduos que apresentem: a) IMC de 50 Kg/m²; b) IMC de 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, cujo tratamento clínico longitudinal, efetuado por pelo menos 02 (dois) anos, não tenha surtido efeito; ou c) IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, doenças articulares degenerativas, entre outras, cujo tratamento clínico também não tenha obtido sucesso (item I, alíneas a, b e c, do Anexo I).

Somam-se a estas indicações, elaboradas com fundamento em redefinições das constantes em portarias anteriores (PRTs 252/1999, 45/1999 e 196/2000), os rígidos critérios para a análise de sua pertinência, a citar: não responsividade ao tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, observância aos limites clínicos existentes em virtude da faixa etária do paciente, precipuamente quando se tratarem de jovens entre 16 e 18 anos e adultos com idade acima de 65 anos, bem como compreensão dos aspectos do tratamento e assunção de compromisso com todas as etapas da programação do procedimento (item I, incisos I, II e III, do Anexo I).¹⁰⁷

Neste ensejo, em concomitância à Portaria MS/GM n. 424/2013 instituiu-se a Portaria MS/GM n. 425/2013, voltada ao estabelecimento do regulamento técnico, normas e critérios para a prestação da assistência especializada de alta complexidade ao portador de obesidade, principalmente do tratamento cirúrgico desta. Tendo previsto que configuram-se como unidades de saúde próprias à tal realização os hospitais que disponham de instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos apropriados para a prestação de apoio

106 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

107 Ibidem.

34

diagnóstico e terapêutico especializado, devendo tais estabelecimentos constarem na organização da aludida linha de cuidado (art. 1º e 2º).¹⁰⁸

Tendo, em compatibilidade com o quanto delineado na portaria antecedente, disposto as diretrizes para realização do tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirúrgico (Anexo I), as normas para o credenciamento dos estabelecimentos de saúde para o desempenho destas atividades (Anexo II), além da relação de procedimentos cirúrgicos,



medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais aprovados, no âmbito do SUS, para tanto (Anexo III). Outrossim, alterou as idades mínima e máxima para a realização do tratamento cirúrgico para 16, desde que respeitada a consolidação das epífises de crescimento, a 65 anos, conforme avaliação criteriosa do risco-benefício (art. 8º, §1º e 2º).109

No que concerne aos procedimentos inclusos pela portaria ora analisada no rol disponibilizado pelo SUS para tratamento da obesidade, menciona-se:

Tabela 6: Procedimentos incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS pela Portaria

GM/MS n. 425/2013.

Procedimento Código na tabela Faixa etária

Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional (art. 9º)

03.01.12.008-0 16 a 65 anos

Gastrectomia Vertical em Manga | Sleeve (art. 11)

04.07.01.036-0 16 a 65 anos

Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)

03.03.07.013-7 16 a 65 anos

Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)

04.07.01.037-8 16 a 65 anos

Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica (art. 13)

04.13.04.025-9 16 a 65 anos

Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica (art. 14)

04.15.02.001-8 16 a 65 anos

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 425/2013.

Observa-se, neste tom, a ratificação pelas portarias n. 424/2013 (art. 6º) e 425/2013 (art. 14) da garantia de realização dos procedimentos de cirurgias plásticas corretivas que se fazem necessários ante as deformidades corporais ocasionadas pela intensa perda de

108 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov.



2023.

109 Ibidem.

35

massa corporal provocada pela cirurgia bariátrica. Todavia, cumpre destacar que, malgrado não conste limitações na portaria n. 424/2013 acerca da quantidade de procedimentos reparatórios possíveis para cada paciente que tenha sido submetido ao tratamento cirúrgico, a portaria n. 425/2013 permite o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos.¹¹⁰

Por fim, salienta-se que as PRTs de n. 424/2013 e 425/2013 encontram-se contidas na Portaria de Consolidação n. 3, que se trata do instrumento normativo que reúne as normas pertinentes às diferentes redes temáticas de atenção, serviço e pesquisa em saúde que compõem o Sistema Único de Saúde. Dispondo-se nesta as diretrizes, atribuições e disposições gerais para a operacionalização satisfatória da assistência primária e especializada no âmbito do SUS para as diferentes comorbidades que assolam a população brasileira.¹¹¹

4.1.3. PROJETOS DE LEI.

Ainda no âmbito da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade, evidenciou-se ao longo do presente trabalho a configuração desta patologia como problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas alcançadas, consoante se extrai dos índices por esta apresentados a nível nacional e municipal. Precipualemente se considerada a insuficiência de abordagens abrangentes e não reducionistas nas unidades de saúde, acentuada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde e a falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos. Conjuntura que explana a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta doença e a baixa resolutividade dos mesmos.¹¹² Cenário diante do qual foi proposto o Projeto de Lei n. 3.526/2020, pelo senador Romário de Souza Faria, com o intuito de se obrigar que sejam disponibilizados equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa com obesidade pelos estabelecimentos de saúde (art. 1º), como: balanças, esfigmomanômetros, macas, cadeiras ginecológicas e odontológicas, mobiliário, vestimentas e demais materiais adequados. Isto sob o pressuposto de que estes estabelecimentos devem dispor de recursos apropriados para o

110 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2023.

111 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do

Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

112 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p. 06 et seq.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso



_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

36

atendimento destes indivíduos, visando a eliminação das possíveis barreiras existentes para estes protagonistas acessarem às ações e serviços públicos e privados de saúde.¹¹³

Ademais, dispõe-se ainda no supracitado projeto de lei que a inobservância a tal determinação configurar-se-á como infração sanitária, sendo sujeita às penalidades previstas no inciso II, do art. 10, da Lei nº 6.437/1977, qual seja: advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa (art. 2º). De modo que, tais estabelecimentos deverão respeitar os parâmetros técnicos estabelecidos em regulamento próprio para os espaços físicos, móveis, materiais e equipamentos médico-assistenciais que se façam necessários para o atendimento das pessoas portadoras de obesidade satisfatoriamente (§1º, art. 1º) impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes.¹¹⁴

A matéria atualmente se encontra na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aguardando a designação do relator do Projeto de Lei para a análise, discussão e emissão de parecer acerca da viabilidade e pertinência deste, devendo ser encaminhado posteriormente para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para decisão terminativa. Neste prisma, destaca-se que superado o prazo regimental de cinco dias úteis disposto no art. 122, II, ?c?, do Regimento Interno para a apresentação de emendas, estas não foram propostas, mantendo-se o projeto em sua integralidade e aguardando distribuição.¹¹⁵

Sob este mesmo enquadro menciona-se o Projeto de Lei nº 2.532/2021, proposto pelo senador Antonio Mecias Pereira de Jesus, que destina-se a alteração do art. 6º da Lei nº 8.080/1990, para inclusão, no âmbito de atuação do SUS, das cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica mediante indicação médica. Sendo estas a abdominoplastia e a lipoaspiração, para correção do excesso de pele e flacidez no abdômen, além da mamoplastia redutora para as hipóteses de hipertrofia mamária ou gigantomastia. Conferindo, deste modo, status de lei às garantias até então reconhecidas apenas em sede de portaria (Portaria de Consolidação n. 3).¹¹⁶

113 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde

a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa.

Disponível em:

https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=

[1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..) Acesso em: 11 nov. 2023.

114 Ibidem.

115 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 3526, de 26 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 11 nov. 2023.

116 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: <https://legis.senado>

[.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N)



DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

37

Isto sob a justificativa de que em uma porcentagem considerável dos casos de obesidade o cuidado clínico longitudinal, baseado na promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável para redução ou manutenção do peso corporal, não se faz suficiente, indicando-se como única alternativa terapêutica a realização da cirurgia bariátrica.

Procedimento cirúrgico do qual resulta intensa perda de massa corporal, atrelada a flacidez e excesso de pele, que podem ocasionar, inclusive, limitação da movimentação, desequilíbrio da coluna vertebral e infecções cutâneas recorrentes, evidenciando a necessidade de realização dos procedimentos reparadores para garantia da qualidade de vida destes pacientes.117

Diferentemente do projeto anterior, que ainda se encontra pendente de aprovação pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), este já passou pela análise promovida pela CAE, a qual o aprovou, considerando que não se diagnosticou a existência de impactos financeiros com a sua aprovação, sendo compatível com as normas que regulam as finanças públicas. Isto tendo em vista que, além de estas já se encontrarem dispostas na tabela de procedimentos do SUS, ante a previsão em portarias próprias, no que pertine a integralidade de assistência, a indispensabilidade do tratamento engloba não apenas a obesidade, mas também as deformidades observadas em decorrência da cirurgia bariátrica.118

Neste tom, os mencionados projetos de lei demonstram que, em que pese encontrem-se previstas diretrizes para o funcionamento da assistência médica no âmbito da atenção primária e especializada direcionada às pessoas com obesidade e da garantia de atendimento clínico especializado, dotado de equipamentos e infraestrutura adequada, ainda não se extrai coeficientes de eficácia satisfatórios. Mormente se observado que, não obstante tenha-se incluído os procedimentos reparadores na tabela do SUS, bem como os recursos necessários para o desempenho das ações e serviços de assistência à saúde, ainda se tem a necessidade de alçar tal matéria ao status de lei para possibilitar exigência mais incisiva desta.

117 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: [https://legis](https://legis.senado)

[.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N](https://legis.senado.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N)

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

118 Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023.

Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi>

[on=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgzNTcyMC40LjEuMTY5OTgzM3MDMwNy4wLjAuMA?](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi) Acesso em: 11 nov. 2023.

38

4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE

SALVADOR

A problemática atinente a invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade de se esquadriñar a tutela jurídica do Estado direcionada à estas é evidenciada ante os óbices relativos ao efetivo funcionamento da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade. Compreensão esta assentada nas barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde destes indivíduos, as quais englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.¹¹⁹

Quanto a estas deficiências, menciona-se o diagnóstico nutricional tardio e deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado com adoção de modelo condizente com a abordagem terapêutica integral, reverberando na baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos. Sendo tal entrave circundado pela diminuta disponibilidade de infraestrutura física e equipamentos adequados ao atendimento do indivíduo com obesidade nas unidades de saúde, sobretudo os pertinentes ao diagnóstico e implementação do processo de cuidado, a citar: balanças, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas, estetoscópio, esfigmomanômetro, dentre outros.¹²⁰ No tocante à infraestrutura voltada à assistência à saúde ao portador de obesidade no município de Salvador, não se observa nesta o dinamismo necessário para a efetiva implementação de ações e serviços inerentes à prevenção, diagnóstico e tratamento desta enfermidade. Isto especialmente no que concerne aos serviços do setor diagnóstico e terapêutico, vez que em que pese as disposições da Portaria MS/GM n. 424/2013, acerca da imprescindibilidade do acompanhamento médico e diagnóstico adequado, no Plano Municipal de Saúde não se verifica menção a tal promoção.¹²¹

119 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

120 Ibidem, p. 06 et seq.

121 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

39

Quanto a esta premissa, ressalta-se que não obstante tenha se aumentado a disponibilidade de equipamentos de diagnóstico nas unidades municipais de saúde no ano de 2020, não há alusão à capacidade destes para atendimento das pessoas com obesidade e suas especificações dimensionais. Sobre isto, dentre os equipamentos disponibilizados há o tomógrafo e o aparelho de ressonância magnética, que em certos quadros clínicos demandam especificações métricas diversas para que sejam capazes de comportar o biotipo destes, além do ultrassom convencional, quando o apropriado a determinados casos de obesidade é o



ecoendoscópio, em decorrência das dificuldades ocasionadas pelo panículo adiposo.¹²² Ainda no que tange a estes serviços de apoio diagnóstico e terapêutico discriminados no citado plano, salienta-se a ausência de tópico particularizado ou menção em aspecto geral à promoção de procedimentos ou aquisição de aparelhos apropriados ao atendimento destes protagonistas. Não havendo neste, ou sequer no Plano Municipal de enfrentamento das DCNTs, a indicação das medidas a serem adotadas para a avaliação clínica do paciente portador de obesidade, com o conseqüente correlacionamento com as comorbidades para as quais se estabelece como fator de risco, acaso existentes.¹²³

Condição delicada que inflama ainda outra vertente atrelada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e adesão aos processos terapêuticos, que se trata do conseqüente constrangimento experimentado por estes indivíduos quando desta tentativa frustrada, o que ocasiona um desestímulo à procura por assistência médica especializada. Tendo-se como fomento a esta conjuntura a perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, que responsabilizam estes pacientes pelo quadro clínico apresentado e equivocadamente associam a obesidade ao desleixo e/ou ausência de comprometimento com o cuidado da saúde e manutenção do peso, em que pese a origem multifatorial e complexa desta.¹²⁴

Comportamento que acaba por atravancar a procura por acompanhamento médico e tratamento adequado, tendo em vista a ausência de atendimento humanizado e acolhedor em relação a estes indivíduos. Mormente se considerado que tais pessoas se sentem

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

122 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 223 et seq. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I

_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 nov. 2023.

123 Ibidem, p. 261 et seq.

124 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.06. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

40

pressionadas e continuamente julgadas, ante os estereótipos estéticos reverberados pela sociedade e a crítica constante quanto a suposta ausência de cuidado para que se atingisse tal biótipo corporal. Quando, em verdade, isto é influenciado não apenas por hábitos alimentares dos indivíduos e sua frequência na prática de atividades físicas, como já mencionado.¹²⁵

Nesta toada, o despreparo dos profissionais para lidar com a complexidade da obesidade, ante ao estigma atrelado a esta que inobserva os fatores genéticos, metabólicos, sociais e culturais que influenciam na sua ocorrência, enseja em um atendimento deficitário que não se atém a análise atenta das particularidades e necessidades destes indivíduos.¹²⁶

Inobservando-se, desta maneira, as diretrizes traçadas pela mencionada portaria para o atendimento, cuidado clínico e prestação de assistência terapêutica multiprofissional que garanta o acolhimento adequado destes (art. 2º, I, II, V, VI, VIII, IX e X).¹²⁷

Sob este prisma, adere-se ainda a esta espiral de problemáticas o fato de que a busca por serviços de saúde por parte deste público é motivada, via de regra, por outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, haja vista esta se consubstanciar como fator de risco para o seu desenvolvimento. Havendo, diante disso, uma alta demanda para a realização de atendimento curativo e individual relativo a estas, sem que se efetue um diagnóstico mais aprofundado e completo, com análise das particularidades do paciente e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado.¹²⁸

Óbices que dificultam o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado dos mesmos, que é tangenciado por efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos sobre estes. Circunstância que reforça a necessidade de aprimoramento, especialmente na rede de atenção primária, da disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos

125 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

126 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

127 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

128 Brasil. Ministério da Saúde. Op.Cit., 2022, Loc. cit.

41
adequados para o atendimento, que ainda se demonstra escasso, em que pese tal classe consubstanciar-se como parcela significativa da população.¹²⁹
No que se refere à atuação na rede de atenção primária à saúde no município de Salvador, cumpre observar que esta se atém a redução dos riscos de adoecimento relacionados à alimentação e nutrição disposta na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Adotando, para tanto, procedimentos atinentes à Vigilância Alimentar e Nutricional nesta proposta, voltada ao diagnóstico e monitoramento do estado nutricional da população, cuja procedimentalização se encontra adstrita às ações relativas ao SISVAN nas unidades

básicas de saúde do município.130

Realizações estas compatíveis com parte das atribuições discriminadas pela Portaria n. 424/2013 para este segmento (art. 4º, inciso I, alíneas a, b e c). Porém, como tecido anteriormente, com base no cenário delineado pelos dados disponibilizados ao acesso público, não se observa na atuação municipal a prestação de assistência terapêutica multiprofissional e a garantia de acolhimento adequado aos indivíduos portadores de obesidade. Feitos indicados pela citada portaria como atribuições da rede de atenção primária perante a linha de cuidado instituída para prevenção e tratamento da obesidade (art. 4º, inciso I, alíneas d e g).131

Neste diapasão, detendo-se a atenção à referida linha de cuidado, cumpre rememorar que a instituição desta pelas unidades federativas, em condição prioritária na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas, foi também estabelecida pela Portaria n. 424/2013, ao redefinir as diretrizes pertinentes a esta temática.132 Possuindo como finalidade a oferta de ações e serviços de saúde de modo integrado e harmônico entre os diferentes segmentos que compõem a RAS (atenção básica/primária e especializada de média e alta complexidade), garantindo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado clínico.133

129 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 15 nov. 2023.

130 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

131 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 nov. 2023.

132 Ibidem.

133 Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em:

[https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf)

[pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf). Acesso em: 15 out. 2023.

42
Todavia, nem todos os estados a implementaram, vez que apenas o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Acre, Distrito Federal, Goiás,



Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe a instituíram, ao tempo que os estados de Alagoas, Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí e Tocantins estão debatendo e trabalhando para a instituição desta, não tendo sido encontradas até o presente momento informações acerca da efetiva instituição das mesmas.

Neste tom, destaca-se que não foram disponibilizados dados e informações acerca da implantação de uma linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade no estado da Bahia. O único documento encontrado acerca da gestão de atendimento e cuidado desses indivíduos trata-se do Protocolo de atendimento e acompanhamento de pessoas com obesidade elaborado pelo Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), com o intuito de regular os critérios de encaminhamento de pacientes para este.¹³⁴

Nota-se, assim, uma deficiência na implantação de protocolos e fluxos de cuidado nas instâncias iniciais de atendimento da rede de atenção primária à saúde (APS) no Estado da Bahia, que reverbera na gestão promovida pelo Município de Salvador, não se observando uma atuação preventiva a obesidade de modo a evitar o agravamento da condição clínica e desenvolvimento de outras comorbidades. Quanto a isto, não foram disponibilizados nos bancos de dados e documentos de acesso público informações relativas ao abastecimento e suficiência de equipamentos necessários para o atendimento, diagnóstico e tratamento da obesidade, bem como formação e capacitação de profissionais da saúde.

Noutro tom, em meio a este crítico cenário é válida a menção à instituição do Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), o qual oferece uma rede integrada de atenção ao paciente, com atendimento multidisciplinar em áreas referentes ao desenvolvimento de possíveis complicações e comorbidades a estas atreladas. O mesmo apresenta uma atuação integrada a das demais unidades de saúde que compõem a rede de atenção primária, as quais realizam a interlocução e encaminhamento dos pacientes. No entanto, este apresenta critérios restritivos para a admissão, englobando:¹³⁵

Paciente de 18 a 60 anos com obesidade grau 3 ($IMC \geq 40$) com ou sem comorbidades ou grau 2 (IMC entre 35 e 40) com pelo menos duas comorbidades

134 Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

135 Ibidem.

43

relacionadas ao excesso de peso, desde que estejam sensibilizados e predispostos a fazer mudanças de estilo de vida visando perda ponderal e com acompanhamento regular na Atenção Primária por pelo menos 01 ano. 136

Ademais, destaca-se que no ano de 2020 foi incorporado ao Hospital Municipal de Salvador (HMS) o serviço de cirurgia bariátrica, compreendido como um importante meio de tratamento da obesidade e suas comorbidades. Integrando-se nesta área de atuação com o citado Cedeba, instituído décadas antes (24/03/1994), cujo ambos dispõem de



uma equipe composta de médicos, endocrinologistas, psicólogos e nutricionistas voltados ao acompanhamento destes indivíduos para a identificação da adequação do procedimento e sua consequente realização.¹³⁷

Neste ensejo, entende-se pela observância às atribuições do componente de atenção especializada quanto à identificação de casos de realização do procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhamento destes para as unidades apropriadas para tal promoção, ante ao esgotamento das possibilidades terapêuticas na APS (art. 4º, inciso II, alínea a, itens 1, 2 e 3). Contudo, não se tem menção ao importante acompanhamento terapêutico multiprofissional no pós-operatório a ser desempenhado na rede de atenção especializada hospitalar (4º, inciso II, alínea a, itens 5 e 6, c/c alínea b, itens 1, 3 e 5).¹³⁸

5. CONCLUSÃO.

O presente trabalho se propôs a esquadrihar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto ante a potencial invisibilização desses indivíduos no sistema de saúde, em que pese a existência de instrumentos normativos que versam especificamente acerca

136 Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em:

<http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao>

-de-criterios-de-matricula.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

137 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 277 et seq. Disponível em:

[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I)

[_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf) . Acesso em: 15 nov. 2023.

138 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 out. 2023.

44

desta matéria, os quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos diferentes níveis que compõem esta rede de assistência, a citar: as Portarias MS/GM n. 424 e 425/2013.

Neste ensejo, impende destacar o reconhecimento desta doença como problema de saúde pública, haja vista que além dos altos índices de incidência apresentados, que já alcançam proporções epidêmicas, esta se consubstancia como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, a citar: hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias.

Enfermidades que, inclusive, são as responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade desta

capital, conforme dados disponibilizados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), o que evidencia os impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, interferindo na duração e qualidade de vida destes protagonistas.

Ademais, salienta-se ainda os drásticos impactos financeiros exercidos pelos gastos com esta patologia no sistema de saúde, o qual exige um considerável despendimento econômico por parte do Estado, que já alcança a monta de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo-se significativamente o orçamento estatal para estes gastos. Panorama geral que evidencia a necessidade de se debater a eficácia dos instrumentos normativos existentes acerca da matéria, de modo a potencializar a estruturação da rede de atenção primária e especializada voltada à prevenção e tratamento da obesidade e a garantia de acesso à saúde de qualidade, enquanto direito fundamental constitucionalmente assegurado.

Neste tom, este trabalho foi desenvolvido mediante a aplicação do método de pesquisa bibliográfica, lastreada em material publicado a respeito da temática, especialmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde, relatórios publicados em plataformas governamentais e legislação existente acerca da matéria. Tendo se utilizado, ainda, de abordagem metodológica qualitativa, voltada ao entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo de Karl Popper, cujas hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a identificação da solução do problema de pesquisa explicitado.

Sob este prisma, para se alcançar uma compreensão da realidade acerca dos efeitos da aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e da necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades dos indivíduos com obesidade, estabeleceu-se quatro objetivos específicos. Sendo o primeiro pertinente a identificação da regulamentação do direito à saúde, do seu status no ordenamento jurídico e quais os meios e sistemas elaborados pelo Estado para a efetivação do acesso à saúde, enquanto garantia de um mínimo existencial nesta esfera.

45

No que concerne a este, observou-se que a regulamentação geral do direito à saúde encontra-se disposta na Constituição Federal, em que é reconhecida como um direito social, nos termos do art. 6º, e elevada a condição de direito fundamental. Sendo que, no referido diploma, esta matéria encontra-se disciplinada em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, que estabelecem as normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira. Visando-se a garantia e ampliação do acesso às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de prestações materiais positivas e providências jurídico-normativas.

Conjuntura sob a qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado, que encontra-se disposto no art. 198 do diploma constitucional e é regulamentado de forma mais específica nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990 que delineiam o arcabouço legal e principiológico para seu funcionamento. Isto enquanto suporte para a efetivação da política de saúde do país, por estabelecer um conjunto de ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. No que concerne ao segundo objetivo específico, este refere-se à análise das principais estratégias formuladas pelo sistema público de saúde para o controle do número de



casos de obesidade no país, atendo-se à identificação das bases legais existentes acerca da matéria. Tendo-se, nesta oportunidade, verificado a instituição de uma série de portarias atinentes à estruturação da rede de atenção primária e especializada do SUS para atendimento destes indivíduos, as quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos segmentos que a compõem para a prevenção e tratamento da obesidade.

Sendo que, nas Portarias mais recentes (PRTs MS/GM n. 424 e 425/2013) foi conferida maior relevância a realização do diagnóstico apropriado dos pacientes, centrado nas particularidades e necessidades destes, mediante identificação de seu estado nutricional e estratificação consoante a presença de outros fatores de risco e comorbidades. Isto além da importância creditada ao acompanhamento terapêutico adequado, com encaminhamento para serviço especializado e adoção de modelo com abordagem terapêutica integral e intersetorial, malgrado não se observe a efetivação destas realizações no município de Salvador.

No que tange ao terceiro objetivo específico, convergente a verificação de como se dá a operacionalização dos eixos estratégicos para que abarque as necessidades da população obesa assistida, tal informação encontra-se também disciplinada na Portaria n. 424/2013. Isto considerando que, como discorrido no desenvolvimento deste trabalho, esta engloba as principais atribuições dos níveis de atenção básica, especializada e dos sistemas

46
logísticos e de apoio à saúde, esmiuçando inclusive os encargos dos subcomponentes da atenção especializada (ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência), ao estabelecer as atividades a serem desempenhadas intersetorialmente nestes.

Já no que diz respeito ao quarto e último objetivo específico, pertinente a identificação das barreiras enfrentadas para a garantia do acesso à saúde às pessoas com obesidade, sobretudo nesta capital, constatou-se: a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas no âmbito de atendimento médico, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a infraestrutura física e equipamentos adequados ao acompanhamento destes indivíduos nas unidades de saúde. Deficiências agravadas pelo diagnóstico nutricional tardio e deficitário, ante a perspectiva culpabilizadora e despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a complexidade da obesidade, que desestimula a procura por assistência médica especializada. Aglutina-se ainda a este encadeamento a questão da busca por ações e serviços de saúde ser motivada, majoritariamente, pela manifestação de outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, que em sua maioria não são correlacionadas com a mesma. Dificultando-se, desta forma, o diagnóstico mais aprofundado, com análise das particularidades dos pacientes e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado, com a conseqüente garantia de uma melhor qualidade de vida para estes.

Informações estas que comungam com as alegadas limitações diagnósticas e terapêuticas indicadas em virtude da inobservância de importantes disposições previstas nas aludidas portarias, que se destinam a operacionalização das ações e serviços de prevenção e tratamento da obesidade. Considerando que, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública no âmbito da saúde, ainda se nota a precariedade no que tange ao diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado, sendo tal conjuntura circundada pela parca disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos adequados.

Confirmando-se, assim, as hipóteses levantadas acerca da problemática.

Diante de tudo quanto exposto, observa-se que no tocante a conjuntura analisada não se faz necessária a elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, mas sim a implementação efetiva das disposições das portarias já existentes que regulam a matéria. Isto tendo em vista que, as previsões nestas existentes já se debruçam sobre as necessidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional, ante a busca por profissionalização do corpo de trabalho que a compõe.

47

Sendo estabelecido por estas, ainda, toda a divisão de atribuições entre os diferentes segmentos que a integram, de forma a corroborar com a colaboração entre estes, possibilitando uma atuação intersetorial e dinâmica, com assistência não apenas reparativa, mas também preventiva, atendendo às disposições gerais tecidas quanto à garantia do direito à saúde. Note-se que, até mesmo os projetos de lei elaborados nesta esfera voltam-se a busca de garantia de coeficientes de efetividade de disposições já constantes nas mesmas, seja em relação ao atendimento especializado com infraestrutura adequada ou a autorização e custeio de cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica. Necessita-se, portanto, especialmente no âmbito do município de Salvador, da efetiva implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes. Isto porque, conforme se extrai das informações sobre a atuação municipal, angariadas nas plataformas de dados governamentais disponíveis e nas documentações disponibilizadas ao acesso público, especialmente os planos municipais de saúde e de enfrentamento às DCNTs, este ainda não implementou as principais medidas para acompanhamento destes indivíduos. Neste diapasão, salienta-se que em que pese as tentativas, não foram encontradas ou fornecidas maiores informações acerca da instituição, no município, da linha de cuidado voltada especialmente para a prevenção e tratamento da obesidade, bem como das políticas públicas implementadas visando tal feito ou dos processos de cuidado direcionados ao acompanhamento deste público. Ademais, não se disponibilizou também dados acerca da infraestrutura técnica, profissional e material existente no município para a devida prestação da assistência médica a ser direcionada a esta parcela substancial da população, sendo esta ausência de acesso ou existência a informação também compreendida como tal. Circunstância diante da qual se propõe que, para pesquisas futuras, se angarie mais informações acerca da gestão desempenhada no município no âmbito da rede de assistência primária e especializada do SUS, com destaque às ações e serviços implementados por este para prevenção e tratamento da obesidade. Sobretudo, se houve a instalação de uma linha de cuidado prioritária específica para esta esfera, como discriminado nas portarias vigentes acerca da temática, ou se há planos para a sua futura implementação, com a adoção do plano de atribuições nesta discriminados.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em:
https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pdf
. Acessado em 09 de março de 2023.

Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006.

Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Pro-tocolo-obesidade-com-atualizacao-de-criterios-de-matricula.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em:
<https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Obesidade e Sobrepeso. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível em:
<https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em:
<http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em 27 de agosto de 2023.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivi_l_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.



Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em:
<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas.> Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.htm. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao



Indivíduo com Obesidade. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccc.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

Brasil. Senado Federal. Matérias Bicamerais: Projeto de Lei nº 3526, de 2020. Disponível

em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>.
Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&disposition=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MDMwNy4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA.. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em:
https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&n_umero_Processo=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em:
https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI_A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021. Disponível em
<https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 111-153, 3 nov. 2020.

Malta, Deborah Carvalho. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública. São

Paulo, 2017;51 Supl 1:4s, p. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2023.

Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020.

Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006.

Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Corso, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Revista de Nutrição. Campinas: V. 17, out./dez., 2004, p.01. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Souza, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.



WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.** Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.



=====

Arquivo 1: [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Arquivo 2: <http://www.google.com.br/url?esrc=s> (27 termos)

Termos comuns: 0

Similaridade: 0,00%

O texto abaixo é o conteúdo do documento [TCC - Monografia - Ana Clara Ferreira da Silva.pdf](#) (12532 termos)

Os termos em vermelho foram encontrados no documento <http://www.google.com.br/url?esrc=s> (27 termos)

=====

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
GRADUAÇÃO EM DIREITO

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

Salvador

2023

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA



TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

TCC apresentado ao Programa
de Graduação em Direito da
Universidade Católica do
Salvador, como requisito
parcial para a obtenção do grau
de bacharel em direito.

Orientador: André Quadros
Côrtes, Mestre em Políticas
Sociais e Cidadania.

Salvador
2023

TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS
COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE À LUZ DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR.

ANA CLARA FERREIRA DA SILVA

RESUMO



O presente trabalho se propôs a analisar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde direcionado às pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto no intuito de se esquadriñar a aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades destes indivíduos. Interesses estes fundados nos desafios e barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços pertinentes à promoção, proteção e recuperação da saúde da população obesa, que englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional. Para tanto aplicou-se o método de pesquisa bibliográfica, embasada em material publicado a respeito da temática, particularmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde e relatórios extraídos de plataformas governamentais. Utilizando-se, ademais, de abordagem metodológica qualitativa, focada no entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para identificação da solução do problema de pesquisa explicitado. Sob este enquadro, a análise realizada evidenciou a prescindibilidade de elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, vez que, em verdade, faz-se necessária a implementação efetiva das disposições constantes nas portarias já existentes acerca da matéria. As quais se debruçam sobre as particularidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional. Conjuntura sob a qual delinea-se a necessidade, mormente no âmbito do município de Salvador, de implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; DCNTs; Comorbidades; Saúde; SUS; Prevenção; Diagnóstico; Tratamento; Atendimento; Acompanhamento; Infraestrutura; Estigma; Atenção Primária; Atenção Especializada; Mortalidade; Morbidade; Portarias; Eficácia.

ABSTRACT

The present work proposed to analyze the effectiveness coefficients of the legal protection of the right to health aimed at people with obesity in the Municipality of Salvador, especially with regard to the actions and services performed in the primary and specialized care network of the SUS. This is in order to investigate the apparent invisibility of people with obesity in the health system and the need or not to develop legislative instruments specifically aimed at the needs of these individuals. These interests are based on the challenges and barriers identified for the



offer and implementation of actions and services relevant to the promotion, protection and recovery of the health of the obese population, which include the absence of comprehensive and non-reductionist approaches, accentuated by the lack of or insufficient access to medical equipment and professional qualification. To this end, the bibliographical research method was applied, based on published material on the topic, particularly books, periodicals, articles, health notebooks and reports extracted from government platforms. Furthermore, using a qualitative methodological approach, focused on understanding and evaluating the research object, linked to the hypothetical-deductive method, in which the formulated hypotheses are subjected to the falsification process to identify the solution to the explained research problem. Under this framework, the analysis carried out highlighted the unnecessary development of new normative instruments to establish guidelines and operationalize SUS health care networks, since, in truth, it is necessary to effectively implement the provisions contained in the ordinances already existing information on the subject. Which focus on the particularities to be observed so that adequate diagnosis of the obese population can be promoted, with specialized monitoring, equipped with technical and professional infrastructure. Situation under which the need is outlined, especially within the scope of the municipality of Salvador, to implement the guidelines and attributions contained in the Ordinances and National Policies drawn up on the subject, such as the institution of the line of care for the prevention and treatment of overweight and obesity, among other achievements in these constants.

Key words: Obesity; Overweight; NCDs; Comorbidities; Health; SUS; Prevention; Diagnosis; Treatment; Service; Follow-up; Infrastructure; Stigma; Primary attention; Specialized Care; Mortality; Morbidity; Ordinances; Efficiency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	8
2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.	8
2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.	12
3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL	21
4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E	



ESPECIALIZADA DO SUS	26
4.1.1. Portarias instituídas anteriormente para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade	26
4.1.2. Portarias vigentes na atualidade.	30
4.1.3. Projetos de lei.	35
4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	38
5. CONCLUSÃO.	43

5

1. INTRODUÇÃO

A saúde se consubstancia como um direito social, assim reconhecida no art.

6º da Constituição Federal, que a elevou à condição de direito fundamental, dotando-lhe de força normativa e vinculante.¹ Cenário este que exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, para se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos termos do art. 196 da CF.² Enquadro lógico sob o qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado (art. 198, da CF), enquanto suporte à efetivação da política de saúde no país.³

Tal sistema é responsável pela atenção à saúde da maioria dos cidadãos, englobando um conjunto de serviços ambulatoriais, terapêuticos e pré-hospitalares de urgência e emergência especializados.⁴ Todavia, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda tem se demonstrado exígua. Tendo a referida patologia se tornado um problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas que têm alcançado em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas quando do atendimento primário.⁵

A título de contextualização, salienta-se que a obesidade se trata de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa que representa o aumento excessivo de tecido adiposo no organismo, haja vista apresentar um excesso no Índice de Massa Corporal (Superior a 30 kg/m²).⁶ Dentre as suas causas, alberga fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos, dos quais a literatura científica

1 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

2 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da

Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

3 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

4 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-



SUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2 saud_soci](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2_saud_soci)

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

6 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity

. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

6

destaca como principais a inatividade física, a redução do consumo de alimentos básicos e a maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar.⁷

Esta, em decorrência das suas complicações metabólicas, se configura ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, as quais não são correlacionadas a um diagnóstico apropriado, ante a deficiente estrutura de atendimento.⁸ O que reverbera na ausência de encaminhamento para serviço especializado, com adoção de modelo adequado à abordagem terapêutica integral, que se constituem como importantes aspectos para a redução da morbimortalidade das pessoas com obesidade.⁹

Quanto a isto, nota-se que consoante dados apontados pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB), apenas 2,5% do total de atendimentos individuais são voltados à condição avaliada como obesidade.¹⁰ Conjuntura esta incongruente com os índices apresentados no ano de 2023 nos relatórios públicos emitidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde, que indicavam que aproximadamente 34.51% dos indivíduos adultos já possuem diagnóstico de excesso de peso, 20.65% de Obesidade Grau I, 8.23% de Obesidade Grau II e 4.37% de Obesidade Grau III.¹¹ Contexto que se reproduz no município de Salvador, cujo os índices apresentados neste relatório indicam que aproximadamente 33.1% dos indivíduos adultos possuem diagnóstico de sobrepeso, além de apresentar porcentagens ligeiramente mais altas de Obesidade Grau I (21.68%), Obesidade Grau II (9.42%) e Obesidade Grau III (5.05%), se comparada com os índices nacionais. Circunstância sob a qual se observa que os atos normativos elaborados não transparecem coeficientes de eficácia válidos, especialmente no que concerne ao cuidado direcionado a estes protagonistas neste município.¹²

Ratifica-se, desta forma, a premissa tecida acerca da precariedade de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento, que ainda é circundada pela parca

7 Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão

beta. Cadernos

de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

8 Ibidem.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

10 Ibidem, p.11.

11 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em:

<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

12 Ibidem.

7

disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade. Particularmente aqueles voltados ao rastreamento e implementação do processo de cuidado, tais quais: balanças, macas e cadeiras adequadas, fita métrica, esfigmomanômetro, dentre outros. Condições observadas não obstante tais indivíduos representarem porcentagem significativa da população, consoante delineado linhas alhures.¹³

Sob este prisma, impende ainda ressaltar que o fato de a obesidade se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs exerce drásticos impactos nos índices de morbidade e mortalidade, bem como nas finanças pertinentes ao sistema de saúde. Tendo se contabilizado em estudo elaborado sobre a temática que do orçamento de R\$6,77 bilhões gastos anualmente com estas, cerca de R\$1,49 bilhões são atribuídos ao excesso de peso e obesidade. Percentual este que se mantém considerável no que tange ao número de mortes (128,71 mil), hospitalizações (495,99 mil) e procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS (31,72 milhões), o que denota a sobrecarga deste sistema.¹⁴

Neste ensejo, tem-se traçada a necessidade de priorização e revisão dos aspectos estruturais da rede de atenção à saúde do SUS, no âmbito primário e especializado, essencialmente no que concerne à organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade delineada nas portarias já elaboradas sobre a matéria.¹⁵ Contexto este que influenciou a elaboração do presente trabalho, o qual tem como objetivo analisar se, diante do cenário exposto, faz-se necessária a elaboração de novos instrumentos legislativos de atenção à saúde voltadas especificamente as particularidades destes indivíduos, ou se, em verdade, se trata da necessidade de efetivação dos já existentes.

Arelando-se tal questionamento, ainda, a indagação de como esta possível invisibilização no sistema público de saúde reverbera em consequências tangenciais à garantia do direito à saúde e, como sequela, a uma ampla qualidade de vida. Isto em virtude de se ter, dentre os princípios fundamentais desta República, a dignidade da pessoa humana, que reverbera na garantia das necessidades vitais do ser humano, englobando o acesso à saúde permeada em ações e serviços de qualidade. Questionamento este existente em decorrência da



13 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.16. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

14 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado.

Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Op.cit., 2022, p.13.

8

ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas e da precariedade de diagnóstico e encaminhamento para atendimento apropriado destes indivíduos no sistema de saúde.16

Fundado neste intuito, o presente trabalho se consubstancia como uma

reflexão e estudo decorrente da aplicação do método de pesquisa bibliográfica, subsidiada em

material publicado acerca da temática, em especial livros, artigos e periódicos, bem como na

legislação existente, que corroboraram para a constatação e deslinde da problemática

identificada. Isto além do levantamento de dados quantitativos, vez que se analisará material

lastreado em dados publicados pelo governo federal e municipal sobre os índices de obesidade, atendimento, diagnóstico e disponibilização de tratamento.

Tendo se utilizado, para tanto, de abordagem metodológica qualitativa,

voltada à compreensão e avaliação do objeto de pesquisa. Isto considerando as características

da situação, avaliando e medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito da

problemática analisada, qual seja: a potencial invisibilização das pessoas com obesidade no

sistema de saúde, sobretudo no que concerne à rede de atenção primária e especializada do

SUS, à luz dos instrumentos legislativos existentes.

Sob este enquadro empregou-se o método hipotético-dedutivo de Karl

Popper, em que as hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a

construção da solução do problema de pesquisa narrado e, posteriormente, são confirmadas ou

refutadas. De forma que, com o desenvolvimento da referida discussão, foi construída a

argumentação finalística deste e estabelecida a sua conexão com a conjuntura fática observada hodiernamente.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

2.1. O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.

A adoção do modelo de bem-estar social pela federação brasileira, em que se

observa uma intervenção mais incisiva do Estado no intuito de se assegurar aos indivíduos o



16 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

9

acesso a serviços assistenciais básicos, com a conseqüente disposição da saúde como um direito social (art. 6º da CF), alçou-a à condição de direito fundamental. Posição esta que lhe confere caráter vinculante e normativo, dotado de exigibilidade perante aos seus titulares, enquanto meio para se garantir o mínimo existencial necessário para uma vida digna, em compatibilidade com os fundamentos fixados para o país no artigo 1º da Constituição (CF).¹⁷

Neste tom, o direito à saúde encontra-se compreendido em um bloco

integrado, ainda, pelos direitos à previdência e à assistência social, relativos à área de atuação da seguridade social.¹⁸ A qual estabelece um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas à proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à tríade de garantias citadas acima, consoante disposto no art. 194 da Constituição.¹⁹

Observando-se, a partir desta perspectiva, a atuação de diversos órgãos da administração pública direta e indireta e de atores políticos atrelados às ocupações desta no âmbito federal, distrital, estadual e municipal de forma regionalizada e hierarquizada.²⁰

Cenário sob o qual se exige do Estado a atuação de forma preventiva e reparativa, por meio da implementação de políticas públicas, de modo a se ampliar o acesso da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde.²¹ Sendo a matéria tratada no diploma constitucional, em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, os quais estabelecem uma série de normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira,²² com prestações materiais positivas do Executivo e providências jurídico-normativas do Legislativo.²³

Nesse sentido, ratificando o quanto esposado, vejamos as premissas tecidas por Alexandre de Moraes acerca da matéria que explanam a lógica em voga:

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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

17 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

18 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica

tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 119, 3 nov. 2020.

19 Brasill. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

20 Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre:



Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006, p. 496.

21 Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida

da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020, p. 1057.

22 Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. Op.cit., 2020, p. 121.

23 Cunha Júnior, Dirley. Op.cit., 2012, p.767 et seq.

10

(CF, art. 196), sendo 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 por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).²⁴

Note-se que o art. 196 da CF, além de estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, destaca a finalidade de sua atuação neste campo, atrelando-a à redução do risco de doenças e de outros agravos²⁵. Compreensão esta ratificada no tema de Repercussão Geral de n. 793, em que o Supremo Tribunal Federal (STF) inseriu o tratamento médico adequado dentre o rol de deveres estatais, assim como fixou a responsabilidade solidária dos entes federados. O que corrobora com a premissa de atuação regionalizada e hierarquizada dos entes políticos a nível federal, estadual, distrital e municipal quanto à garantia de acesso universal e igualitário à saúde e seus desdobramentos.²⁶

Tal feito, pois, encontra-se pautado na descentralização da atuação das esferas de governo no âmbito do direito à saúde, atinente às áreas de operação dos entes políticos no atendimento integral da população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.²⁷ Isto porque, a efetivação deste direito compreende não apenas a disponibilização de hospitais ou postos públicos de saúde devidamente equipados para atendimento, mas também o fornecimento de medicamentos e profissionais qualificados para a prestação de serviços públicos desta estirpe.²⁸

À vista disso, visando conferir maior efetividade à política de saúde do país foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no art. 198 da CF e regulamentado de modo mais específico nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que fornecem o arcabouço legal e principiológico para a sua operacionalização. Definindo-se tal sistema como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em conformidade com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.²⁹

24 Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 537.

25 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

26 Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever

de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProc>

esso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.



27 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Op.cit. Acesso em: 09 mar. 2023.

28 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.769 et seq.

29 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

11

Ratificando o quanto esposado, vejamos as considerações tecidas pelo doutrinador Dirley da Cunha Júnior acerca da matéria explanam a lógica em voga:

Visando a execução das políticas públicas de saúde, a Constituição instituiu um sistema único de saúde (SUS), que passou a compreender todas as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (art. 198). (...) Nada obstante ser de atribuição do Poder Público, a Constituição facultou a assistência à saúde à iniciativa privada (art. 199), de modo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.³⁰

As LOS comportam, desta forma, disposições no tocante à participação da comunidade na sua gestão e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados a sua manutenção (Lei nº 8.142/90). Além de esmiuçarem o quanto externado no art. 198, indicando as condições para a atuação do SUS, especialmente ao estabelecerem o modo de organização e funcionamento dos serviços prestados e instituírem os objetivos, competências e atribuições do mesmo (Lei nº 8.142/90).³¹ Reforçando, assim, a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³²

Seguindo este enquadro lógico, destacam-se dois importantes princípios delineados nos incisos I e II, do art. 7º, da referida lei 8.080/1990. São eles, respectivamente: o da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e o da integralidade desta, compreendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema. Destacando-se a sua importância por reforçarem a adoção de um sistema público e universal de saúde, que visa assegurar atendimento integral, sem que sejam impostas limitações quanto a um rol mínimo e básico de serviços de saúde.³³

30 Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012, p.767 et seq.

31 Souza, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de

mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:



27/05/2023.

32 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao->

2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 10.

33 Ibidem, loc.cit.

12

Sob esta ótica, confere-se destaque ao objetivo disposto no art. 5º, III, da Lei n. 8.080/1990, que estabelece a prestação de assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como atribuições do SUS³⁴. O qual, para desempenhar de modo satisfatório tal encargo, abarca uma série de serviços, a citar: rede hospitalar de média e de alta complexidade, serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica, serviços ambulatoriais especializados e serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, incluindo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Portando-se, hegemonicamente, como responsável pela maioria dos cidadãos brasileiros no âmbito da garantia ao direito à saúde³⁵.

Entretanto, a despeito do crescente aperfeiçoamento da gestão pública e do mencionado sistema, a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem se demonstrado insuficiente e insatisfatória. De modo que, tal patologia tem se estabelecido como um problema de saúde pública, ante as suas proporções epidêmicas e a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, sendo tal questão matéria de discussão dos tópicos adiante delineados.³⁶

2.2. DO ESTABELECIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ÂMBITO DO SUS, MORMENTE OS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOBREPESO E OBESIDADE.

Atendo-se a base principiológica concernente a institucionalização do SUS, principalmente no que tange a integralidade na prestação dos serviços de saúde, nota-se a instituição de três segmentos relativos à atenção à saúde, a citar: (a) atenção primária, (b) de média e (c) de alta complexidade, cujo estas duas últimas integram a rede de atenção especializada.³⁷ A aludida organização presta-se a melhor estruturação dos serviços

34 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

35 Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS

UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_soci

e_polit_public_saud_2016.pdf . Acesso em 09 de março de 2023, p. 11 et seq.

36 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção



Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

37 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 11.

13

disponibilizados, atentando-se a diferenciação de densidade tecnológica e custos envolvidos com os agravos médicos que cada campo visa atender.³⁸

A atenção primária à saúde (APS) se consubstancia como o eixo orientador do SUS, sendo o primeiro nível de atenção em saúde e abarcando um conjunto de ações que incluem prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, mediante o emprego de tecnologia de baixa densidade.³⁹ Dispondo, em virtude disto, de insumos e equipamentos necessários à resolução dos problemas e agravos de maior frequência e baixa complexidade, assim como dos meios para o encaminhamento a serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.⁴⁰

Ratificando as informações elencadas, vejamos as asseverações elaboradas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde acerca da infraestrutura de atendimento desta:

[...] na mesma portaria, quando é descrita a infraestrutura necessária para a atenção primária, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a ?garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar?.⁴¹

Tal conjuntura evidencia, portanto, que a rede de atenção primária não esgota as necessidades manifestadas pelos usuários do SUS, necessitando-se da institucionalização dos demais segmentos de atenção à saúde que, como mencionado, compõem a rede de atenção especializada. A reiterar: a rede de atenção de média e de alta complexidade, que, como o próprio nome já sugere, englobam atendimentos que exijam a realização de procedimentos mais complexos, recursos tecnológicos mais específicos e profissionais especializados.

38 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível



em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20co>

mposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

39 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

40 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao>

-2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023, p. 12.

41 Ibidem, loc.cit.

14

À luz desta premissa, no que tange ao segmento de atenção à saúde de média complexidade, este abarca ações e serviços prestados em hospitais e ambulatórios envolvendo atendimento em distintas especialidades médicas. Objeto este decorrente de problemas e agravos de saúde que demandam a utilização de recursos tecnológicos mais específicos, ante a necessidade de realização de procedimentos complexos destinados ao diagnóstico e tratamento dos usuários.⁴²

Dessa forma, tal nível encontra-se integrado com o retro citado, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, compreendida nesta fase por policlínicas, hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e centros dotados de equipamentos para exames e procedimentos mais avançados. Sendo efetuado nesta o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, a estabilização dos pacientes e a investigação diagnóstica inicial, oportunidade em que se irá aferir a necessidade de atendimento mais complexo.⁴³

Cenário em que se menciona o segmento de atenção à saúde de alta complexidade, que, integrado aos demais níveis, abrange um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e custo, por envolver a disponibilização de serviços qualificados de alta complexidade. Sendo estes normalmente prestados em hospitais gerais de grande porte, cujo os procedimentos realizados encontram-se relacionados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.⁴⁴ As diversas áreas médicas e procedimentos atendidos encontram-se relacionadas em obra do Ministério da Saúde acerca da matéria, senão vejamos:

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias



aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica;

42 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência

do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível

em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20c>

omposta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas. Acesso em: 03 set. 2023.

43 Ibidem, loc.cit.

44 Brasil, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. p.32. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)

_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

15

terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.45

A definição das áreas de assistência especializada de média e alta complexidade e a instituição destas por meio da publicação de instrumentos normativos é efetuada mediante o levantamento de informações no tocante à situação da saúde na respectiva área de interesse. Isto sobretudo mediante a análise dos problemas e agravos existentes, serviços ofertados e necessidades da população, com o conseqüente enquadramento das prioridades para atuação, regulamentação da área específica e organização dos serviços e procedimentos ofertados em relação a esta.46

Sob este tom, atentando-se a elevação nos índices de pessoas que apresentam quadro clínico compatível com excesso de peso (34.51%) ou obesidade (33.25%), bem como o fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, instituiu-se a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave. Política com a qual, logo no início de sua institucionalização, se incluiu na tabela de procedimentos do SUS a gastroplastia, atualmente regulamentada pelas Portarias n. 628/2001 e 545/2002.47

Contudo, considerando que a esfera de cuidado direcionada a esta patologia não pode se restringir apenas a atuação de forma reparativa e atentando-se a necessidade da atuação preventiva, foi instituída a Portaria GM/MS n. 1.569/2007.48 Nesta, identifica-se uma maior preocupação com a integralidade na prestação dos serviços de saúde entre os diferentes segmentos de assistência, tendo se organizado a linha de cuidados ao portador de obesidade

grave em diferentes níveis. Buscando, com a referida realização, se identificar os principais determinantes e condicionantes da obesidade, de modo a se desenvolver ações transeitoriais de atenção à saúde amplas e qualificadas.⁴⁹

45 Brasil, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. p.32. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios

_3ed_p1.pdf. Acesso em: Acesso em: 03 set. 2023.

46 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 14 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/>

06/Atualizacao -2011.pdf . Acesso em 27 de agosto de 2023.

47 Ibidem, p. 166 et seq.

48 Ibidem, p. 168.

49 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

16

Com este intuito a citada Portaria estabelece o modo como deve ser operacionalizada a atenção à saúde em seus diferentes níveis, indicando em seu art. 3º as atribuições de cada segmento para o controle da obesidade e suas comorbidades. Sendo estas: na atenção primária à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde; na de média complexidade ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, atreladas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade; e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas, impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes protagonistas.⁵⁰

Cenário diante do qual também se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, redefinindo suas diretrizes e esmiuçando a organização de atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde. Devendo-se destacar a importância creditada à promoção do diagnóstico apropriado, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades, em consonância com a classificação do estado nutricional e a estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades, além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento.⁵¹

No entanto, a despeito do amplo desenvolvimento do sistema de saúde neste tópico, a disponibilização de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade ainda é diminuta, precipuamente no setor de diagnóstico e encaminhamento para serviço especializado. Isto porque somente 2,5% do total de atendimentos individuais realizados no âmbito da APS são voltados à condição avaliada como obesidade.⁵² Conjuntura incongruente com os índices

exibidos em 2019 pelo SISVAN, os quais indicavam, à época, que aproximadamente 34,55% dos indivíduos adultos já possuíam diagnóstico de excesso de peso e que cerca de 28,54% da população do país já se encontrava obesa.⁵³

50 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção

à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

51 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 out. 2023.

52 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 09 mar. 2023.

53 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

17

3. A OBESIDADE E O SEU RECONHECIMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

3.1. A OBESIDADE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, definida, conforme ditames da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, caracterizado por um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m².⁵⁴ Divergindo, assim, do sobrepeso, que é compreendido como um aumento exclusivo de peso não atrelado ao comprometimento da saúde do paciente, tal qual a obesidade o é.⁵⁵ Corroborando com o quanto externado, vejamos a classificação da OMS do estado nutricional dos adultos a depender do IMC:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional dos adultos com base no IMC - OMS⁵⁶

Classificação IMC Risco de comorbidades

Abaixo do peso < 18,5 Baixo (Risco de outras



complicações clínicas)

Eutrofia/

Intervalo normal

18,5 ? 24,9 Média

Sobrepeso ? 25,0 -

Pré Obeso 25,0 ? 29,9 Aumentou

Obesidade Classe 1 30,0 ? 34,9 Moderado

Obesidade Classe 2 35,0 ? 39,9 Severo

Obesidade Classe 3 ? 40,0 Muito severo

Cálculo do IMC: Divide-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros).

Elaboração própria. Fonte: World Health Organization (1998).

54 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.

Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Acesso

em: 28 mai. 2023.

55 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 3, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

56 WHO. Op.cit., 1998, p. 21.

18

Neste tom, tem-se a obesidade como uma doença ocasionada por um prolongado cenário de ingestão energética maior do que o gasto perpetrado pelo corpo,⁵⁷ compreensão que, em razão da visão estigmatizada da sociedade, normalmente é atrelada apenas a dieta alimentar inadequada e a inatividade física.⁵⁸ Todavia, esta trata-se de uma doença multifatorial, albergando dentre as suas causas não apenas inatividade física, redução do consumo de alimentos básicos e maior participação de alimentos ultraprocessados no padrão alimentar, mas também fatores biológicos, históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos que contribuem para tal.⁵⁹

No que tange aos aspectos históricos e sociais que influenciaram os hábitos de vida da sociedade e levaram ao aumento de incidência dos casos de obesidade, nota-se que desde o período da Revolução Industrial houveram mudanças que ocasionaram notórias transformações nos hábitos de vida e padrões alimentares. Isto ante o êxodo rural, em virtude da urbanização e da contínua substituição da mão de obra humana pelo uso de máquinas, massificando as atividades laborais e reduzindo-as a atos simples e repetitivos distantes das ocupações nos setores extrativos.⁶⁰

Tal contexto favoreceu ainda o desenvolvimento de uma rotina sedentária, haja vista a diminuição da prática de atividades físicas em decorrência, por exemplo, das

jornadas de trabalho exaustivas. Padrão que se reproduz no contexto atual, devido a ausência de tempo e energia da população para tais práticas, aliada às formas de lazer sedentárias desenvolvidas, tais quais televisão e computadores, e a insegurança quanto ao deslocamento para os locais apropriados para tal, como academias e praças.⁶¹

Conjuntura atrelada a progressiva alteração da dieta para produtos que paulatinamente tiveram reduzidos seu valor nutricional, ante o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados de baixo valor nutricional, que propiciam uma maior ingestão calórica e menor gasto energético, ocasionando o acúmulo de gordura. Destacando-se como fatores de influência para o consumo destes o aumento do processo de industrialização dos

57 Anjos, Luiz Antonio dos. *Obesidade e Saúde Pública*. 20.ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 12.

58 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. *Obesidade, sociedade e cultura*. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). *Obesidade: uma epidemia mundial*. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021, p. 6. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

59 Souza, Saul de Azevêdo et al. *Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta*.

Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/csp/a/7LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

60 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. *O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade*.

Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 4, 2006. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/193/171>. Acesso em: 16 set. 2023.

61 Anjos, Luiz Antonio dos. *Op.cit.*, 2006, p. 30.

19 alimentos e oferta destes em supermercados, a maior facilidade e comodidade na aquisição e/ou preparo, bem como os preços mais baixos e atrativos, sopesado diante das possibilidades financeiras das famílias para despesas alimentares.⁶²

Sob este prisma, ratificando as asseverações acima delineadas, vejamos as premissas tecidas pelo professor da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pós-doutor em Fisiologia, Dr. Luiz Antonio dos Anjos, acerca da matéria:

Existe uma preocupação grande sobre os efeitos que a sociedade urbana (dita moderna) trazem ao ambiente que circundam esses grandes aglomerados urbanos. De fato, tais ambientes são, sob aspectos alimentares e de prática da atividade física, ?obesigênicos?, ou seja, facilitadores para a ocorrência de obesidade. Essas características incluem a grande disponibilidade de alimentos com alta densidade energética (além de disponíveis em todos os lugares são também baratos); redução do gasto energético nas atividades cotidianas (automóvel, escada rolante, elevadores, mudanças nos processos de trabalho); aumento das atividades de lazer de menor gasto energético (televisão, computador, jogos de vídeo); e redução das oportunidades para



a prática da atividade física regular (lugares públicos seguros, aumento no tempo de trabalho, aumento do tempo nos deslocamentos de e para o trabalho/escola).

Diante deste prisma, observa-se que com as alterações históricas dos aspectos de vida da sociedade, como o processo de urbanização, as mudanças nas relações de consumo e o acesso a tecnologia, houve uma mudança gradativa na dieta e na frequência de atividades físicas. Aspectos perante os quais, embora se note uma redução do número de casos de doenças infecciosas e parasitárias, proporcionada pela melhoria nas condições sanitárias, aprimoramento do diagnóstico e tratamento e acesso a atendimento médico de qualidade, têm-se uma transição epidemiológica para as DCNTs, tal qual a obesidade.⁶³

Patologia esta que, em razão das suas complicações metabólicas, como a dislipidemia, hipertensão arterial, resistência à insulina, intolerância à glicose e alterações no sistema de coagulação, é compreendida ainda como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs. A citar: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, osteoartrite e determinadas espécies de câncer (endométrio, mama, próstata e cólon), que, via de regra, não são correlacionadas a mesma pela ausência de diagnóstico adequado.⁶⁴ Doenças estas que são responsáveis por aproximadamente 70% da mortalidade mundial, conforme dados da OMS.⁶⁵

62 Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. Op.cit., 2006, p. 4 et seq.

63 Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e

cultura. In: SCOMPARIN, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e

Contexto, 2021, p. 8 et seq. Disponível em <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

64 Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

65 WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível

em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

20

Isto posto, faz-se perceptível o quanto a obesidade influencia nos índices de morbimortalidade, contexto diante do qual se exige um maior despendimento econômico do governo, que inclusive já alcança o importe de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo consideravelmente o orçamento estatal para gastos com doenças.⁶⁶ Cenário diante do qual esta figura como problema de saúde pública, mormente se observadas as proporções epidêmicas alcançadas em virtude da ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.⁶⁷

Somando-se a estes desafios, menciona-se também a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta patologia e a baixa resolutividade dos mesmos, fomentada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, ante as associações equivocadas da obesidade à preguiça, desleixo e ausência de comprometimento com o cuidado da saúde.⁶⁸ Observando-se a recorrente responsabilização destes pacientes pelo

quadro clínico apresentado, não obstante esta presente como causas fatores multifatoriais, condicionadas, por exemplo, a questões metabólicas, que são desmerecidas ante ao estigma atrelado à patologia.⁶⁹

Condições críticas inflamadas pela parca estrutura física e pelos materiais e equipamentos médicos disponibilizados nas instituições de saúde, que em muitas das ocasiões não se configuram adequados para o atendimento deste público, o que ocasiona um nítido constrangimento e dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte destes. Enquadro fático diante do qual observa-se que tais barreiras e desafios ensejam em um diagnóstico deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado.⁷⁰

Dificultando-se, desta forma, o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado, reverberando em efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos, que comprometem a duração e qualidade de vida destes. Circunstância que reforça o diagnóstico

66 Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade

e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado. Disponível

em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

67 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 09

mar. 2023.

68 Ibidem, p.06.

69 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

70 Ibidem, loc.cit.

21

apropriado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa, com adoção de modelo de cuidado à saúde contínuo, integral e humanizado, como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade.⁷¹

3.2. ANÁLISE DOS ÍNDICES DE OBESIDADE A NÍVEL NACIONAL E, SOBRETUDO, MUNICIPAL

Os índices de pessoas com obesidade no Município de Salvador têm apresentado um crescimento gradual no decurso dos anos, sobretudo se observada a elevação deste percentual em cerca de 68,4%. Isto considerando que passou de 11,1% em 2010 para



20,5% em 2021, conforme dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).⁷² Ratificando o quanto exposto, vejamos a evolução nos percentuais apresentados a nível municipal, consoante dados indicados nos relatórios públicos emitidos pelo referido sistema entre os anos de 2011 e 2022:

Tabela 2: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel

Percentual de Adultos com obesidade em Salvador

Ano Referência Porcentagem de pessoas com obesidade

2010 11,1%

2011 14,9%

2012 14,1%

2013 14,9%

2014 17,8%

2015 16,3%

2016 19,9%

2017 19,5%

2018 18,6%

71 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

72 Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

22

2019 18,1%

2020 19,1%

2021 20,5%

Porcentagem de aumento de 2010 para 2021 68,4%⁷³

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico | Vigitel (2010, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022).

Da análise dos dados acima veiculados observa-se que o panorama esboçado pelos índices de obesidade no município é preocupante, especialmente por esta patologia se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não



transmissíveis (DCNTs), tais quais diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.⁷⁴ Compreensão corroborada pelo fato de que a incidência destas, particularmente das cardiopatias e diabetes, encontram-se atreladas a apresentação de um IMC superior a 25 kg/m², atinente às classificações de pré obesidade, obesidade grau 1, grau 2 e grau 3.⁷⁵

Ademais, note-se que tais enfermidades configuram-se como as principais causas de morte prematura (entre trinta e sessenta e nove anos) do Município, em especial as cardiopatias que apresentam as maiores taxas de mortalidade desta capital, consoante dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM).⁷⁶ Contexto o qual reforça a premissa tecida acerca dos impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, máxime diante da ausência de correlacionamento entre estas patologias por meio de um diagnóstico apropriado.⁷⁷

Neste liame, a prevenção e o diagnóstico adequado, atrelado ao atendimento com serviço especializado, dotado de profissionais capacitados e estrutura clínica completa,

⁷³ Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

⁷⁴ Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006, p. 30.

⁷⁵ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 42.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 24 set. 2023.

⁷⁶ Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 59 et seq. Disponível em:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 24 set. 2023.

⁷⁷ Souza, Saul de Azevêdo et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta.

Cadernos de Saúde Pública. João Pessoa: V. 34, 2018, p.02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7>

LQTN9CGGN47fDTgNGjpG5D/?lang=pt. Acesso em: 03 jun. 2023.

23

com adoção de modelo de cuidado apropriado, se constituem como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade entre as pessoas com obesidade. Isto tendo em vista que a precariedade em quaisquer destes elementos, particularmente no que tange a ausência de diagnóstico adequado e correlacionamento entre as patologias anteriormente mencionadas, interferem na duração e qualidade de vida destes protagonistas.⁷⁸

Sob este mesmo enquadro, analisando-se outras bases de dados

governamentais, nomeadamente o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), abastecido com dados do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e do e-SUS (SISAB), observa-se que os percentuais tornam-se ainda mais críticos.⁷⁹ Isto dado que os índices deste indicador consubstanciam-se mais expressivos, como no ano de 2021, em que a percentagem de adultos acometida com obesidade era de 37,5%. Percentual este superior até mesmo a prevalência desta patologia na região nordeste (25,0%) e a nível nacional (28,5%).⁸⁰ A título de contextualização e comparação com os dados fornecidos pelo sistema Vigitel, bem como com os percentuais indicados a nível regional (nordeste) e nacional, vejamos os índices de obesidade (graus I, II e III) da população adulta acompanhada na rede de atenção primária à saúde do município de Salvador constantes nos relatórios públicos emitidos pelo SISVAN, mormente os relativos aos exercícios de 2010 a 2023:

Tabela 3: Percentual de Adultos com obesidade em Salvador - Vigitel
Percentual de Adultos com obesidade - Nível Municipal, Regional e Nacional⁸¹

Ano Referência Percentual Municipal

Percentual

Regional (Nordeste)

Percentual

Nacional

2010 28,18% 13,27% 16,48%

2011 30,66% 14,64% 17,98%

2012 30,52% 16,73% 19,93%

2013 30,8% 17,86% 21%

2014 31,1% 19,7% 22,39%

78 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. p. 214. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

79 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Op.cit., 2022, p. 41.

80 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

81 Ibidem.

24

2015 31,88% 21,23% 24,57%

2016 33,49% 21,57% 25,1%

2017 32,7% 22,51% 25,98%

2018 34,5% 24% 27,29%

2019 35,17% 25,03% 28,54%

2020 36,6% 27,66% 31,6%



2021 37,5% 29,06% 32,92%
2022 35,26% 28,35% 31,88%
2023 36,14% 30,12% 33,38%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Afunilando-se a análise ora realizada, essencialmente no que diz respeito à organização político-administrativa sanitária, têm-se que o Município de Salvador se encontra dividido em 12 (doze) Distritos Sanitários, a citar: Centro Histórico, Barra, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano e Subúrbio Ferroviário. Tal categorização está voltada à divisão territorial das competências e atribuições relativas à assistência à saúde, de modo a facilitar a articulação das entidades atreladas à administração, fiscalização, atendimento e prestação de serviços públicos.⁸²

Note-se que esta organização compreende a disponibilização de serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde no território, englobando: unidades básicas de saúde, centros de apoio psicossocial, unidades ambulatoriais especializadas e de pronto atendimento, hospitais, dentre outros. Sendo estabelecida uma comunicação entre estes segmentos, de modo a mantê-los integrados e articulados, compondo uma rede organizada de progressão de atendimento, nos âmbitos público, privado (vinculados ou não ao SUS) e filantrópico, que contabilizam cerca de 3.599 estabelecimentos assistenciais de saúde.⁸³

Todavia, não se observa no âmbito de assistência à saúde às pessoas portadoras de obesidade tal dinamismo, especialmente se observados os altos índices de pessoas acometidas pela obesidade no município e a precariedade no setor de diagnóstico e prevenção. Neste ensejo, vejamos o número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade

82 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 215. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 out. 2023.
83 Ibidem.

25
em cada um dos referidos distritos e a representação percentual destes a nível municipal no ano de 2022, com base em análise restrita ao estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidade de saúde destes, conforme dados do SISVAN:

Tabela 4: Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador.

Número de casos de adultos acometidos com sobrepeso e obesidade nos distritos sanitários do Município de Salvador⁸⁴

Distrito Sanitário
Nº de Unidades de
Saúde



Nº de casos/ sobrepeso			
Nº de casos/ obesidade			
Percentual de casos de obesidade por distrito			
Centro Histórico	08 2.806	2.651	3,61%
Barra/ Rio Vermelho	12 4.327	4.595	6,26%
Boca do Rio	08 2.816	2.815	3,83%
Brotas	06 3.615	3.810	5,19%
Cabula/Beiru	24 8.601	9.004	12,27%
Cajazeiras	10 5.144	5.470	7,45%
Itapagipe	02 2.364	3.271	4,45%
Itapuã	19 8.966	8.790	11,98%
Liberdade	06 3.102	3.346	4,56%
Pau da Lima	16 6.586	6.687	9,11%
São Caetano/ Valéria	16 7.169	7.830	10,67%
Subúrbio Ferroviário	36 13.493	15.102	20,58%

Elaboração própria. Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional | SISVAN (2023).

Quanto às mencionadas bases de dados, têm-se estas como importantes ferramentas para viabilização da identificação parcial do estado nutricional dos indivíduos acompanhados nas unidades de saúde municipais, que devem ser correlacionados com um procedimento de diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado. Potencializando-se com tais realizações a elaboração de estratégias de atuação próprias para o

84 Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado

nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 15 out. 2023.

26
enfrentamento desta patologia e de suas comorbidades, atribuindo, assim, maiores coeficientes de efetividade às ações de assistência à saúde ofertadas no município.⁸⁵

4. TUTELA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM
OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO
SUS

4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRECIONADA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS

4.1.1. PORTARIAS INSTITUÍDAS ANTERIORMENTE PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

O aumento gradual dos índices de obesidade no cenário nacional e municipal, evidenciado pelos dados apresentados em tópicos anteriores, atrelado ao fato de tal condição se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, têm indicado a necessidade de desenvolvimento de estratégias e atuações estatais para se enfrentar tal patologia e suas comorbidades. Isto de modo a promover a saúde, reduzindo a morbimortalidade entre os seus portadores e proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida, por meio do pleno acesso aos serviços de saúde, com infraestrutura de atendimento adequada e acompanhamento médico integral.⁸⁶

Contexto a partir do qual se instituiu a Política Nacional de Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave, regulamentada a princípio pelas Portarias n. 252/1999, 45/1999 e 196/2000. Estas voltavam-se à inclusão da cirurgia bariátrica no rol de procedimentos disponibilizados pelo SUS, designação dos hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde para esse fim, oferta dos equipamentos adequados e estabelecimento dos

85 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022 - 2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf). Acesso em: 22 out.. 2023.

86 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para

o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS,

2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

27

critérios clínicos de seleção de pacientes.⁸⁷ Definindo-se, assim, a gestão organizacional desta e as indicações e contraindicações para a sua realização, senão vejamos:

Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias do Ministério da Saúde: a. Indicações a.1 Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo menos 2 anos. a.2 Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada, como: diabetes, hipertensão, apneia do sono, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade. b. Contraindicações



b.1 Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcooolismo, dependências químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contra indiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras. 88

Ainda sob este prisma, atendo-se à necessidade de ampliação da prestação deste serviço, especialmente em virtude do elevado percentual de pessoas acometidas por obesidade mórbida à época, elaborou-se a Portaria n. 1.157/2000, a qual revogou a definição do número de centros de referência credenciados para a realização da cirurgia bariátrica no país, constante na Portaria n. 196/2000. Isto de modo a ampliar o número de unidades credenciadas para a realização do procedimento, estendendo as possibilidades de execução deste, não obstante tenha se mantido as exigências necessárias e próprias para tal.89 Neste ensejo de promoção de revogações elaborou-se também a Portaria de n. 628/2001, que além de revogar as aludidas Portarias aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. Sendo válido ressaltar que a regulamentação e gestão técnica atinente a este protocolo encontra-se esmiuçada em seus anexos (I, II e III), que instituíram diferentes disposições para a sua operacionalização, além de discriminar o soldo a ser utilizado para o custeio das despesas relativas ao mencionado tratamento cirúrgico, a citar: os recursos provenientes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação ? FAEC (art. 4º).90 Quanto a predita operacionalização do protocolo, no Anexo I encontra-se assentada a obrigatoriedade do seu preenchimento, mormente nas etapas de avaliação inicial, indicação do procedimento cirúrgico e acompanhamento médico dos pacientes submetidos à gastroplastia, sob pena de descadastramento do Centro de Referência (art. 1º, §§ 1º, 2º e 4º). No que tange ao Anexo II, este dispõe sobre as normas a serem observadas para o cadastramento

87 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 22 out. 2023.

88 Ibidem, p. 167.

89 Ibidem, loc.cit.

90 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

28

do centro de referência em cirurgia bariátrica (art. 2º), conferindo ênfase a imprescindibilidade da equipe multiprofissional para a assistência médica às pessoas com obesidade, como garantia da integralidade (alínea c), do subtópico 2.1, do tópico 2).91

Por fim, menciona-se o Anexo III, em que se desdobra a relação de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica cadastrados no SUS (art. 3º). Dos quais, dos dezoito existentes naquele período, um se localizava no estado do Ceará (Fortaleza), dois em Minas Gerais (ambos em Belo Horizonte), um no Pará (Belém), três no Paraná (Curitiba, Maringá e Londrina), um em Pernambuco (Recife), um no Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), um no Rio de Grande do Sul (Porto Alegre), um em Santa Catarina (Florianópolis) e sete em São Paulo (São



Paulo [3], Campinas [1], Marília [1], Ribeirão Preto [1] e Piracicaba [1]).92
Neste diapasão, diante das alterações e deformidades corporais decorrentes da intensa perda de massa corporal acarretada pela realização da cirurgia bariátrica, que dentre os seus resultados ocasiona o excesso de pele e flacidez no abdômen, seios e braços, atada a consequente necessidade da promoção de cirurgias plásticas reparadoras, se instituiu a Portaria GM/MS n. 545/2002. Que, visando propiciar o acesso dos pacientes submetidos ao procedimento de gastroplastia as cirurgias plásticas corretivas, incluiu tais procedimentos cirúrgicos na supramencionada tabela do SIH-SUS, são eles:93

Tabela 5: Procedimentos cirúrgicos corretivos pós-gastroplastia incluídos na tabela de procedimentos do SIH-SUS pela Portaria GM/MS n. 545/2002.

Procedimento Código na tabela CID?s indicados Faixa etária

Dermolipectomia

Abdominal pós

Gastroplastia

38.058.13.8

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Mamoplastia pós

Gastroplastia

38.059.06.1

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia Crural

pós Gastroplastia

38.060.06.0

E66.8, L08.8, L30.0,

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

18 a 60 anos

Dermolipectomia 38.061.13.9 E66.8, L08.8, L30.0, 18 a 60 anos

91 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

92 Ibidem.

93 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em:



<https://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

29

Braquial pós

Gastroplastia

L30.3, L91.0, L91.9,

L90.6, L90.7

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 545/2002.

Todavia, a assistência médica direcionada às pessoas com obesidade não pode se restringir à atuação de forma reparativa, tendo em vista tal realização configurar-se incompatível com as diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) para a prestação do serviço à saúde por parte do Estado. Isto considerando a necessidade desta de englobar a atuação preventiva e reparativa, por meio da prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo a se observar a necessária integralidade nesta prestação entre os diferentes segmentos de assistência da mesma.⁹⁴

Cenário em que se instituiu a Portaria GM/MS n. 1.569/2007, que se debruçou sobre tais necessidades, mormente com a institucionalização da linha de cuidados ao portador de obesidade grave em todos os níveis de assistência à saúde, com a identificação dos principais determinantes e condicionantes desta patologia. Objetivando-se promover com tal feito a ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no âmbito da assistência às pessoas com obesidade, mediante a promoção de diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico especializado, em observância aos princípios que norteiam as ações e serviços públicos de saúde, em especial a universalidade, equidade e integralidade (art. 2º).⁹⁵

Para tanto, a citada Portaria estabeleceu em seu art. 3º as diretrizes para a operacionalização da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção da obesidade, especificando as ações e serviços a serem desempenhados em cada segmento para controle desta e de suas comorbidades. Englobando, na atenção primária, à realização de ações de caráter individual e coletivo na rede de serviços básicos de saúde para promoção desta, na de média complexidade, ações diagnósticas e terapêuticas especializadas, arraigadas ao processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, e na de alta complexidade o acesso a possibilidade de realização de cirurgias bariátricas de qualidade.⁹⁶

A logística de atenção ao portador de obesidade, consoante previsão do referido diploma, deve ainda ser regulada de forma complementar e suplementar, pelos estados,

⁹⁴ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 20.

ed. Brasília: CONASS, 2011, p. 166 et seq. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em: 31 out. 2023.

⁹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em:



https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.
96 Ibidem.

30
Distrito Federal e municípios, haja vista a competência das três esferas de governo para o controle e avaliação das ações desempenhadas com este fim. De forma a planejarem a atuação de cada unidade federada, atendendo aos já mencionados princípios e diretrizes do SUS, discriminados no art. 7º da Lei n.º 8.080/1990, qual seja: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização e igualdade da assistência à saúde.⁹⁷

4.1.2. PORTARIAS VIGENTES NA ATUALIDADE

Com a crescente prevalência da obesidade no decurso dos anos, haja vista o aumento gradual dos índices desta no cenário nacional, coadunada ao fato de as comorbidades a esta atreladas consubstanciarem-se como a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil, delineou-se a necessidade de se redefinir as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento desta. Panorama diante do qual se instituiu a Portaria MS/GM n. 424/2013, que estabeleceu tal realização como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, esmiuçando a organização e as atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde e revogando as portarias GM/MS 1.569 e 1.570/2007.⁹⁸

Neste ensejo, no que concerne às diretrizes estabelecidas para a operacionalização da rede de atenção à saúde no âmbito da prevenção e tratamento da obesidade, destaca-se a importância conferida ao diagnóstico apropriado da população assistida, centrado nos usuários, sua diversidade e necessidades (art. 2º, IX). Isto a partir da identificação destes indivíduos com base em seu estado nutricional e estratificação conforme a presença de outros fatores de risco e comorbidades (art. 2º, I e II), além da relevância conferida a formação de profissionais capacitados para atendimento (art. 2º, VIII).⁹⁹

Feito que norteia, inclusive, outras de suas diretrizes, a citar: a utilização de sistemas de informação para a gestão dos casos existentes, regulação do acesso aos serviços de atenção especializada e monitoramento das ações e serviços desempenhados, bem como investigação e acompanhamento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade (art.

⁹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas

em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁸ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS . 1ª.

ed., att. 2015, Brasília: CONASS, 2011, v. 04, p. 45 et seq. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf)

[uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf) . Acesso em: 01 nov. 2023.

⁹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de



Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

31

2º, IV e V). Realizações que se alinham a articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde e organização da oferta de serviços, por meio da instituição de mecanismos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção e segmentos desta (art. 2º, III e VI).¹⁰⁰

Já no que diz respeito às atribuições, estas encontram-se sequencialmente dispostas no art. 4º da citada portaria, sendo discriminadas para cada segmento da rede de atenção à saúde. Isto de modo a englobar as especificações pertinentes à atenção básica (art. 4º, I), especializada e aos sistemas logísticos e de apoio (art. 4º, III), pormenorizando inclusive os subcomponentes da atenção especializada, a citar: o ambulatorial especializado (art. 4º, II, a), o hospitalar (art. 4º, II, b) e a urgência e emergência (art. 4º, II, c), de modo a promover a intersectorização da atuação, mantendo-se a colaboração e assistência entre estes.

A título de ilustração acerca destas atribuições, com relação ao componente de atenção básica (atenção primária) ressalta-se o encargo de efetuar a vigilância alimentar e nutricional da população, aliada ao desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial. Isto precipuamente através da fomentação do autocuidado dos usuários, com fins de manutenção e recuperação do peso saudável, imprimindo destaque as ações voltadas ao incentivo da alimentação saudável e prática de atividades físicas (art. 4º, I, a, b e c); e da prestação de assistência terapêutica multiprofissional, garantindo o acolhimento adequado destas pessoas (art. 4º, I, d, f e g).

Por seu turno, tendo em consideração a atenção especializada, sobretudo o subcomponente ambulatorial, observa-se a ratificação da colaboração entre os segmentos da rede de atenção à saúde, por constar dentre as suas atribuições a prestação de apoio matricial à atenção primária e gestão de pacientes dentre os demais componentes. Conjuntura observada ante a incumbência deste de identificar os usuários para a realização da cirurgia bariátrica, enquanto tratamento para a obesidade, com o conseqüente encaminhamento destes para o subcomponente hospitalar e posterior retorno para a atenção básica, prestando assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória (art. 4º, II, a, 1 ao 7).¹⁰¹

No que diz respeito ao subcomponente hospitalar, cabe a este avaliar os casos indicados pelos setores anteriores para a realização do procedimento cirúrgico, priorizando os que possuam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde (art. 4º, II, b, 1, 2 e 3). De modo a organizar o acesso à cirurgia bariátrica, bem como às cirurgias plásticas

100 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

101 Ibidem.

32



reparadoras que se façam necessárias e ao acompanhamento terapêutico multiprofissional pós-operatório, auxiliado pelos demais segmentos consoante as diretrizes e protocolos de encaminhamento fixados pela presente portaria (art. 4º, II, b, 3 ao 7, e art. 6º).¹⁰²

Quanto ao subcomponente da urgência e emergência, a este compete não apenas a prestação de assistência de âmbito geral, mas também às possíveis complicações atreladas ao sobrepeso e a obesidade e o acompanhamento do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos pacientes (art. 4º, II, c). Sendo o funcionamento, comunicação e colaboração entre estes componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde fomentado pelos sistemas de apoio e logística, que se comprometem com a realização de exames complementares, prestação de assistência farmacêutica e realização de transporte sanitário para o diagnóstico e tratamento da obesidade (art. 4º, III).¹⁰³

Acerca disto, no que compete à assistência farmacêutica, cumpre destacar que esta se refere aos medicamentos disponibilizados para as comorbidades e complicações associadas à obesidade, vez que o SUS, como observado na portaria ora analisada, estabelece a realização de tratamento não medicamentoso. Ao que, não fornece medicamentos que se destinam especificamente ao tratamento da obesidade pelo gerenciamento de peso, recomendados para pacientes com um IMC maior ou igual a 30 kg/m², haja vista estes não serem aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tal feito, sob a justificativa do alto custo e baixa eficácia destes medicamentos.¹⁰⁴

Superadas tais especificações, evoca-se que a referida portaria redefiniu as diretrizes das ações de prevenção e tratamento da obesidade e do sobrepeso e as atribuições dos componentes e subcomponentes da rede de atenção à saúde com fins de instituí-las como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Realização diante da qual não apenas elaborou um roteiro para a organização destas linhas de cuidado do sobrepeso e da obesidade (Anexo II), como também disponibilizou manuais instrutivos e cadernos temáticos para auxiliar em tal promoção.¹⁰⁵

¹⁰² Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

¹⁰⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Op.cit., 2013.

33

Ademais, impende salientar que esta Portaria, em seu Anexo I, ressaltou o



fato de que o tratamento cirúrgico da obesidade, atinente a realização da cirurgia bariátrica, configura-se tão somente como parte do tratamento integral, devendo ser implementada apenas quando esgotadas as ações dos segmentos mais básicos. Isto tendo em vista que prioriza-se a promoção da saúde e o cuidado clínico longitudinal, baseado em ações de promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável, enquanto autocuidado a ser desempenhado pelos pacientes, e a prestação de assistência terapêutica multiprofissional, estabelecendo-se rígidos critérios para a realização de procedimentos cirúrgicos.¹⁰⁶

No tocante a realização da cirurgia bariátrica, destaca-se que esta é indicada, conforme disposições do supracitado anexo, para indivíduos que apresentem: a) IMC de 50 Kg/m²; b) IMC de 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, cujo tratamento clínico longitudinal, efetuado por pelo menos 02 (dois) anos, não tenha surtido efeito; ou c) IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, doenças articulares degenerativas, entre outras, cujo tratamento clínico também não tenha obtido sucesso (item I, alíneas a, b e c, do Anexo I).

Somam-se a estas indicações, elaboradas com fundamento em redefinições das constantes em portarias anteriores (PRTs 252/1999, 45/1999 e 196/2000), os rígidos critérios para a análise de sua pertinência, a citar: não responsividade ao tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, observância aos limites clínicos existentes em virtude da faixa etária do paciente, precipuamente quando se tratarem de jovens entre 16 e 18 anos e adultos com idade acima de 65 anos, bem como compreensão dos aspectos do tratamento e assunção de compromisso com todas as etapas da programação do procedimento (item I, incisos I, II e III, do Anexo I).¹⁰⁷

Neste ensejo, em concomitância à Portaria MS/GM n. 424/2013 instituiu-se a Portaria MS/GM n. 425/2013, voltada ao estabelecimento do regulamento técnico, normas e critérios para a prestação da assistência especializada de alta complexidade ao portador de obesidade, principalmente do tratamento cirúrgico desta. Tendo previsto que configuram-se como unidades de saúde próprias à tal realização os hospitais que disponham de instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos apropriados para a prestação de apoio

106 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

107 Ibidem.

34 diagnóstico e terapêutico especializado, devendo tais estabelecimentos constarem na organização da aludida linha de cuidado (art. 1º e 2º).¹⁰⁸

Tendo, em compatibilidade com o quanto delineado na portaria antecedente, disposto as diretrizes para realização do tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirúrgico (Anexo I), as normas para o credenciamento dos estabelecimentos de saúde para o desempenho destas atividades (Anexo II), além da relação de procedimentos cirúrgicos,



medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais aprovados, no âmbito do SUS, para tanto (Anexo III). Outrossim, alterou as idades mínima e máxima para a realização do tratamento cirúrgico para 16, desde que respeitada a consolidação das epífises de crescimento, a 65 anos, conforme avaliação criteriosa do risco-benefício (art. 8º, §1º e 2º).109

No que concerne aos procedimentos inclusos pela portaria ora analisada no rol disponibilizado pelo SUS para tratamento da obesidade, menciona-se:

Tabela 6: Procedimentos incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS pela Portaria

GM/MS n. 425/2013.

Procedimento Código na tabela Faixa etária

Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional (art. 9º)

03.01.12.008-0 16 a 65 anos

Gastrectomia Vertical em Manga | Sleeve (art. 11)

04.07.01.036-0 16 a 65 anos

Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)

03.03.07.013-7 16 a 65 anos

Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica (art. 12)

04.07.01.037-8 16 a 65 anos

Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica (art. 13)

04.13.04.025-9 16 a 65 anos

Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica (art. 14)

04.15.02.001-8 16 a 65 anos

Elaboração própria. Fonte: Portaria GM/MS n. 425/2013.

Observa-se, neste tom, a ratificação pelas portarias n. 424/2013 (art. 6º) e 425/2013 (art. 14) da garantia de realização dos procedimentos de cirurgias plásticas corretivas que se fazem necessários ante as deformidades corporais ocasionadas pela intensa perda de

108 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento

técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov.



2023.

109 Ibidem.

35

massa corporal provocada pela cirurgia bariátrica. Todavia, cumpre destacar que, malgrado não conste limitações na portaria n. 424/2013 acerca da quantidade de procedimentos reparatórios possíveis para cada paciente que tenha sido submetido ao tratamento cirúrgico, a portaria n. 425/2013 permite o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos.¹¹⁰

Por fim, salienta-se que as PRTs de n. 424/2013 e 425/2013 encontram-se contidas na Portaria de Consolidação n. 3, que se trata do instrumento normativo que reúne as normas pertinentes às diferentes redes temáticas de atenção, serviço e pesquisa em saúde que compõem o Sistema Único de Saúde. Dispondo-se nesta as diretrizes, atribuições e disposições gerais para a operacionalização satisfatória da assistência primária e especializada no âmbito do SUS para as diferentes comorbidades que assolam a população brasileira.¹¹¹

4.1.3. PROJETOS DE LEI.

Ainda no âmbito da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade, evidenciou-se ao longo do presente trabalho a configuração desta patologia como problema de saúde pública, ante as proporções epidêmicas alcançadas, consoante se extrai dos índices por esta apresentados a nível nacional e municipal. Precipualemente se considerada a insuficiência de abordagens abrangentes e não reducionistas nas unidades de saúde, acentuada pela perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde e a falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos. Conjuntura que explana a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos por parte dos portadores desta doença e a baixa resolutividade dos mesmos.¹¹² Cenário diante do qual foi proposto o Projeto de Lei n. 3.526/2020, pelo senador Romário de Souza Faria, com o intuito de se obrigar que sejam disponibilizados equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa com obesidade pelos estabelecimentos de saúde (art. 1º), como: balanças, esfigmomanômetros, macas, cadeiras ginecológicas e odontológicas, mobiliário, vestimentas e demais materiais adequados. Isto sob o pressuposto de que estes estabelecimentos devem dispor de recursos apropriados para o

110 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2023.

111 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do

Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

112 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p. 06 et seq.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso

_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

36

atendimento destes indivíduos, visando a eliminação das possíveis barreiras existentes para estes protagonistas acessarem às ações e serviços públicos e privados de saúde.¹¹³

Ademais, dispõe-se ainda no supracitado projeto de lei que a inobservância a tal determinação configurar-se-á como infração sanitária, sendo sujeita às penalidades previstas no inciso II, do art. 10, da Lei nº 6.437/1977, qual seja: advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa (art. 2º). De modo que, tais estabelecimentos deverão respeitar os parâmetros técnicos estabelecidos em regulamento próprio para os espaços físicos, móveis, materiais e equipamentos médico-assistenciais que se façam necessários para o atendimento das pessoas portadoras de obesidade satisfatoriamente (§1º, art. 1º) impactando positivamente na sobrevida, morbidade e qualidade de vida destes.¹¹⁴

A matéria atualmente se encontra na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aguardando a designação do relator do Projeto de Lei para a análise, discussão e emissão de parecer acerca da viabilidade e pertinência deste, devendo ser encaminhado posteriormente para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para decisão terminativa. Neste prisma, destaca-se que superado o prazo regimental de cinco dias úteis disposto no art. 122, II, ?c?, do Regimento Interno para a apresentação de emendas, estas não foram propostas, mantendo-se o projeto em sua integralidade e aguardando distribuição.¹¹⁵

Sob este mesmo quadro menciona-se o Projeto de Lei nº 2.532/2021, proposto pelo senador Antonio Mecias Pereira de Jesus, que destina-se a alteração do art. 6º da Lei nº 8.080/1990, para inclusão, no âmbito de atuação do SUS, das cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica mediante indicação médica. Sendo estas a abdominoplastia e a lipoaspiração, para correção do excesso de pele e flacidez no abdômen, além da mamoplastia redutora para as hipóteses de hipertrofia mamária ou gigantomastia. Conferindo, deste modo, status de lei às garantias até então reconhecidas apenas em sede de portaria (Portaria de Consolidação n. 3).¹¹⁶

113 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde

a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa.

Disponível em:

https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=

[1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyOD_gwLjE2OTMxMzM4MzA*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyOD_gwLjE2OTMxMzM4MzA*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA..) Acesso em: 11 nov. 2023.

114 Ibidem.

115 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 3526, de 26 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-3526-2020>. Acesso em: 11 nov. 2023.

116 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: <https://legis.senado>

[.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N)

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

37

Isto sob a justificativa de que em uma porcentagem considerável dos casos de obesidade o cuidado clínico longitudinal, baseado na promoção da prática de atividades físicas e alimentação saudável para redução ou manutenção do peso corporal, não se faz suficiente, indicando-se como única alternativa terapêutica a realização da cirurgia bariátrica.

Procedimento cirúrgico do qual resulta intensa perda de massa corporal, atrelada a flacidez e excesso de pele, que podem ocasionar, inclusive, limitação da movimentação, desequilíbrio da coluna vertebral e infecções cutâneas recorrentes, evidenciando a necessidade de realização dos procedimentos reparadores para garantia da qualidade de vida destes pacientes.117

Diferentemente do projeto anterior, que ainda se encontra pendente de aprovação pela Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), este já passou pela análise promovida pela CAE, a qual o aprovou, considerando que não se diagnosticou a existência de impactos financeiros com a sua aprovação, sendo compatível com as normas que regulam as finanças públicas. Isto tendo em vista que, além de estas já se encontrarem dispostas na tabela de procedimentos do SUS, ante a previsão em portarias próprias, no que pertine a integralidade de assistência, a indispensabilidade do tratamento engloba não apenas a obesidade, mas também as deformidades observadas em decorrência da cirurgia bariátrica.118

Neste tom, os mencionados projetos de lei demonstram que, em que pese encontrem-se previstas diretrizes para o funcionamento da assistência médica no âmbito da atenção primária e especializada direcionada às pessoas com obesidade e da garantia de atendimento clínico especializado, dotado de equipamentos e infraestrutura adequada, ainda não se extrai coeficientes de eficácia satisfatórios. Mormente se observado que, não obstante tenha-se incluído os procedimentos reparadores na tabela do SUS, bem como os recursos necessários para o desempenho das ações e serviços de assistência à saúde, ainda se tem a necessidade de alçar tal matéria ao status de lei para possibilitar exigência mais incisiva desta.

117 Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.532, 13 de julho de 2021. Disponível em: <https://legis.senado>

[.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N](https://leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8990722&ts=1697054195772&disposition=inline&_gl=1*15fy3n9*_ga*N)

DIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTc2OC4wLjAuMA... Acesso em: 11 nov. 2023.

118 Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023.

Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi>

[on=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgzNTcyMC40LjEuMTY5OTgzM3MwNy4wLjAuMA?](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&dispositi) Acesso em: 11 nov. 2023.

38

4.2. DESAFIOS E BARREIRAS ENFRENTADAS PARA A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM OBESIDADE FRENTE A TUTELA JURÍDICA EXISTENTE, ESPECIALMENTE NO MUNICÍPIO DE

SALVADOR

A problemática atinente a invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e a necessidade de se esquadrihar a tutela jurídica do Estado direcionada à estas é evidenciada ante os óbices relativos ao efetivo funcionamento da rede de atenção à saúde no tocante à prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade. Compreensão esta assentada nas barreiras identificadas para a oferta e realização de ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde destes indivíduos, as quais englobam a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a equipamentos médicos e qualificação profissional.¹¹⁹

Quanto a estas deficiências, menciona-se o diagnóstico nutricional tardio e deficitário, que obstaculiza o encaminhamento para o serviço de cuidado especializado com adoção de modelo condizente com a abordagem terapêutica integral, reverberando na baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos. Sendo tal entrave circundado pela diminuta disponibilidade de infraestrutura física e equipamentos adequados ao atendimento do indivíduo com obesidade nas unidades de saúde, sobretudo os pertinentes ao diagnóstico e implementação do processo de cuidado, a citar: balanças, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas, estetoscópio, esfigmomanômetro, dentre outros.¹²⁰ No tocante à infraestrutura voltada à assistência à saúde ao portador de obesidade no município de Salvador, não se observa nesta o dinamismo necessário para a efetiva implementação de ações e serviços inerentes à prevenção, diagnóstico e tratamento desta enfermidade. Isto especialmente no que concerne aos serviços do setor diagnóstico e terapêutico, vez que em que pese as disposições da Portaria MS/GM n. 424/2013, acerca da imprescindibilidade do acompanhamento médico e diagnóstico adequado, no Plano Municipal de Saúde não se verifica menção a tal promoção.¹²¹

119 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 11 nov. 2023.

120 Ibidem, p. 06 et seq.

121 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

39

Quanto a esta premissa, ressalta-se que não obstante tenha se aumentado a disponibilidade de equipamentos de diagnóstico nas unidades municipais de saúde no ano de 2020, não há alusão à capacidade destes para atendimento das pessoas com obesidade e suas especificações dimensionais. Sobre isto, dentre os equipamentos disponibilizados há o tomógrafo e o aparelho de ressonância magnética, que em certos quadros clínicos demandam especificações métricas diversas para que sejam capazes de comportar o biotipo destes, além do ultrassom convencional, quando o apropriado a determinados casos de obesidade é o



ecoendoscópio, em decorrência das dificuldades ocasionadas pelo panículo adiposo.¹²² Ainda no que tange a estes serviços de apoio diagnóstico e terapêutico discriminados no citado plano, salienta-se a ausência de tópico particularizado ou menção em aspecto geral à promoção de procedimentos ou aquisição de aparelhos apropriados ao atendimento destes protagonistas. Não havendo neste, ou sequer no Plano Municipal de enfrentamento das DCNTs, a indicação das medidas a serem adotadas para a avaliação clínica do paciente portador de obesidade, com o conseqüente correlacionamento com as comorbidades para as quais se estabelece como fator de risco, acaso existentes.¹²³

Condição delicada que inflama ainda outra vertente atrelada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e adesão aos processos terapêuticos, que se trata do conseqüente constrangimento experimentado por estes indivíduos quando desta tentativa frustrada, o que ocasiona um desestímulo à procura por assistência médica especializada. Tendo-se como fomento a esta conjuntura a perspectiva culpabilizadora dos profissionais da saúde, que responsabilizam estes pacientes pelo quadro clínico apresentado e equivocadamente associam a obesidade ao desleixo e/ou ausência de comprometimento com o cuidado da saúde e manutenção do peso, em que pese a origem multifatorial e complexa desta.¹²⁴

Comportamento que acaba por atravancar a procura por acompanhamento médico e tratamento adequado, tendo em vista a ausência de atendimento humanizado e acolhedor em relação a estes indivíduos. Mormente se considerado que tais pessoas se sentem

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

122 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 223 et seq. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I

_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf . Acesso em: 15 nov. 2023.

123 Ibidem, p. 261 et seq.

124 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.06. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

40

pressionadas e continuamente julgadas, ante os estereótipos estéticos reverberados pela sociedade e a crítica constante quanto a suposta ausência de cuidado para que se atingisse tal biótipo corporal. Quando, em verdade, isto é influenciado não apenas por hábitos alimentares dos indivíduos e sua frequência na prática de atividades físicas, como já mencionado.¹²⁵

Nesta toada, o despreparo dos profissionais para lidar com a complexidade da obesidade, ante ao estigma atrelado a esta que inobserva os fatores genéticos, metabólicos, sociais e culturais que influenciam na sua ocorrência, enseja em um atendimento deficitário que não se atém a análise atenta das particularidades e necessidades destes indivíduos.¹²⁶

Inobservando-se, desta maneira, as diretrizes traçadas pela mencionada portaria para o atendimento, cuidado clínico e prestação de assistência terapêutica multiprofissional que garanta o acolhimento adequado destes (art. 2º, I, II, V, VI, VIII, IX e X).¹²⁷

Sob este prisma, adere-se ainda a esta espiral de problemáticas o fato de que a busca por serviços de saúde por parte deste público é motivada, via de regra, por outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, haja vista esta se consubstanciar como fator de risco para o seu desenvolvimento. Havendo, diante disso, uma alta demanda para a realização de atendimento curativo e individual relativo a estas, sem que se efetue um diagnóstico mais aprofundado e completo, com análise das particularidades do paciente e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado.¹²⁸

Óbices que dificultam o acolhimento e diagnóstico efetivo dos indivíduos que apresentam o citado quadro clínico, bem como a realização do tratamento adequado dos mesmos, que é tangenciado por efeitos não apenas físicos, mas também psicológicos sobre estes. Circunstância que reforça a necessidade de aprimoramento, especialmente na rede de atenção primária, da disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos

125 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf .

Acesso em: 15 nov. 2023.

126 CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI>

A.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

127 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 nov. 2023.

128 Brasil. Ministério da Saúde. Op.Cit., 2022, Loc. cit.

41 adequados para o atendimento, que ainda se demonstra escasso, em que pese tal classe consubstanciar-se como parcela significativa da população.¹²⁹
No que se refere à atuação na rede de atenção primária à saúde no município de Salvador, cumpre observar que esta se atém a redução dos riscos de adoecimento relacionados à alimentação e nutrição disposta na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Adotando, para tanto, procedimentos atinentes à Vigilância Alimentar e Nutricional nesta proposta, voltada ao diagnóstico e monitoramento do estado nutricional da população, cuja procedimentalização se encontra adstrita às ações relativas ao SISVAN nas unidades



básicas de saúde do município.130

Realizações estas compatíveis com parte das atribuições discriminadas pela Portaria n. 424/2013 para este segmento (art. 4º, inciso I, alíneas a, b e c). Porém, como tecido anteriormente, com base no cenário delineado pelos dados disponibilizados ao acesso público, não se observa na atuação municipal a prestação de assistência terapêutica multiprofissional e a garantia de acolhimento adequado aos indivíduos portadores de obesidade. Feitos indicados pela citada portaria como atribuições da rede de atenção primária perante a linha de cuidado instituída para prevenção e tratamento da obesidade (art. 4º, inciso I, alíneas d e g).131

Neste diapasão, detendo-se a atenção à referida linha de cuidado, cumpre rememorar que a instituição desta pelas unidades federativas, em condição prioritária na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas, foi também estabelecida pela Portaria n. 424/2013, ao redefinir as diretrizes pertinentes a esta temática.132 Possuindo como finalidade a oferta de ações e serviços de saúde de modo integrado e harmônico entre os diferentes segmentos que compõem a RAS (atenção básica/primária e especializada de média e alta complexidade), garantindo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado clínico.133

129 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.13.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

Acesso em: 15 nov. 2023.

130 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022, p. 43.

Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

131 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 nov. 2023.

132 Ibidem.

133 Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em:

[https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf)

[pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf](https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf). Acesso em: 15 out. 2023.

42
Todavia, nem todos os estados a implementaram, vez que apenas o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Acre, Distrito Federal, Goiás,



Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe a instituíram, ao tempo que os estados de Alagoas, Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí e Tocantins estão debatendo e trabalhando para a instituição desta, não tendo sido encontradas até o presente momento informações acerca da efetiva instituição das mesmas.

Neste tom, destaca-se que não foram disponibilizados dados e informações acerca da implantação de uma linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade no estado da Bahia. O único documento encontrado acerca da gestão de atendimento e cuidado desses indivíduos trata-se do Protocolo de atendimento e acompanhamento de pessoas com obesidade elaborado pelo Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), com o intuito de regular os critérios de encaminhamento de pacientes para este.¹³⁴

Nota-se, assim, uma deficiência na implantação de protocolos e fluxos de cuidado nas instâncias iniciais de atendimento da rede de atenção primária à saúde (APS) no Estado da Bahia, que reverbera na gestão promovida pelo Município de Salvador, não se observando uma atuação preventiva a obesidade de modo a evitar o agravamento da condição clínica e desenvolvimento de outras comorbidades. Quanto a isto, não foram disponibilizados nos bancos de dados e documentos de acesso público informações relativas ao abastecimento e suficiência de equipamentos necessários para o atendimento, diagnóstico e tratamento da obesidade, bem como formação e capacitação de profissionais da saúde.

Noutro tom, em meio a este crítico cenário é válida a menção à instituição do Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (Cedeba), o qual oferece uma rede integrada de atenção ao paciente, com atendimento multidisciplinar em áreas referentes ao desenvolvimento de possíveis complicações e comorbidades a estas atreladas. O mesmo apresenta uma atuação integrada a das demais unidades de saúde que compõem a rede de atenção primária, as quais realizam a interlocução e encaminhamento dos pacientes. No entanto, este apresenta critérios restritivos para a admissão, englobando:¹³⁵

Paciente de 18 a 60 anos com obesidade grau 3 (IMC > ou = 40) com ou sem comorbidades ou grau 2 (IMC entre 35 e 40) com pelo menos duas comorbidades

134 Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

135 Ibidem.

43

relacionadas ao excesso de peso, desde que estejam sensibilizados e predispostos a fazer mudanças de estilo de vida visando perda ponderal e com acompanhamento regular na Atenção Primária por pelo menos 01 ano. 136

Ademais, destaca-se que no ano de 2020 foi incorporado ao Hospital Municipal de Salvador (HMS) o serviço de cirurgia bariátrica, compreendido como um importante meio de tratamento da obesidade e suas comorbidades. Integrando-se nesta área de atuação com o citado Cedeba, instituído décadas antes (24/03/1994), cujo ambos dispõem de

uma equipe composta de médicos, endocrinologistas, psicólogos e nutricionistas voltados ao acompanhamento destes indivíduos para a identificação da adequação do procedimento e sua consequente realização.¹³⁷

Neste ensejo, entende-se pela observância às atribuições do componente de atenção especializada quanto à identificação de casos de realização do procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhamento destes para as unidades apropriadas para tal promoção, ante ao esgotamento das possibilidades terapêuticas na APS (art. 4º, inciso II, alínea a, itens 1, 2 e 3). Contudo, não se tem menção ao importante acompanhamento terapêutico multiprofissional no pós-operatório a ser desempenhado na rede de atenção especializada hospitalar (4º, inciso II, alínea a, itens 5 e 6, c/c alínea b, itens 1, 3 e 5).¹³⁸

5. CONCLUSÃO.

O presente trabalho se propôs a esquadrihar os coeficientes de efetividade da tutela jurídica do direito à saúde das pessoas com obesidade no Município de Salvador, sobretudo no que concerne às ações e serviços desempenhados na rede de atenção primária e especializada do SUS. Isto ante a potencial invisibilização desses indivíduos no sistema de saúde, em que pese a existência de instrumentos normativos que versam especificamente acerca

136 Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em:

<http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao>

-de-criterios-de-matricula.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

137 Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º

ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021, p. 277 et seq. Disponível em:

[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I)

[_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I) . Acesso em: 15 nov. 2023.

138 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a

organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude>

[legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 out. 2023.

44

desta matéria, os quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos diferentes níveis que compõem esta rede de assistência, a citar: as Portarias MS/GM n. 424 e 425/2013.

Neste ensejo, impende destacar o reconhecimento desta doença como problema de saúde pública, haja vista que além dos altos índices de incidência apresentados, que já alcançam proporções epidêmicas, esta se consubstancia como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs, a citar: hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias.

Enfermidades que, inclusive, são as responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade desta

capital, conforme dados disponibilizados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), o que evidencia os impactos exercidos pela obesidade nos índices de morbidade e mortalidade, interferindo na duração e qualidade de vida destes protagonistas.

Ademais, salienta-se ainda os drásticos impactos financeiros exercidos pelos gastos com esta patologia no sistema de saúde, o qual exige um considerável despendimento econômico por parte do Estado, que já alcança a monta de R\$1,49 bilhões de reais por ano, comprometendo-se significativamente o orçamento estatal para estes gastos. Panorama geral que evidencia a necessidade de se debater a eficácia dos instrumentos normativos existentes acerca da matéria, de modo a potencializar a estruturação da rede de atenção primária e especializada voltada à prevenção e tratamento da obesidade e a garantia de acesso à saúde de qualidade, enquanto direito fundamental constitucionalmente assegurado.

Neste tom, este trabalho foi desenvolvido mediante a aplicação do método de pesquisa bibliográfica, lastreada em material publicado a respeito da temática, especialmente livros, periódicos, artigos, cadernos de saúde, relatórios publicados em plataformas governamentais e legislação existente acerca da matéria. Tendo se utilizado, ainda, de abordagem metodológica qualitativa, voltada ao entendimento e avaliação do objeto de pesquisa, vinculada ao método hipotético-dedutivo de Karl Popper, cujas hipóteses formuladas são submetidas ao processo de falseamento para a identificação da solução do problema de pesquisa explicitado.

Sob este prisma, para se alcançar uma compreensão da realidade acerca dos efeitos da aparente invisibilização das pessoas com obesidade no sistema de saúde e da necessidade ou não de elaboração de instrumentos legislativos voltados especificamente às necessidades dos indivíduos com obesidade, estabeleceu-se quatro objetivos específicos. Sendo o primeiro pertinente a identificação da regulamentação do direito à saúde, do seu status no ordenamento jurídico e quais os meios e sistemas elaborados pelo Estado para a efetivação do acesso à saúde, enquanto garantia de um mínimo existencial nesta esfera.

45

No que concerne a este, observou-se que a regulamentação geral do direito à saúde encontra-se disposta na Constituição Federal, em que é reconhecida como um direito social, nos termos do art. 6º, e elevada a condição de direito fundamental. Sendo que, no referido diploma, esta matéria encontra-se disciplinada em seção específica deste, compreendida entre os artigos 196 e 200, que estabelecem as normas para os desdobramentos de sua gestão e efetivação perante a população brasileira. Visando-se a garantia e ampliação do acesso às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de prestações materiais positivas e providências jurídico-normativas.

Conjuntura sob a qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e descentralizado, que encontra-se disposto no art. 198 do diploma constitucional e é regulamentado de forma mais específica nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e 8.142/1990 que delineiam o arcabouço legal e principiológico para seu funcionamento. Isto enquanto suporte para a efetivação da política de saúde do país, por estabelecer um conjunto de ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. No que concerne ao segundo objetivo específico, este refere-se à análise das principais estratégias formuladas pelo sistema público de saúde para o controle do número de



casos de obesidade no país, atendo-se à identificação das bases legais existentes acerca da matéria. Tendo-se, nesta oportunidade, verificado a instituição de uma série de portarias atinentes à estruturação da rede de atenção primária e especializada do SUS para atendimento destes indivíduos, as quais estabelecem as principais diretrizes e atribuições dos segmentos que a compõem para a prevenção e tratamento da obesidade.

Sendo que, nas Portarias mais recentes (PRTs MS/GM n. 424 e 425/2013) foi conferida maior relevância a realização do diagnóstico apropriado dos pacientes, centrado nas particularidades e necessidades destes, mediante identificação de seu estado nutricional e estratificação consoante a presença de outros fatores de risco e comorbidades. Isto além da importância creditada ao acompanhamento terapêutico adequado, com encaminhamento para serviço especializado e adoção de modelo com abordagem terapêutica integral e intersetorial, malgrado não se observe a efetivação destas realizações no município de Salvador.

No que tange ao terceiro objetivo específico, convergente a verificação de como se dá a operacionalização dos eixos estratégicos para que abarque as necessidades da população obesa assistida, tal informação encontra-se também disciplinada na Portaria n. 424/2013. Isto considerando que, como discorrido no desenvolvimento deste trabalho, esta engloba as principais atribuições dos níveis de atenção básica, especializada e dos sistemas

46
logísticos e de apoio à saúde, esmiuçando inclusive os encargos dos subcomponentes da atenção especializada (ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência), ao estabelecer as atividades a serem desempenhadas intersetorialmente nestes.

Já no que diz respeito ao quarto e último objetivo específico, pertinente a identificação das barreiras enfrentadas para a garantia do acesso à saúde às pessoas com obesidade, sobretudo nesta capital, constatou-se: a ausência de abordagens abrangentes e não reducionistas no âmbito de atendimento médico, acentuada pela falta ou acesso insuficiente a infraestrutura física e equipamentos adequados ao acompanhamento destes indivíduos nas unidades de saúde. Deficiências agravadas pelo diagnóstico nutricional tardio e deficitário, ante a perspectiva culpabilizadora e despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a complexidade da obesidade, que desestimula a procura por assistência médica especializada. Aglutina-se ainda a este encadeamento a questão da busca por ações e serviços de saúde ser motivada, majoritariamente, pela manifestação de outras comorbidades associadas à obesidade, tais quais hipertensão, diabetes e dores articulares, que em sua maioria não são correlacionadas com a mesma. Dificultando-se, desta forma, o diagnóstico mais aprofundado, com análise das particularidades dos pacientes e o necessário encaminhamento para serviço especializado e cuidado continuado, com a conseqüente garantia de uma melhor qualidade de vida para estes.

Informações estas que comungam com as alegadas limitações diagnósticas e terapêuticas indicadas em virtude da inobservância de importantes disposições previstas nas aludidas portarias, que se destinam a operacionalização das ações e serviços de prevenção e tratamento da obesidade. Considerando que, apesar do crescente aperfeiçoamento da gestão pública no âmbito da saúde, ainda se nota a precariedade no que tange ao diagnóstico apropriado e encaminhamento para atendimento especializado, sendo tal conjuntura circundada pela parca disponibilidade de infraestrutura física, profissional e de equipamentos adequados.

Confirmando-se, assim, as hipóteses levantadas acerca da problemática.



Diante de tudo quanto exposto, observa-se que no tocante a conjuntura analisada não se faz necessária a elaboração de novos instrumentos normativos para estabelecimento de diretrizes e operacionalização das redes de assistência à saúde do SUS, mas sim a implementação efetiva das disposições das portarias já existentes que regulam a matéria. Isto tendo em vista que, as previsões nestas existentes já se debruçam sobre as necessidades a serem observadas para que seja promovido o diagnóstico adequado da população obesa, com acompanhamento especializado, dotado de infraestrutura técnica e profissional, ante a busca por profissionalização do corpo de trabalho que a compõe.

47

Sendo estabelecido por estas, ainda, toda a divisão de atribuições entre os diferentes segmentos que a integram, de forma a corroborar com a colaboração entre estes, possibilitando uma atuação intersetorial e dinâmica, com assistência não apenas reparativa, mas também preventiva, atendendo às disposições gerais tecidas quanto à garantia do direito à saúde. Note-se que, até mesmo os projetos de lei elaborados nesta esfera voltam-se a busca de garantia de coeficientes de efetividade de disposições já constantes nas mesmas, seja em relação ao atendimento especializado com infraestrutura adequada ou a autorização e custeio de cirurgias plásticas reparadoras das alterações corporais ocasionadas pela cirurgia bariátrica. Necessita-se, portanto, especialmente no âmbito do município de Salvador, da efetiva implementação das diretrizes e atribuições constantes nas Portarias e Políticas Nacionais elaboradas acerca da temática, tal qual a instituição da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, dentre outras realizações nestas constantes. Isto porque, conforme se extrai das informações sobre a atuação municipal, angariadas nas plataformas de dados governamentais disponíveis e nas documentações disponibilizadas ao acesso público, especialmente os planos municipais de saúde e de enfrentamento às DCNTs, este ainda não implementou as principais medidas para acompanhamento destes indivíduos. Neste diapasão, salienta-se que em que pese as tentativas, não foram encontradas ou fornecidas maiores informações acerca da instituição, no município, da linha de cuidado voltada especialmente para a prevenção e tratamento da obesidade, bem como das políticas públicas implementadas visando tal feito ou dos processos de cuidado direcionados ao acompanhamento deste público. Ademais, não se disponibilizou também dados acerca da infraestrutura técnica, profissional e material existente no município para a devida prestação da assistência médica a ser direcionada a esta parcela substancial da população, sendo esta ausência de acesso ou existência a informação também compreendida como tal. Circunstância diante da qual se propõe que, para pesquisas futuras, se angarie mais informações acerca da gestão desempenhada no município no âmbito da rede de assistência primária e especializada do SUS, com destaque às ações e serviços implementados por este para prevenção e tratamento da obesidade. Sobretudo, se houve a instalação de uma linha de cuidado prioritária específica para esta esfera, como discriminado nas portarias vigentes acerca da temática, ou se há planos para a sua futura implementação, com a adoção do plano de atribuições nesta discriminados.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, Maria Ilk Nunes de. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. UNA-SUS UFPE. Recife: [s.n.], 2015. Disponível em:
https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pdf
. Acessado em 09 de março de 2023.

Anjos, Luiz Antonio dos. Obesidade e Saúde Pública. 20.ed.Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006.

Bahia. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA). Protocolo de Acompanhamento de Pessoas com Obesidade. 1ª edição, Versão eletrônica, 2020, p. 16. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/TeleCedeba-Protocolo-obesidade-com-atualizacao-de-criterios-de-matricula.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia ? Cedeba. Disponível em:
<https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cedeba/>. Acesso em: 16 out. 2023.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Obesidade e Sobrepeso. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dae/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Epidemia de Obesidade e as DCNT. Causas, custos e sobrecarga no SUS. In: DE REZENDE, Leandro Fórnia Machado. Disponível em:
<https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 29 set. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. 20. ed. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em:
<http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/06/Atualizacao-2011.pdf> . Acesso em 27 de agosto de 2023.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivi_l_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.



Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em:
<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas.> Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/sociedade/resoc182_sibutramina_obesidade.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2022, p.05. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf . Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120902-perspectivas-e-desafios-no-cuidado-as-pessoas-com-obesidade-no-sus.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html#>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.htm. Acesso em: 15 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao

Indivíduo com Obesidade. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Aprova a inclusão de procedimentos de cirurgia plástica corretiva na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS. Disponível em: <https://www.sbccc.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 628, de 26 de abril de 2001. Aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida ? gastroplastia no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1569_28_06_2007.html. Acesso em: 09 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica n. 38. Brasília: Editora MS, 2014b. 214 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>. Acesso em: 24 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

Brasil. Senado Federal. Matérias Bicamerais: Projeto de Lei nº 3526, de 2020. Disponível

em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3526-2020>.
Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Parecer nº 25 da Comissão de Assuntos Econômicos, de 30 de maio de 2023. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9373332&ts=1697054195893&disposition=inline&_gl=1*x4lmtf*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTg2NTcyMC40LjEuMTY5OTg3MDMwNy4wLjAuMA? Acesso em: 11 nov. 2023.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 3.526, de 26 de junho de 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde a disponibilizarem equipamentos médico-assistenciais adequados ao atendimento da pessoa obesa. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8126812&ts=1674177542153&disposition=inline&_gl=1*xkqdyi*_ga*NDIwNDQyODgwLjE2OTMxMzM4MzA.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5OTgyNjUyNC4zLjEuMTY5OTgzMTY4Ny4wLjAuMA.. Acesso em: 05 nov. 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator(a): MIN. LUIZ FUX. Brasília, DJ 05 mar. 2015. Disponível em:
https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&n_umero_Processo=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793 . Acesso em 10 de maio de 2023.

CFN ? CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Live: ?Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento?: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Brasília: CFN, 2020. Disponível em:
https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBI_A.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

Cunha Júnior, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

Faria, Cristina Maiara de Paula; Pinto, Estela Baldani; Romanowski, Karyn Lemes. Obesidade, sociedade e cultura. In: Scomparin, Dionizia Xavier (org.). Obesidade: uma epidemia mundial. Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2021. Disponível em
<https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/c419f-ebook-obesidade-uma-epidemia-mundial.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

Jardim, Eduardo Marcial Ferreira. A constituição federal e a saúde pública no brasil: Visão crítica sob a óptica tributária e financeira. Propostas. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista Eletrônica da Academia Brasileira de Direito Constitucional, v. 11, n. 20, p. 111-153, 3 nov. 2020.

Malta, Deborah Carvalho. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública. São

Paulo, 2017;51 Supl 1:4s, p. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2023.

Melo, Adriana Zawada. Seção II, da Saúde, art. 196. In: MACHADO, Costa (org.); FERRAZ, Anna Cândida da Cunha (Coord.). Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Barueri: Manole, 2020.

Moraes, Alexandre de. Direito constitucional. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

Paulsen, Leandro. Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006.

Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Corso, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Revista de Nutrição. Campinas: V. 17, out./dez., 2004, p.01. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. 1º ed. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Salvador. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Plano Municipal de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMDANT-2022-2030_aprovado-pelo-CMS-em-25.05.22.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

Souza, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e Sociedade. São Paulo: v. 19, 2010, p.03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27/05/2023.

Tardido, Ana Paula; Falcão, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. Rev bras nutr clín, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

WHO. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 17 set. 2023.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 28 mai. 2023.