ADRIANA MOTA GUSMÃO DA SILVA

**Produção do cuidado em obesidade: cartografando uma unidade básica de
saúde**

**São Paulo
2018**

ADRIANA MOTA GUSMÃO DA SILVA

**Produção do cuidado em obesidade: cartografando uma unidade básica de
saúde**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Yara Maria de Carvalho

São Paulo
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Silva, Adriana Mota Gusmão da.

Produção do cuidado em obesidade: cartografando uma unidade básica de saúde / Adriana Mota Gusmão da Silva; orientador Yara Maria de Carvalho -- São Paulo, 2018.

119 p.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Atenção básica à Saúde. 2. Cuidado. 3. Obesidade. I. Carvalho, Yara Maria de. II. Título.

Silva AMG. Produção do cuidado em obesidade: cartografando uma unidade básica de saúde. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Ao Meu filho Guilherme...

Pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem tenta buscar novos caminhos.

Se não fosse por você nenhuma conquista valeria a pena.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, nosso criador, que em vários momentos não me deixou desistir. As nossas longas conversas foram necessárias para que eu aguentasse firme e não fraquejasse, por mais difícil que estivesse sendo. A Ele minha eterna gratidão!

Aos meus pais, Djalma e Anadete, sinônimos de força e amor, por terem acreditado em cada um dos meus sonhos, por sempre me incentivarem e, principalmente, por sentirem orgulho de cada vitória minha! Obrigada por estarem cuidando do meu bem mais precioso e por serem exemplos de vida pra mim e pra ele. Sem vocês como guias, eu não trilharia nem metade desse caminho... Obrigada, Mainha, por ter sido guerreira e me dar a chance de te alegrar com mais essa vitória. Sem você aqui tudo estaria bem difícil! Painho, você é um exemplo de pai e esposo; obrigada por ser o nosso alicerce!

Aos meus irmãos, Paula, Celo, Leo e Nay, meus espelhos, inspirações para minha vida. Cada um à sua maneira, mas todos com tanto amor!

Aos professores, por todos os ensinamentos, por fazerem com que o cumprimento de 51 créditos não fosse uma tarefa tão árdua e aos meus colegas, por tanto carinho e por todas as discussões em sala de aula. Em especial à Hilma, colega das orientações e que muito colaborou!

À Banca, por aceitarem de prontidão essa tarefa! À minha Orientadora Yara, ser iluminado. Fez-me acreditar que existem orientadoras zens e do bem. Obrigada pela inspiração para a vida!

Aos meus queridos amigos, pelo apoio; a TODOS os amigos. Uns mais presentes, outros torcendo de longe. À Analice e à Aurinda pelos bons momentos compartilhados! Agradeço em especial aos casais mais lindos: Bruna e Flávio, Paola e Guilherme, Ariana e Zé; vocês são meu porto seguro em uma terra em que “filho chora e mãe não vê...”, mas ainda bem que tenho vocês sempre presentes em todas as minhas dificuldades e em todos os momentos de alegria. Obrigada por TUDO!

Aos profissionais e pacientes da AMA/UBS Integrada São Vicente de Paula, pela colaboração, carinho e acolhimento!

Ao meu namorado Elton, que chegou à minha vida como um presente. Você é companhia e cuidado... "Que não seja imortal, posto que é chama, mas que seja infinito enquanto dure..." . Obrigada por me aguentar nos momentos de estresse e angústia...

Por fim, ao meu grande e eterno amor, meu filho Guilherme, meu maior incentivador e conselheiro. Meu amor mais puro e verdadeiro. Obrigada "mami", por saber lidar com tanta saudade, por estar tão presente mesmo distante e por me fazer ter a certeza de que Deus escolheu o melhor para ser meu!

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: 'Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver.

(Heidegger)

RESUMO

Silva AMG. Produção do cuidado em obesidade: cartografando uma unidade básica de saúde [dissertação de mestrado profissional]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Original.

A busca pela melhoria da atenção à saúde no Brasil vem, ao longo do tempo, traçando um caminho marcado por enfrentamentos e desafios que mostram cada vez mais a importância da Atenção Básica nesse contexto. Neste trabalho, o tema do cuidado se mostra relevante, pois busca mostrar a essência das práticas de saúde na atenção básica, em um momento de desmonte e sucateamento das políticas públicas. Nessa perspectiva, foi realizada uma cartografia, um estudo qualitativo, que teve como objetivo desvelar o cuidado prestado pelos profissionais atuantes em uma unidade básica de saúde, à pessoa com obesidade. A cartografia nos leva a entender o percurso do cuidado, os caminhos percorridos pelos usuários nos serviços. A análise dos dados foi amparada pela elaboração de temas: integralidade em saúde, linha de cuidados, prática profissional, percepções quanto à rede de saúde e o território, determinantes sociais e o processo saúde x doença, dificuldades, possibilidades e queixas, atividades realizadas, vínculo e expectativas. Porém, no método cartográfico, a análise se dá ao longo de todo o processo e pressupõe que os momentos de produção, análise e discussão de dados aconteçam simultaneamente. Os resultados apontaram para o fato de que alguns temas, muitas vezes, passam despercebidos, e no caso da obesidade e sobrepeso, apesar de alguns avanços, a gestão ainda os vem tratando pela lógica hospitalocêntrica, médico e nutri centrada; porém, o estudo e a vivência in loco indicaram outros entendimentos do cuidado, que vão além do cuidar da doença, mas o cuidar comprometido em reduzir o sofrimento, ainda que os profissionais cuidadores sofram pelo sentimento de impotência e ainda convivam com a falta de capacitação e incentivo. Os achados enfatizam os entraves para a efetivação do vínculo, da continuidade do cuidado, do trabalho em equipe. Mas também mostrou uma vontade de cuidar, mostrou experiências exitosas e um comprometimento para vislumbrarem avanços nas práticas em saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde. Cuidado. Obesidade.

ABSTRACT

Silva, AMG. Obesity care production: mapping a basic health unit [professional master's dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2017. Original version.

The search for improvement of health care in Brazil has been treading a challenging path over time, that have increasingly shown the importance of Basic Attention in this context. The issue of care is relevant in this work, as it aims to show the essence of health practices in basic care, at a time of dismantling and scrapping of public policies. In view of this, the work carried out a cartography and a qualitative study, whose objective was to reveal the care that Basic Health Unit professionals provide to people suffering from obesity. Cartography leads us to understand the course of care and the path taken by users of this services. The data analysis was supported by drawing some themes: health comprehensiveness, line of care, professional practice, perceptions regarding the health network and the territory, social determinants and the health x disease process, difficulties, possibilities and complaints, activities performed, bond and expectations. However, in cartographic method, the analysis takes place throughout the entire process and assumes that the moments of production, analysis and discussion of data take place simultaneously. The results pointed out that some subjects often go unnoticed. In the case of obesity and overweight, despite some advances, health management has been dealing with it by a hospital-based, medical and nutritional logic. Nevertheless, on-the-spot study and experience have shown other ways of understanding the health care, that go beyond a “disease care” and bring a kind of care committed to reduce suffering, even though caregivers suffer from a feeling of powerlessness, and deal with the lack of training and incentive. The findings of study emphasize the barriers to effective bonding, continuity of care, and teamwork. But it also showed a desire to care, successful experiences and a commitment that allow us to see advances in health care practices.

Keywords: Basic Attention, Care, Obesity

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
ABRASCO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
ACE	AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
ALESP	ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
ANVISA	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
AMA	ASSITÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL
AME	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES
ASF	ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL
CEINFO	COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO
CEJAM	CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DR. JOÃO AMORIM
CEO	CENTRO ESPECIALIZADO DE ODONTOLOGIA
CER	CENTRO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO
CF	CONSTITUIÇÃO FEDERAL
CGL	CONSELHO GESTOR LOCAL
CIT	COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE
CLT	CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS
CMS	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
CRAS	CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
CREAS	CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DA ASSIST. SOCIAL
CTA	COMISSÕES TÉCNICAS DE ACOMPANHAMENTO
DAB	DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
DCNT	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
EC	EMENDA CONSTITUCIONAL
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
FASM	FACULDADE SANTA MARCELINA
FFM USP	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA
FO USP	FACULDADE DE ODONTOLOGIA USP
FUNSAI	FUNDAÇÃO NOSSA SENHORA AUXILIADORA DO IPIRANGA
GM	GABINETE MINISTERIAL

HC	HOSPITAL DAS CLÍNICAS
IABAS	INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA EM SAÚDE
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IDH	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
IMC	ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
ISA	INQUÉRITO DE SAÚDE
MP	MINISTÉRIO PÚBLICO
MPP	MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NASF	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
NPJ	NÚCLEO DE PROTEÇÃO JURÍDICA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
OS	ORGANIZAÇÃO SOCIAL
OSCIP	ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO
OSS	ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PAI	PROGRAMA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS
PAS	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A SAÚDE
PEC	PROJETO DE EMENDA CONSTITUCIONAL
PICS	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
PL	PROJETO DE LEI
PMAQ	PROGRAMA DE MELHORIA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PNPIC	POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
PSE	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA
PSDB	PARTIDO DA SOCIAL DEMOCRACIA BRASILEIRA
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PROCON	POLÍTICA DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR
PS	PRONTO SOCORRO
PT	PARTIDO DOS TRABALHADORES
RAS	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
RH	RECURSOS HUMANOS
SBEM	SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

SBCBM	SOC. BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA
SECONCI	SERVIÇO SOCIAL DA CONSTRUÇÃO CIVIL
SESC	SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SPDM	ASSOCIAÇÃO PAULISTA P O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
STS	SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UNAERP	UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
USP	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
URSI	UNIDADE DE REFERÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA
VAN	VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
VIGITEL	VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO POR DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO

APRESENTAÇÃO

No ano de 2002 terminei a graduação em Serviço Social pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). No ano seguinte, iniciei minha jornada profissional em Cordeiros, município de aproximadamente 10.000 habitantes, localizado no sertão da Bahia. Em 2004, começa o meu caminho pelo território da saúde, quando fui convidada para assumir, como gestora, a Secretaria Municipal de Saúde do município. Fui surpreendida com muitos desafios, dentre eles, estava o de implantar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), chamada até então de Programa de Saúde da Família (PSF). Desafio cumprido, o que me proporcionou um aprendizado imenso e uma verdadeira paixão pela saúde pública e pela atenção básica.

Trabalhar na atenção básica me mostrou o quanto é importante o desenvolvimento de ações para a melhoria da qualidade de vida da população no âmbito individual e coletivo, envolvendo promoção, prevenção e recuperação da saúde. Mais importante ainda é conseguir resolver os problemas de saúde dos usuários em um município distante 160 km da “rede de atenção à saúde”, que fica em Vitória da Conquista - as Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes graus de tecnologia que buscam garantir a integralidade do cuidado - e mais ainda, englobar universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade, participação social e humanização.

Desse modo, muito me inquietava o quanto o usuário poderia ser considerado em sua singularidade, complexidade e integralidade em municípios de pequeno porte (MPP). Diante disso, pude perceber a centralidade do papel dos trabalhadores, pois o trabalho na atenção básica se cumpre, principalmente, a partir das relações que se estabelecem entre o profissional e o usuário e entre os profissionais como equipe de trabalho. São nessas relações que ocorrem mudanças no cotidiano dos espaços de saúde.

No ano de 2009, decidi me especializar e busquei a Residência Multiprofissional de Saúde da Família. Iniciei o curso em setembro de 2009 na Faculdade Santa Marcelina (FASM) em São Paulo. Durante dois anos de residência pude agregar um grande conhecimento sobre atenção básica e principalmente sobre o processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Permaneci, nesse período, em uma Unidade Básica de Saúde no bairro Guaianases, extremo leste do município de São Paulo. Questionei-me, algumas vezes, em relação ao

verdadeiro acolhimento, à integralidade da maneira como deve ser, ao cuidado em saúde, ao acompanhamento longitudinal e não apenas referência e contra referência e também, como os determinantes sociais influenciavam nas práticas dos profissionais.

Durante o período da residência, eu fiz o estágio que fazia parte do processo de formação no Ministério da Saúde, em Brasília. Por um mês, estive inserida no dia a dia do Departamento da Atenção Básica (DAB). O DAB normatiza e coordena a implantação de políticas e programas estratégicos no âmbito do Ministério da Saúde, entre elas: a Estratégia Saúde da Família; Brasil Sorridente; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); Programa Telessaúde Brasil Redes; Equipes de Consultórios na Rua e o Programa Saúde na Escola (PSE). Durante esse período pude vivenciar o lado da gestão macro, com um olhar de cima para baixo, e me permitiu o contato com situações que possibilitaram refletir sobre as tomadas de decisões na gestão da Atenção Primária no Brasil. Experiência ímpar e gratificante que ficará sempre marcada em minha memória e em minha trajetória profissional.

A busca pela estabilidade de emprego me afastou por um tempo do trabalho na atenção básica. Por ter sido aprovada em um concurso público no ano de 2011, iniciei meu trabalho como Assistente Social na Faculdade Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). No entanto, não me distanciei completamente, sempre participando dos espaços de discussão.

Querendo adquirir mais conhecimentos na área, em 2015 ingressei no Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. Fui contemplada com uma orientadora que acolheu minhas ideias e embarcou junto comigo no meu tema. O mestrado Interdisciplinar sempre será um ganho para os profissionais que decidem cursá-lo. A troca de experiências, a possibilidade de discutir os conteúdos com profissionais das mais diferentes áreas nos trazem um crescimento e uma visão diferenciada da saúde pública.

Em maio de 2017, retorno para a atenção básica no turno oposto ao da FOUSP, atuando como Assistente Social da AMA/ UBS Integrada São Vicente de Paula, no bairro do Ipiranga. Por três meses, esse foi o meu espaço profissional e o meu campo de pesquisa. Algo extremamente importante para quem, como eu,

realizaria uma cartografia era estar inserida diariamente e em contato direto com meu universo de estudo. Após três meses, fui transferida para a AMA/UBS Integrada Americanópolis, na periferia do Jabaquara onde estou até os dias atuais.

Atrelada à vida profissional, a minha vida pessoal é ligada a um tema nem sempre tão enfatizado em nível de atenção básica: a obesidade. Em 2013, me submeti à cirurgia bariátrica, porém, como não tinha plano de saúde e não tive a paciência de aguardar dois anos na fila do Sistema Único de Saúde (SUS), fiz pela rede privada, pagando pelo procedimento um valor exorbitante. Como sempre fui motivada pelo cuidado no campo da saúde, comecei a pensar quais e como seriam as atividades voltadas para o paciente com obesidade e sobrepeso na atenção básica, como se dava a relação entre os usuários e profissionais de saúde e as relações nas equipes de saúde nesse sentido. E algumas vivências me faziam acreditar que esse tema ainda era tratado com uma forte presença de medicalização, com uma assistência “médicocentrada” ou “nutricentrada”. E isso provocava em mim grandes inquietações.

Deparei-me com questionamentos de como seria o cuidado com a obesidade SUS, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), levando em conta as necessidades dos usuários e os conhecimentos dos profissionais de saúde inseridos nesses espaços. Isso evidenciou a necessidade de se estudar o cuidado em obesidade com a perspectiva da integralidade, sendo esse o princípio que organiza as práticas na área da saúde, atreladas a uma nova forma de intervir de profissionais preparados para ouvir com qualidade, entender e acolher, e, a partir daí, atender às necessidades das pessoas com obesidade.

A opção por esse estudo se deve ao fato de eu entender que as práticas profissionais são efetivadas na realidade e no cenário de contradições inerentes à nossa sociedade, onde o trabalho em saúde deve superar a individualidade dos saberes, tendo como foco o usuário e não a doença. Nesse sentido, a intervenção interdisciplinar e o trabalho atrelado com a rede de atenção à Saúde e com outras áreas surgem nesse contexto como elementos importantes para o cuidado em obesidade.

Existe uma maior necessidade de serem avaliadas as ações de atendimento ao paciente com obesidade, usuário do SUS, e de se entender qual cuidado tem sido produzido no cotidiano. São muitos os estudos epidemiológicos sobre a obesidade, porém há poucos estudos que mostram a relação: profissional e

paciente, bem como o impacto da produção do cuidado. Não temos bibliografia suficiente sobre a linha de cuidados do sobrepeso e obesidade. A linha de cuidados visa a desenhar o itinerário dos usuários na rede de saúde através de um acompanhamento longitudinal e integral.

A pesquisa apresenta-se com o objetivo de cartografar o cuidado em obesidade em uma UBS. Pretende-se observar os movimentos, os percursos, conhecendo-se as práticas dos profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia de um serviço de saúde, compreender o itinerário do usuário nesse espaço. Assim, ao propor este estudo, busca-se fazer um exercício de reflexão sobre os aspectos do cuidar da obesidade. Propõe-se a pensar o cuidado na atual conjuntura, diante de todas as transformações trazidas pelo projeto neoliberal e pela crise do capital. Como cuidar da saúde do outro diante de tanto retrocesso e desmonte das políticas de saúde? Quem está cuidando dos trabalhadores que cuidam?

O presente trabalho está estruturado em introdução e referencial teórico que se divide em quatro tópicos: o primeiro traz o contexto da atenção básica de Alma Ata à nova PNAB; o segundo tópico traz um breve histórico da implantação do SUS e da atenção básica no município de São Paulo, de Luiza Erundina a João Dória; o terceiro aborda a atenção básica e o movimento feito para o cuidado em obesidade e o quarto e último faz uma reflexão sobre a saúde e o neoliberalismo, o desmonte do SUS, a precarização do trabalho e os reflexos na produção do cuidado. Logo após, trago os procedimentos metodológicos e a Cartografia que se envolve com os meus achados, que traz os meus resultados de uma forma agradável e prazerosa. Cartografar foi um desafio, pois foi um processo que foi tomando forma aos pouquinhos, sendo desvelado a cada dia em que estive inserida no meu campo de pesquisa.

Espero com esta pesquisa poder contribuir no fortalecimento de ações voltadas para o cuidado em obesidade na atenção básica e que seja estímulo para os profissionais que estão inseridos no dia a dia dos equipamentos de saúde, que cuidam e que merecem todo o cuidado também.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: DE ALMA ATA À NOVA PNAB	23
2.2	O SUS E A ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - UM BREVE HISTÓRICO DE LUIZA ERUNDINA A JOÃO DÓRIA	28
2.3	COMO A ATENÇÃO BÁSICA SE MOVE NO ÂMBITO DO CUIDADO EM OBESIDADE	32
2.3.1	<i>Cenário da obesidade na contemporaneidade: epidemiologia e produção do cuidado na Atenção Básica</i>	32
2.3.2	<i>Mas afinal, cuidar é?</i>	41
2.4	SAÚDE E NEOLIBERALISMO: REFLEXÕES SOBRE O DESMONTE DO SUS, A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E OS REFLEXOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO	44
2.4.1	<i>Os intensos ataques ao SUS: Quem está pagando o pato?</i>	44
2.4.2	<i>Novas formas gerenciais: as OSSs em São Paulo</i>	48
2.4.3	<i>Precarização do trabalho: quem está cuidando de quem cuida?</i>	52
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	55
4	“CARTOGRAFANDO” A UBS SÃO VICENTE DE PAULA	60
4.1	“CARTOGRAFANDO”	60
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	62
4.3	O CAMINHO TRILHADO E OS ACHADOS PELO CAMINHO	66
4.4	FLUXOGRAMA ANALISADOR: O CAMINHAR DO USUÁRIO	87
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICES	104
	ANEXOS	107

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, o Brasil tem cerca de dezoito milhões de pessoas consideradas obesas. (SBEM, 2016). Segundo a Pesquisa de Orçamentos familiares, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008 – 2009, na última década a obesidade teve um salto de dez pontos percentuais entre a população masculina e de oito pontos entre a população feminina (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2009).

A obesidade, atualmente, se configura em um grave problema de saúde pública e sua prevalência aumentou muito nos últimos anos. Além de ser uma doença crônica, é um fator de risco para outras doenças como as cardiovasculares, hipertensão e diabetes. Essa doença se relaciona com diversos aspectos, como a herança genética, problemas endócrinos, metabólicos, sociais, culturais e estilos de vida, vindo a influenciar de forma surpreendente na saúde física e psíquica dos indivíduos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera obesidade quando o Índice de Massa Corporal encontra-se acima de 30kg/m^2 e propõe a seguinte classificação: obesidade grau I, quando o IMC está entre 30 e $34,9\text{ kg/m}^2$; grau II, quando o IMC está entre 35 e $39,9\text{ kg/m}^2$; e obesidade grau III ou obesidade mórbida, quando o IMC ultrapassa 40kg/m^2 . O tratamento da obesidade envolve várias abordagens iniciais como o atendimento com nutricionistas, tratamentos medicamentosos, atividade física, entre outros. Porém, vários pacientes que não respondem a essas terapias, necessitam de intervenção cirúrgica.

A Cirurgia Bariátrica e Metabólica está consolidada como um tratamento eficaz contra a obesidade grave. O avanço de técnicas e tecnologias levou a especialidade a se tornar uma alternativa segura e eficiente não só contra a obesidade, mas também contra doenças associadas como diabetes, hipertensão e outras agravadas pelo excesso de peso. O Brasil é o segundo país no mundo que mais realiza operações deste tipo, com 80 mil registros por ano, e fica atrás apenas dos EUA. O crescimento nos últimos dez anos foi de 300%. (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, [data desconhecida]).

A cirurgia bariátrica, também conhecida como gastroplastia ou cirurgia de redução de estômago, possibilita a perda de pelo menos 40% do peso inicial e é também muito utilizada para o tratamento da diabetes Mellitus tipo II; porém, a indicação para a cirurgia é baseada em alguns fatores. De acordo com Garrido Jr. (2000), adotam-se padrões recomendados pelo National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel (1991) para a indicação cirúrgica. São candidatos à cirurgia bariátrica os pacientes com IMC maior que 40 Kg/m² ou com IMC maior que 35 Kg/m² associado às co-morbidades.

Apesar de a obesidade estar associada ao excesso na alimentação, ela também está ligada a outros fatores subjetivos, fazendo com que esse problema deixe de ser objeto de intervenção apenas da medicina e da nutrição. A obesidade pode ser reconhecida como uma das expressões da questão social, sendo esta apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura (Iamamoto, 2008). As necessidades de saúde dos usuários, muitas vezes, podem ser a busca por respostas para as más condições de vida.

Quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde” e caberia à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Toda ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender a necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo dado aprioristicamente (Cecílio, 2001, p. 2).

No entanto, a política pública de saúde encontra várias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população e o desafio de se construir práticas baseadas na integralidade. E, diante desse contexto, as linhas de cuidado trazem uma proposta de atenção coordenada como estratégia para o alcance dessa atenção integral, buscando articular o cuidado com as redes de atenção, desde a atenção básica até a alta complexidade.

Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (Franco; Franco, [data desconhecida], p.1).

O Ministério da Saúde (MS), gestor federal do SUS, verificando a necessidade de uma intervenção mais efetiva no que se refere à obesidade, lançou a linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, com o propósito de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua de atenção ao obeso, visando a garantir acesso, acolhimento e vínculo, desde o primeiro atendimento na unidade básica de saúde até o momento da cirurgia bariátrica, quando os usuários necessitam dessa intervenção.

A Portaria GM nº 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, estabelecendo diretrizes relacionadas à oferta de cuidado integral, à investigação e monitoramento dos principais determinantes de sobrepeso e obesidade, à utilização de sistemas de informação, à articulação intersetorial, à garantia de financiamento adequado, à formação de profissionais e à garantia de oferta de apoio diagnóstico e terapêutico, inclusive de práticas integrativas e complementares.

Outra ação do MS foi a implantação e implementação do programa Academia da Saúde nos municípios brasileiros, no sentido de ter um olhar mais voltado para modos de vida mais saudáveis, reverberando também no controle da obesidade. O Programa constitui-se como um novo ponto de atenção na rede de serviços do SUS e vem fortalecer a promoção e Vigilância à Saúde na atenção básica. Nesse sentido, constitui-se em espaços de convivência, de práticas corporais, incentivo à alimentação saudável, ao lazer e a modos de vida saudáveis em espaços chamados de polos, que são espaços físicos com equipamentos e estrutura para contribuir com a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população. A equipe do Programa Academia da Saúde deve atuar sob a coordenação da Atenção básica e deverá ser formada por profissionais das Unidades Básicas de Saúde, especialmente os que atuam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), podendo haver a inclusão de outros profissionais no desenvolvimento das ações.

Frente ao cenário epidemiológico de alta prevalência de adoecimento por doenças crônicas não transmissíveis, o município de São Paulo, seguindo os preceitos do Ministério da Saúde, vem implantando polos da academia da saúde, e lançou, em 2014, o Programa “Saúde Muito Além da Mesa – Qualidade de Vida é a

Melhor Dieta”, definindo a linha de Cuidado de Sobrepeso e da Obesidade da Secretaria Municipal de Saúde.

O SUS foi regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade. Tem como diretrizes a descentralização e o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas. O cuidado no SUS é ordenado em níveis de atenção, que são de básica, média e alta complexidade, e essa divisão visa a melhorar a programação e o planejamento das ações e dos serviços. A atenção básica constitui o primeiro nível de atenção, é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, e é nesse contexto que esse estudo se realiza.

O paciente com obesidade, em algum momento, já buscou métodos para emagrecimento no âmbito da Unidade Básica de Saúde de referência. E, nesse sentido, a atenção básica deve estar organizada em ações que contemplem promoção, prevenção e recuperação da saúde e, ainda, para articulação com a rede de atenção. Essa articulação deve possibilitar uma atenção de qualidade que permita a continuidade do cuidado e que gere uma atenção integral ao usuário.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão à saúde, e aperfeiçoar o funcionamento do SUS visando assegurar ao usuário o cuidado integral. A RAS é definida como arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações e densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Contudo, pensar o Cuidado não é apenas pensar em níveis de atenção do sistema de saúde, mas pensar em ações profissionais que compreendam a saúde como direito, respeitando as diferenças e especificidades de cada ser. Para Merhy (2002, p.117), “o objeto no campo da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se poderá atingir a cura e a saúde, que são os objetivos a que se quer chegar”.

No entanto, são muitos os limites existentes no exercício profissional na atenção básica. Podemos verificar uma grande precarização nos processos de trabalho através de um retrocesso e desmonte da política de saúde no Brasil.

Podemos exemplificar esse desmonte através da PEC 55 ou “PEC do fim do mundo” como ficou popularmente conhecida. Uma emenda que sintetiza o ataque neoliberal contra as políticas públicas de saúde e educação.

No caso específico de São Paulo, além de todo o desmonte repercutido pela crise nacional, há ainda o aumento de novos modelos de gerenciamento e privatização da saúde que são as Organizações Sociais de Saúde (OSSs). As OSSs são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria com o Estado e visam a colaborar de forma complementar, para a consolidação do SUS. A intermediação dos contratos é prática corrente em São Paulo. Só no Estado de São Paulo são quarenta e cinco OSSs habilitadas. Já no município, são nove Organizações habilitadas e gerenciando desde os diversos serviços de saúde, como hospitais, unidades básicas de saúde, ambulatórios, laboratórios, centros de atenção psicossocial, até os programas como as equipes de atenção domiciliar, os consultórios de rua, os programas de acompanhante de idosos, entre outros. Estas situações variadas possuem diversas implicações, seja sob o ponto de vista dos direitos do trabalhador, da instabilidade de emprego, da pressão por meio de metas e produção.

A atualidade tem se caracterizado por baixas remunerações, pela contratação de prestadores de serviço, por contratos temporários, pela flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família. Também está presente nesse processo a falta de condições de trabalho (estruturais, equipamentos, etc.) e condições para o atendimento das necessidades de saúde da população. Essas questões impactam negativamente para a resolutividade das ações do SUS.

Partindo do pressuposto de que a produção do cuidado é resultado de inúmeros fatores, desde os importantes avanços tecnológicos, como também a disponibilidade e empatia entre usuários e equipe de saúde, das práticas profissionais, até o grau de informação e conhecimento dos atores, evidencia-se a necessidade deste estudo para explorar a produção do cuidado exercida atualmente pelos profissionais de saúde numa Unidade de Saúde específica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Estruturada sobre o reconhecimento da saúde como um objetivo social fundamental que permitisse uma vida saudável e economicamente produtiva, a Declaração de Alma Ata dá uma nova direção às políticas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais (Fragoso, 2010, p. 1)

2.1 A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: DE ALMA ATA À NOVA PNAB

O debate sobre a atenção básica começou a ser mais intenso a partir dos anos 70, principalmente após a Declaração de Alma-Ata, formulada durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu em setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, República do Cazaquistão. A Declaração foi um marco histórico importante, expressando a necessidade de ações urgentes para a proteção e promoção da saúde, já que eram muitos os questionamentos a respeito da organização da atenção à saúde, baseada em um modelo médico intervencionista e fragmentado, com uma assistência que causava poucas mudanças na situação de saúde da população. Nessa declaração, os cuidados primários de saúde:

[...] são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Organização Mundial da Saúde, 1978, p. 1-2).

A declaração de Alma Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades da população. Já naquela época se pensou também no trabalho interdisciplinar, com a participação da população.

No Brasil, as tentativas de organização da atenção básica são bem antigas. Desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola propostos por Paula Souza, na década de 20, em São Paulo, que já se pensava na promoção da saúde, através de ações de educação em saúde. Nessa época, as ações eram mais voltadas para as epidemias, com intuito de higienização, e propor uma atenção diferenciada era um avanço. Na década de 50, houve uma assembleia de saúde, onde a OMS reconheceu que as campanhas para o controle de doenças tinham resultados transitórios, pensando então a atenção primária como um meio de realizar as mudanças necessárias.

Numa história recente, alguns Estados e municípios foram iniciando algumas ações pontuais com características da atenção primária. Em 1976, no Brasil, iniciaram-se três programas de residência médica em saúde comunitária nos Estados do Rio Grande do Sul, no Rio de Janeiro e em Pernambuco. Muitos outros programas foram abertos nessa época.

A década de 80 foi marcada pelo movimento sanitário, iniciado no final da década de 70, após constatação de que a sugestão dos cuidados primários em saúde não havia alcançado seus objetivos, pois o acesso à saúde não era universal e muito menos igualitário, pois ainda havia muitos setores da população sem acesso aos serviços de saúde. Esse movimento culmina, em 1986, com a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal (CF) que define a saúde como “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.” (Brasil, 1988, art.196). A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do SUS.

Em 1990 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que se caracterizava pela inserção de pessoas da própria comunidade para atuar como um elo entre a equipe de saúde e a população. Todas essas iniciativas foram antes da criação do Programa de Saúde da Família, que foi criado em 1994, após uma ampla reunião entre os técnicos do Ministério da Saúde e os Secretários de

Saúde. Esse programa surge como uma tentativa de ampliação do acesso ao SUS, sendo definido como um conjunto de medidas para reorientar e reorganizar a atenção básica, com uma composição mínima de profissionais, com adscrição da clientela, vínculo com a população, compromisso e corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade.

A atenção básica é a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, é o atendimento inicial e se caracteriza por organizar o fluxo dos serviços que é dividido por baixa, média e alta complexidade. É um conjunto de ações que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que melhore a situação de saúde das pessoas.

A atenção básica se desenvolveu a partir de princípios do SUS, e estão entre algumas de suas premissas a universalidade, a integralidade, o acolhimento e o vínculo, a continuidade do cuidado e a participação popular. A universalidade determina que o acesso aos serviços de saúde seja para todos os cidadãos brasileiros, sem nenhum tipo de discriminação. Já a integralidade está voltada para compreensão integral do usuário. A integralidade é vista de várias maneiras, com muitos sentidos. É integralidade quando o Estado oferece um conjunto de ações que se iniciam com a prevenção e se estendem para outras complexidades. Integralidade é o sistema de saúde com um ouvido atento, um olhar para o contexto em que o usuário está inserido e a partir disso atender às suas demandas.

A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema. A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. (Fracolli et al., 2011, p. 1137).

A integralidade também organiza as práticas para superar a fragmentação do cuidado, abrangendo ações preventivas e assistenciais, respeitando os direitos e assumindo a responsabilidade da atenção. Entre as características da atenção

básica está a longitudinalidade, também chamada por continuidade do cuidado, que tem a ver com o acompanhamento do paciente pela mesma equipe profissional por um tempo maior.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção primária, consolidando e qualificando o PSF como o ordenador das redes de atenção no SUS. Além disso, a PNAB traz as responsabilidades das esferas do governo, determina a infraestrutura e funcionamento da atenção básica, bem como os processos de trabalho das equipes e as atribuições dos profissionais, entre outras questões relacionadas ao funcionamento da ESF.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Uma minuta para aperfeiçoamento da PNAB ficou em consulta pública por um período de dez dias, por meio de um formulário online, onde era possível encaminhar sugestões e contribuições. O novo texto da Política foi aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) com algumas alterações em relação à Política instituída em outubro de 2011. As principais mudanças dizem respeito ao reconhecimento de outros formatos de equipe, recomendações quanto aos gerentes de unidade de saúde, quanto aos prazos de implantação de equipe após credenciamento com a gestão municipal. Em relação ao NASF, a mudança diz respeito à ampliação do atendimento pelos profissionais que, além de apoiarem as equipes da ESF, apoiarão também as equipes tradicionais, além de alterações nas atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), com definição de papéis e responsabilidades. Não deixa claro o número de ACS nas equipes e restringe sua atuação em áreas reconhecidas como vulneráveis e com risco epidemiológico. O ACE passará a compor a equipe de atenção básica.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (2017) critica o novo texto e teme que o MS tire o foco da ESF como modelo de organização do SUS, estipulando o financiamento para outros modelos de equipes, possibilitando organizar a atenção básica com base em princípios opostos aos da Atenção Primária em Saúde. Outras críticas giram em torno da ameaça de diminuir a presença do ACS na atenção básica. O Papel do ACS é de grande importância. Eles são um elo entre o serviço de saúde e a comunidade, estão inseridos no dia a dia da

sua comunidade e, mais do que ninguém, eles sabem das necessidades do seu território, conhecem a população usuária do serviço.

Outra mudança na nova PNAB é a flexibilização da carga horária dos médicos nas equipes de Saúde da Família, onde cada equipe poderá ter um ou mais médicos, cada um deles com carga horária semanal de 20, 30 ou 40 horas. Segundo Fontenelle (2012):

A flexibilização pode complicar em muito o processo de trabalho das unidades de Saúde da Família. Primeiro, porque médicos com até 30 horas em uma equipe poderão estar inseridos em mais de uma equipe, o que pode diminuir o vínculo das pessoas a ele vinculadas com o resto das equipes. Segundo, porque a flexibilização é restrita ao médico, dando margem a conflitos com os outros profissionais (Fontenelle, 2012, p. 6).

A 13ª edição do boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV) traz a fala de Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (ISC/UFBA), coordenadora do eixo de Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde do OAPS, que acredita que a principal mudança com a nova portaria está na possibilidade de financiamento federal de outras modalidades de atenção básica:

É contraditório com o próprio texto da nova portaria que afirma a ‘prioridade’ para a Estratégia Saúde da Família. Prioridade significa financiamento diferenciado para garantia de equipe em tempo integral na unidade de saúde, o que facilita a construção de vínculo entre profissionais e os usuários. Isso é muito importante para médicos/as, enfermeiros/as e dentistas (Observatório de Análise Política em Saúde, 2017).

A pesquisadora também apontou outras fragilidades do novo texto da política, desde a integração do trabalho dos ACS com os Agentes de Endemias, além da definição de “regulação” de filas para consultas e exames especializados de usuários da AB ao NASF.

Na crise de financiamento em que vivemos o mínimo tende a ser o máximo, e é válido lembrar que estamos numa conjuntura de congelamento de recursos públicos por 20 anos. O novo texto da PNAB aprofunda a perspectiva gerencialista e precariza o trabalho dos profissionais de saúde, dá uma “cara” biomédica para os ACS no momento em que os mesmos terão que aferir pressão e fazer curativos. Lembrando que o número de famílias atendidas não será menor.

Sabemos que as mudanças na PNAB seriam necessárias, porém no sentido de melhorar a ampliação da cobertura da ESF e promover a melhoria da qualidade do cuidado. Mas o novo texto vem na direção contrária: não amplia a composição das equipes de atenção básica tradicional e, na ESF, não há avanços, somente retrocessos. A tendência é regredir o SUS ao modelo de UBS tradicional.

2.2 O SUS E A ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - UM BREVE HISTÓRICO DE LUIZA ERUNDINA A JOÃO DÓRIA

O município de São Paulo possui aproximadamente 12 milhões de habitantes, conforme estimativa da população divulgada em 2016 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É a capital econômica do país e o município com uma grande desigualdade social. Porém, a chegada do SUS em São Paulo foi marcada por muitas dificuldades. A Prefeita Luiza Erundina (1989-1992) deu os primeiros passos para a estruturação do SUS que, até então, se encontrava apenas no papel. Logo, em 1989, instituiu o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e os Conselhos Gestores Locais (CGL), democratizando a gestão e incentivando a participação popular. Além disso, instituiu a divisão do município em dez regiões de saúde e, até o final da gestão, o município possuía 32 distritos de saúde, a maioria com orçamento próprio, seguindo o princípio da descentralização. Seguindo a cartilha do SUS, aos poucos fortaleceu a atenção básica, melhorou a assistência hospitalar, ampliou a atenção à saúde através de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas que foram aos poucos sendo municipalizadas, já que anteriormente eram mantidas pelo Estado. Na mesma gestão, ampliou a oferta de vagas de concursos públicos, o que melhorou o atendimento, organizou os setores como saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal e saúde do idoso. Incorporou também as vigilâncias epidemiológicas e sanitárias.

Em 1993, assumiu o prefeito Paulo Maluf e fez grandes modificações no setor da saúde. Um dos seus feitos foi a implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS). Esse plano dividia o município em módulos que eram gerenciados por cooperativas privadas. As cooperativas eram responsáveis por comprar, contratar e demitir funcionários, além de gerenciar as verbas repassadas. Para atendimento no PAS, cada munícipe era cadastrado no seu bairro e recebia um cartão para

apresentar no posto de saúde da sua região. A iniciativa do trabalho multiprofissional foi cessada no governo de Paulo Maluf e o atendimento era focado no médico, enfermeiro e no auxiliar de enfermagem. O PAS se tornou alvo de investigação, devido à falta de fiscalização das atividades das cooperativas, acarretando um cenário de corrupção. Passaram pela gestão de Paulo Maluf quatro secretários municipais de saúde e outros três na gestão de Celso Pitta, que o sucedeu em 1997, ficando até 2000. Além de todo o desmonte, através do PAS, o governo de Paulo Maluf foi responsável por acabar com os conselhos gestores de unidades de saúde, fazendo com que a participação popular ficasse estagnada.

Podemos dizer que o SUS começa de fato a acontecer na gestão da prefeita Marta Suplicy, em 2001, que reinicia a rede municipal e legaliza os conselhos gestores de UBS, reavivando a participação popular no município. Além disso, a gestão de algumas unidades de saúde passa a ser novamente do município, prioriza a implantação da ESF, reformando aos poucos as Unidades Básicas de Saúde. No entanto, hospitais e ambulatórios de especialidades continuaram com o governo estadual. A demora em implantar o SUS fez com que o Estado continuasse assumindo a responsabilidade por uma parte da atenção básica no município de São Paulo. Segundo Alves Sobrinho e Capucci (2003), a gestão de Marta Suplicy reestrutura a Secretaria Municipal de Saúde:

A Secretaria de Municipal da Saúde (SMS) estava fraturada em vários pedaços: treze mil funcionários no que sobrou da Secretaria; dezessete mil trabalhadores nas falsas cooperativas, sendo cinco mil funcionários e doze mil não concursados; dez mil servidores públicos "exilados" em outras secretarias. Uma mega movimentação de pessoal feita com o máximo de prudência e tolerância foi concluída em julho de 2001. Parte dos treze mil funcionários de SMS foi remanejada para cobrir claros em áreas carentes; os cinco mil funcionários das cooperativas retornaram à SMS; os doze mil contratados irregularmente nas cooperativas foram dispensados; dez mil trabalhadores foram contratados de emergência e cinco mil servidores "exilados" retornaram (Alves Sobrinho; Capucci, 2003, p. 2).

A gestão do prefeito José Serra (2005 -2006) foi marcada pela introdução das OSSs para gerenciamento das unidades de saúde e contratação de pessoal através da CLT, o que o deixava isento de realizar concursos públicos. Também, na gestão de Serra se inicia a implantação das Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA's), que são uma espécie de pronto atendimento com funcionamento de 12 horas, que

atualmente funciona no mesmo espaço das Unidades Básicas de Saúde com atendimento emergencial e consultas médicas imediatas. A ideia era que as AMA's ajudassem a “desafogar” os atendimentos nos hospitais. Porém, Serra ficou pouco tempo na gestão da Prefeitura de São Paulo, renunciando para se candidatar ao Governo do Estado. Assumiu, então, o vice Gilberto Kassab, em 31 de março de 2006, continuou com a política das AMA's e incrementou com os Ambulatórios de Especialidades (AME's), que são os ambulatórios para tentar suprir os encaminhamentos de casos que não pudessem ser resolvidos nas unidades básicas.

Kassab ampliou o domínio territorial das OSSs, que atualmente detêm grande parte das vagas de empregados na área de saúde municipal. Foi reeleito e esteve à frente da Prefeitura até 31 de dezembro de 2012, passando o cargo para Fernando Haddad, que ficou apenas uma gestão, perdendo a reeleição para o empresário João Dória em 2016.

A gestão de Haddad teve dois secretários municipais de saúde. O primeiro foi Filippi Júnior e, em 2015, assume Alexandre Padilha, ex-ministro da saúde na gestão da presidente Dilma Rousseff. Sua gestão não foi marcada por grandes mudanças na saúde em São Paulo.

A gestão de João Dória tem apenas um ano, porém marcada por grandes mudanças na área da saúde. Existe uma “reestruturação” da saúde, em que se pretende substituir as AMAS por UBS nas periferias. A Secretaria de Saúde tem proposta de fechar as AMA's que existem na cidade, além de algumas UBS. Isto significa que todos os atendimentos de média e alta complexidade serão encaminhados aos hospitais, enquanto nas unidades de saúde serão atendidos procedimentos simples.

O plano da gestão do prefeito de São Paulo, João Doria Jr. (PSDB) de reestruturação da rede de saúde de São Paulo deve transformar oito Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs) da região de Itaquera em Unidades Básicas de Saúde (UBS). A diferença entre os dois tipos de estabelecimentos é que as AMAs são unidades de pronto atendimento para casos de baixa complexidade, enquanto as UBSs são centros médicos em que as consultas são agendadas (Ramos, 2017, [não paginado]).

A ideia é a construção de mais Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que é reconhecida pelo Ministério da Saúde e tem repasse de recursos do Governo Federal. Outra mudança proposta nessa gestão é o corte de cerca de duas horas no

tempo de atendimento diário à população, com o fechamento das unidades básicas às 17h00 e não mais às 19h00. Essas mudanças podem trazer, além de tudo, uma alta significativa nas demissões dos funcionários, fruto do corte no repasse de verbas às organizações sociais de saúde que fazem o gerenciamento dos serviços.

João Dória implantou o “Corujão da Saúde” e também tem realizado parcerias público-privadas, promovidas mediante contratos, em que a prefeitura paga a grandes empresas privadas o serviço de exames que seriam feitos no SUS. Conforme dados da SMS, a RAS de São Paulo é constituída por 450 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 117 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), destas, 87 integradas à UBS. Esta rede de atenção conta com mais de 1300 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, além de arranjos assistenciais como os Consultórios na Rua, equipes do Melhor em Casa, articuladas com a comunidade e com os demais serviços do território.

A SMS de São Paulo é dividida por seis Coordenadorias de Saúde, que por sua vez se dividem em seis Supervisões Técnicas de Saúde (STS). Porém, o princípio da descentralização não acontece, uma vez que as supervisões não têm autonomia financeira. Também, o Plano Municipal de Saúde não é amplamente divulgado para discussão e conhecimento da população.

O orçamento global da prefeitura de São Paulo para 2018 é de 56 bilhões, aprovado em 18 de dezembro de 2017 pela Câmara Municipal, sendo que as pré-conferências de saúde aconteceram em 16 de dezembro e a conferência de saúde só acontecerá em março de 2018, sem tempo hábil para inclusão de propostas discutidas por usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

Do que foi até aqui descrito, observa-se que há uma descontinuidade nas ações e programas em cada gestão, muitas vezes por política partidária. Esta prática se traduz em desperdício do dinheiro público, exonerações e perdas de potencial intelectual, paralização de programas, remanejamentos sem critérios, quebra do vínculo entre o profissional e usuário. Há um constante recomeço.

2.3 COMO A ATENÇÃO BÁSICA SE MOVE NO ÂMBITO DO CUIDADO EM OBESIDADE

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

2.3.1 Cenário da obesidade na contemporaneidade: epidemiologia e produção do cuidado na Atenção Básica

Em abril de 2017, o Ministério da Saúde divulgou dados que revelaram o aumento da obesidade no Brasil. Segundo o levantamento, uma em cada cinco pessoas no País está acima do peso. A prevalência da doença passou de 11,8%, em 2006, para 18,9%, em 2016. O levantamento feito pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal revela que quase metade da população brasileira está acima do peso. A obesidade é uma doença não transmissível que atualmente pode ser considerada como epidemia devido ao aumento de sua prevalência.

De acordo com Garrido Jr. (2000), cerca de 40% da população estão acima do peso, sendo que 10,1% são obesos e 28,5% apresentam sobrepeso. A taxa de mortalidade é 12 vezes maior em indivíduos obesos mórbidos do que em pessoas com peso normal com idade entre 25 e 40 anos.

De acordo com Brasil (2016), os dados mais recentes da VIGITEL revelam que o excesso de peso cresceu 26,3% em dez anos, passando de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016, sendo mais prevalente em homens. A Obesidade cresceu 60% em dez anos, de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016.

Segundo Oliveira e Martins (2013), a frequência era de 2,3 bilhões de indivíduos com sobrepeso e 700 milhões de obesos no mundo em 2015. No Brasil, os números são assustadores:

No Brasil, a obesidade acompanha o processo de desenvolvimento *pari passu*. Mesmo que ultrapassados pelos norte-americanos e chilenos em prevalência, os números absolutos no Brasil são assustadores. Se há poucas décadas o país enfrentava a desnutrição proteico-calórica como um desafio, atualmente o sobrepeso ultrapassa a desnutrição em 28 vezes no sexo masculino e em 13 vezes no feminino. No período entre 1975-1985 e 2008-2009, o percentual de indivíduos obesos acima de 20 anos aumentou mais de quatro vezes entre os homens (de 2,8 % para 12,4 %) e mais de duas vezes entre as mulheres (de 8 % para 16,9 %) (Oliveira; Martins, 2013, p. 238).

A Prefeitura Municipal de São Paulo realizou o Inquérito de Saúde (ISA) no ano de 2015. A pesquisa revelou que diversas transformações sociais, econômicas e tecnológicas mudaram o padrão nutricional na capital. Houve a redução da fome e da desnutrição e, ao mesmo tempo, aumento do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e camadas sociais, mais intensamente nas de baixa renda, por ter menor acesso a alimentos saudáveis.

Os resultados do inquérito mostraram que, entre os adolescentes, no município de São Paulo, 19,5% estão com sobrepeso e 9,3% com obesidade. 85% dos adolescentes com obesidade estão insatisfeitos em relação ao seu peso atual e 58% dos que estão com sobrepeso estão insatisfeitos com o seu corpo. Em relação aos comportamentos adotados para melhoria do seu estado nutricional, 64,5% dos adolescentes dizem praticar exercícios físicos, 31,6% têm cuidado com o que vai comer, 20,9% seguem uma dieta e 2% fazem uso de medicamentos para emagrecer. No caso dos adultos em São Paulo, 36,2% estão com sobrepeso e 20,5% têm obesidade. Entre os adultos com sobrepeso, 41,6% são homens. A prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta está na faixa etária de 50 a 59 anos.

Segundo Mariath et al. (2007, p. 898), “a localização abdominal de gordura (obesidade central) que se mostra mais associada a distúrbios metabólicos e riscos cardiovasculares como dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus.” O ISA mostra ainda que, no município de São Paulo, a prevalência de hipertensão entre os adultos obesos é de 32,8% e a de diabetes, 9,2%. No caso dos idosos, a prevalência de hipertensão entre os que têm obesidade é 68,5% e a prevalência de

diabetes é de 33,3%. 73% das mortes são ocasionadas por doenças isquêmicas do coração, 44,2% por doenças cerebrovasculares e 18,7% por diabetes mellitus.

Na região Sudeste do município, 35,8% da população adulta está com sobrepeso. 92,7% das mulheres adultas e 80,6% dos homens adultos estão insatisfeitos com o peso atual. Ainda segundo o inquérito, 59,6% dos insatisfeitos com o peso atual estão com sobrepeso e obesidade e fazem algo para tentar emagrecer. Entre os idosos, 13,2% estão com sobrepeso e 21,2% com obesidade, sendo que a obesidade prevalece na faixa etária entre 60 a 69 anos. 79,2% dos idosos com obesidade estão insatisfeitos com o peso atual.

As mudanças no padrão alimentar atual evidenciam o fenômeno do aumento do peso na população brasileira, que se caracteriza pelo elevado percentual de consumo de alimentos industrializados e refeições prontas. As pessoas deixaram de fazer as refeições em casa, devido ao pouco tempo para comer, e passaram a consumir refeições mais rápidas e mais calóricas, além de fatores como sedentarismo.

A obesidade atualmente pode ser considerada como uma questão social, já que a epidemia da obesidade é também um reflexo dos problemas sociais e econômicos e traz consequências sociais e psicológicas afetando todas as idades e grupos sociais.

O nível de escolaridade e a renda têm sido identificados como variáveis que podem interferir na forma como a população escolhe seus alimentos, na adoção de comportamentos saudáveis e na interpretação das informações sobre cuidados para a saúde, podendo, portanto, influenciar a magnitude da prevalência do sobrepeso e da obesidade. No Brasil, tem diminuído a associação positiva entre a obesidade e o nível socioeconômico. (Velásquez-Meléndez et al., 2004, p. 309).

O aumento de obesidade tem sido conduzido por diversas mudanças na sociedade, como a modernização e a globalização, o marketing exagerado de alimentos industrializados, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos, acarretam as mudanças dos hábitos alimentares. Pode-se dizer então, que a obesidade é o resultado da interação entre meio ambiente, questões econômicas, genética, comportamento humano e contextos sociais.

A questão é que ser obeso é uma situação complexa. É uma doença, muitas vezes, comportamental e atingir um peso saudável exige muitas mudanças nos hábitos alimentares e na prática de exercícios físicos. Da mesma forma, a saúde psíquica necessita de cuidados. Quando a obesidade chega a um estágio de morbidade, voltar a ter um peso saudável é ainda mais difícil devido ao grau da obesidade. São muitos os tratamentos para a perda de peso, como dietas, psicoterapias, tratamentos medicamentosos e atividades físicas. Porém, ao não conseguir sucesso, outros problemas vão surgindo, como as doenças psicológicas, ansiedade, estresse, depressão, influenciando ainda mais no “comer errado”.

A convivência com a obesidade está diretamente ligada às comorbidades como diabetes, hipertensão arterial, ovários policísticos, alterações no colesterol, doenças nas articulações, dores constantes em coluna, joelho, e todas essas condições que limitam, inclusive, a realização de atividades diárias. Além disso, o estigma do corpo feio e a supervalorização da beleza corporal levam à constante autodesvalorização e baixa autoestima.

O fenômeno da obesidade e a dificuldade em obter sucesso no emagrecimento levam muitas pessoas a procurarem pela cirurgia bariátrica ou redução de estômago como é popularmente conhecida. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) (2016), o número de cirurgias bariátricas no Brasil aumentou 7,5% em 2016 em comparação com o ano de 2015. Nesse mesmo ano, cerca de 100.512 pessoas fizeram a cirurgia. De acordo com Brasil (2014), houve o aumento de 45% no número de cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde, entre 2010 e 2013, de 4.489 para 6.493. Os recursos investidos pelo SUS também cresceram proporcionalmente (56%), aumentando de R\$ 24,5 milhões, em 2010, para R\$ 38,1 milhões, em 2013.

A cirurgia bariátrica tem a finalidade de melhorar o tempo de vida do obeso, resolvendo os problemas de ordem física e psicossocial que o excesso de peso acarreta, porém a indicação da cirurgia só é feita em casos extremos e é necessário realizar uma análise abrangente de aspectos clínicos do paciente, com a participação de uma equipe multidisciplinar, composta por médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, dentre outros. No caso do SUS, a orientação é a de utilizar a cirurgia bariátrica como último recurso para perda de peso. Antes de fazer a cirurgia, o paciente deve ter acompanhamento durante

dois anos. Nesse período, o paciente é submetido a outros tratamentos e, se os resultados não forem positivos, a cirurgia é recomendada.

A cirurgia bariátrica promove uma grande transformação na vida de quem a faz. Tanto nos aspectos físicos, quanto metabólicos e também nos aspectos psicossociais. A pessoa que passa por esse procedimento precisa mudar completamente os hábitos e entender que será uma batalha cotidiana, uma vez que obesidade é uma doença crônica. Se não houver um acompanhamento adequado, os riscos de reengorda e de frustração diante do procedimento é enorme. O pós-cirúrgico exige muito do paciente, principalmente em questões econômicas. São medicamentos e vitaminas caras, além de uma alimentação balanceada que exige um maior gasto, e dependendo do suporte socioeconômico que a pessoa possua, acaba repercutindo em sua saúde integral.

Ressalta-se a importância de os profissionais inseridos no cenário da saúde coletiva investirem mais no seu papel de mediador, de educador em saúde, reconhecendo a necessidade de um envolvimento maior nas ações de promoção da saúde nos contextos família e escola com vistas à prevenção da obesidade. O caminho para estas estratégias exige a atuação interdisciplinar, pela qual a atenção ao processo saúde-doença das pessoas seja permeada pelo olhar integrado e sincronizado com os hábitos socioculturais da população. Sugere-se a apreciação da Carta Europeia de Luta contra a Obesidade, resultante da Conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde Europeia sobre a Luta contra a Obesidade (Marcelino; Patrício, 2011, p. 9).

Segundo Marcelino e Patrício (2011), no cotidiano das práticas profissionais em serviços de saúde da atenção básica, são muitas as limitações das equipes no cuidado com o paciente que se submete à cirurgia, geralmente por desconhecimento e pela dificuldade de compreender o caráter subjetivo do enfrentamento das pessoas no processo de readaptação ao novo estilo de vida. Nessa perspectiva, algumas ações foram desenvolvidas para o enfrentamento da obesidade em âmbito nacional. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou um documento que proíbe a propaganda nas escolas de produtos alimentícios com alto teor de açúcar, sal ou gordura, além do uso de personagens infantis e distribuição de brindes. Além disso, restringiu o horário de exibição de tais produtos nos meios de comunicação.

Em 2010, o Brasil elaborou o Plano de Ação Estratégica para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) para o período de 2011-2022, que define e prioriza os investimentos necessários para preparar o país para a redução da mortalidade prematura por DCNT em 2 % por ano na população geral e nos grupos específicos. Essas medidas foram ratificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que determinou as metas globais para a prevenção e o controle das DCNT com redução relativa de 25% na mortalidade por DCNT em 2025 (Oliveira; Martins, 2013, p. 239).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2013a) por meio da portaria nº 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. A linha de cuidados visa a garantir a integralidade na atenção à Saúde, a otimização dos recursos e serviços dispostos à população e usuários. De forma resumida, é pensar e organizar de forma lógica a distribuição dos serviços ofertados, pensando em um fluxo que conduza os processos de trabalho. Neste sentido, o usuário deve ser o elemento principal, além dos saberes multidisciplinares, de forma integrada e respeitando as necessidades, potencialidades e limitações dos usuários. É também na linha de cuidados que se definem as ações que devem ser desenvolvidas em cada nível de atenção. O MS preconiza a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços de atenção básica, média e alta complexidade.

A linha de cuidados de sobrepeso e obesidade observará as seguintes diretrizes:

I - diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos; II - estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades; III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção a Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde; IV - utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; V - investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade; VI- articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável; VII -

garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; VIII - formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; IX - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e X - garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade (Brasil, 2013a).

Antes de se pensar a linha de cuidados, o MS já havia publicado, em 2011, a nova edição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que foi apresentada como propósito à melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde. A PNAN integra a Política Nacional de Saúde, inserindo-se, ao mesmo tempo, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil, 2013b).

Outra ação que deve acontecer na AB é o Programa Academia da Saúde, que tem como estratégia a promoção da saúde e produção do cuidado através da implantação de espaços públicos conhecidos como polos. São espaços localizados nas UBSs para a realização de atividades e práticas de promoção da saúde. Os polos devem ter a infraestrutura necessária, equipamentos e profissionais qualificados para complementar o cuidado.

Ainda como estratégia para incentivo à vida saudável, o MS lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, publicada na forma das portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006.

Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia. Considerando o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde –, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos têm demonstrado que tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, aumentando, assim, o exercício da cidadania (Brasil, 2015).

É de extrema importância salientar as experiências exitosas encontradas pelo caminho dessa pesquisa. E foi uma grata surpresa encontrar as PICS no âmbito da AB. As práticas integrativas são uma realidade no município de São Paulo. Segundo dados da SMS, 423 equipamentos de saúde da AB têm, pelo menos, um tipo de PIC, como auriculoterapia, dança circular, meditação, acupuntura, liang gong, Xiang Gong, reiki, arteterapia, musicoterapia, xantala, homeopatia, quiropraxia, entre outras atividades. É importante que os profissionais tenham a possibilidade de utilizar outras modalidades para ampliar o conceito de cuidado e de promoção à saúde, com o emprego de tecnologias leves e sustentáveis. A SMS também iniciou, em 2016, o Programa de Residência Multiprofissional da Atenção Básica / Estratégia da Saúde da Família Multiprofissional, com foco nas Práticas Integrativas e Complementares.

Em São Paulo, a linha de cuidado geral em obesidade foi lançada pela SMS, em setembro de 2014, na gestão do Prefeito Fernando Haddad. A linha de cuidados foi apresentada juntamente com a campanha “Saúde Muito Além da Mesa – Qualidade de Vida é a Melhor Dieta”. Após a publicação da portaria ministerial nº424 de 19 de março de 2013 (Brasil 2013a), o município instituiu um grupo de trabalho (GT) envolvendo profissionais das diversas áreas técnicas, além de representantes das regiões de saúde e da Secretaria Estadual de Saúde (SES) para a elaboração do plano da linha de cuidados do sobrepeso e obesidade.

A linha de cuidados foi divulgada oficialmente, inclusive nos meios de comunicação. Foram elaborados e divulgados folders produzidos pela equipe de comunicação e regiões de saúde sobre alimentação nas diversas fases da vida e material educativo para que os profissionais da atenção básica orientassem os pacientes quanto à sugestão de porcionamento. Foram realizadas reuniões com as 6 regiões de saúde para apresentação, discussão e operacionalização da linha de cuidados, embora o cuidado com os indivíduos com sobrepeso e obesidade estivesse em desenvolvimento em várias unidades básicas de saúde de forma não organizada. As regiões organizaram suas referências na atenção especializada que é a responsável pelo encaminhamento para avaliação hospitalar para cirurgia bariátrica, compraram materiais específicos para atendimento a esta população, tais como balança, adipômetros, cadeiras e macas adequadas. Todos os hospitais credenciados no Município para a realização deste procedimento estão sob gestão estadual e, até o momento, sem disponibilização de vagas para o município. Com o programa PROADI do Ministério da Saúde e a parceria com o Hospital Oswaldo Cruz, o município conseguiu realizar 98 cirurgias bariátricas entre agosto e dezembro de 2014, sendo que as Coordenadorias Regionais de Saúde se mobilizaram para organizar o cuidado na atenção básica e na atenção especializada com os médicos, psicólogos, nutricionistas e outros profissionais para o seguimento pós-operatório. (Oliveira et al. , 2015, p. 1).

A linha de cuidados no município de São Paulo articula as ações existentes na Secretaria Municipal de Saúde e foca na adoção de hábitos saudáveis, especialmente no que diz respeito à alimentação e à prática de atividade física. Em conformidade com a linha de cuidados, a porta de entrada para o tratamento do sobrepeso e da obesidade é a AB. O paciente deve passar pela consulta médica com o clínico e passar por uma avaliação com a equipe multiprofissional, onde pode ser diagnosticado seu estado nutricional e a condição de saúde. A partir daí, é estabelecido o plano terapêutico e as metas a serem alcançadas. Os cuidados são divididos em três fases. A primeira é a consulta com um nutricionista. Ele iniciará o processo de reeducação alimentar e indicará a participação em grupo de apoio psicológico e a prática de atividades físicas. A segunda fase é destinada às pessoas que não conseguem o emagrecimento na primeira etapa. Elas são encaminhadas para o endocrinologista que fará uma avaliação, identificará as doenças que acompanham a obesidade - como diabetes, hipertensão, colesterol elevado e problemas de articulação - e indicará um tratamento medicamentoso. A terceira fase é a cirurgia bariátrica, indicada para os graus de obesidade mais graves e que já está disponível na rede municipal de saúde. Como dito, esse deveria ser o caminho, porém o acompanhamento na atenção básica é frágil e torna-se referência e contra referência.

Seguindo a linha do Ministério da Saúde, a linha de cuidados da SMS de SP organiza o fluxo das ações e procedimentos estipulados para a AB, para a atenção especializada de média complexidade que são os atendimentos ambulatoriais e também hospitalares e para a atenção especializada de alta complexidade que são os hospitais de grande porte.

A AB, local onde foi realizada esta pesquisa, deve estar preparada para realizar ações de vigilância alimentar e nutricional (VAN), realizando um diagnóstico no território, bem como ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade em parceria com outros setores, deve incentivar o autocuidado, prestar assistência multiprofissional, após o período de acompanhamento pós-operatório, aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico, realizado no nível hospitalar, e garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos.

Dentro do contexto da AB, a promoção da saúde não deve estar dissociada das ações e cuidados realizados. A promoção da saúde deve ser entendida como

uma maneira de se produzir saúde e que responda às necessidades sociais em saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define a promoção da saúde como possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água, ameaçada e deteriorada, e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.

E dentro de todo esse contexto, os princípios do SUS devem ser todos respeitados: a universalidade do acesso, a equidade, participação popular, descentralização, regionalização. Porém, no que se refere ao cuidado em obesidade, o princípio da integralidade precisa de uma atenção redobrada. A integralidade abrange muitas dimensões, o que aumenta a responsabilidade do SUS com a qualidade do cuidado ofertado.

2.3.2 Mas afinal, cuidar é?

As ações no território da saúde devem essencialmente se desenvolver através do cuidado. Para Ayres (2003 - 2004), cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Ainda citando Ayres, o cuidado como um constructo filosófico é uma categoria:

[...] com a qual se quer designar, simultaneamente, ‘uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (Ayres, 2003 - 2004, p. 74).

Segundo Pinheiro (2009, p. 1), “o cuidado é um ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos de sua realização.”

A definição de cuidar é muito ampla, assim como cada profissional age de modo singular em relação ao cuidado. Conforme Franco e Merhy (2011), há

evidências de que há uma produção subjetiva do cuidado em saúde. Por esse motivo, o processo de trabalho não segue um padrão, pois as práticas do cuidado se dão pela singularidade de cada um.

[...] quando estes se encontram em situação de trabalho, na relação com o usuário, ele próprio em ato, no seu processo de trabalho, é quem define como este cuidado se realiza. Assim, a capacidade dos níveis gestores em influenciar a ação cotidiana de cada trabalhador é muito diferenciada. (Franco; Merhy, 2011, p. 1).

No âmbito da saúde, especificamente na atenção básica, o cuidado se constrói a partir das relações entre as pessoas, através de atitudes pautadas na responsabilização, no diálogo, na sintonia, no acolhimento do outro.

‘Cuidado em saúde’ é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. O ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. (Pinheiro, 2009, p. 1)

São muitos os avanços científicos na área da saúde e há uma gama de serviços equipados com alta tecnologia, que são, claro, de extrema importância para solucionar os diversos problemas de saúde apresentados pela população. Mas, como afirma Merhy (2002), se voltarmos ao ponto de vista do usuário, as queixas geralmente não são da falta de equipamentos e conhecimentos tecnológicos, mas sim da falta de responsabilização dos serviços, a desinformação, o desamparo, a desproteção, o desprezo e o desrespeito.

É fundamentalmente aí que está a importância do Cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar esse estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e de seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (Ayres, 2003-2004, p. 103).

São diversos os desafios que se colocam para a construção das práticas do cuidado. É muito difícil voltar-se à presença do outro e potencializar a relação de uma forma que o cuidar seja individualizado a cada ser humano, a cada história de vida, visando sua autonomia e bem estar.

Trazer o tema do cuidado para este trabalho mostra a preocupação com a formação acadêmica. Pensar a formação na área da saúde é buscar a reflexão sobre o cuidado, permitindo superar a concepção mecanicista do cuidar. O maior desafio então consiste em ressignificar o conceito de cuidado em saúde, ultrapassar a dimensão técnica e entender que o cuidado vai além da prática de procedimentos, que ele também envolve atitudes subjetivas como citado no início desse tópico.

O cuidado é ofertado de acordo com os valores trazidos pelos profissionais, e é isso que também vai definir a forma do cuidado.

O fato do território existencial habitar o sujeito, significa que onde ele estiver, seja na atenção básica, no hospital, atenção especializada, domicílio, etc... vai produzir o tipo de cuidado que se inscreve no seu universo como uma ética, modo de ser no mundo, a ser construída. Portanto, o que define o perfil do cuidado não é o lugar físico onde se realiza o cuidado, mas o território existencial no qual o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político, e que anda com ele onde ele estiver operando o seu processo de trabalho (Franco; Merhy, 2011, p. 9).

Neste âmbito, o cuidado se mostra na relação entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, e esse compartilhamento deve estar envolto de reciprocidade. Podemos dizer também que quem cuida, em algum momento, necessita ser cuidado, e essa relação de respeito contribui para uma melhor qualidade vida.

O autocuidado também deve ser levado em consideração, deve compreender as suas próprias fragilidades e possibilidades. O profissional, ao cuidar de si, se prepara para cuidar do usuário que necessita ser também fortalecido para o cuidar de si. É uma constante troca.

O setor saúde vem sendo cada vez mais atacado. A construção do SUS e o seu caminhar até agora não foi fácil e nunca foi um “mar de rosas”, porém as mudanças estruturais, os ajustes fiscais que cedem ao grande capital negam, cada vez mais, as políticas públicas. Cito Franco e Merhy (2011, p.15) quando dizem que

No campo da saúde de forma hegemônica se estruturam cenários de um devir capitalístico da produção do cuidado... A construção de um devir solidário para o SUS pressupõe a existência de dispositivos capazes de agenciar a construção de novos saberes e práticas, que ressignifiquem o

trabalho em saúde e, sobretudo o cuidado. O agenciamento de desejos capazes de operar na construção de um novo SUS pressupõe o enfrentamento com os territórios atualmente estruturantes dos serviços de saúde, e, sobretudo a ruptura com seu devir capitalista e capitalístico.

Diante disso, o profissional precisa olhar e agir além do que está posto à sua frente. Para produzir cuidado integral é necessário olhar o ser humano como um todo, identificando, reconhecendo e acolhendo todas as experiências, vivências e crenças que o usuário traz na sua história de vida.

2.4 SAÚDE E NEOLIBERALISMO: REFLEXÕES SOBRE O DESMONTE DO SUS, A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E OS REFLEXOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO.

Mas por outro lado, se a vida humana se resumisse exclusivamente ao *trabalho*, seria a efetivação de um esforço penoso, aprisionando o ser social em uma única de suas múltiplas dimensões. Se a vida humana necessita do trabalho humano e de seu potencial emancipador, ela deve recusar o trabalho que aliena e infelicitiza o ser social (Antunes, 2009, p. 48).

2.4.1 Os intensos ataques ao SUS: Quem está pagando o pato?

Podemos definir o neoliberalismo como um conjunto de ideias políticas e econômicas capitalistas que defende a não participação do estado na economia. Entre os princípios básicos do neoliberalismo estão a mínima participação do Estado nos rumos da economia do país, pouca intervenção do governo no mercado de trabalho, política de privatização de empresas estatais, livre circulação de capitais internacionais e destaque para a globalização, abertura da economia para a entrada de multinacionais, adoção de medidas que vão na contra mão da desburocratização do Estado, aumento da produção com objetivo básico para atingir o desenvolvimento econômico. A base da economia deve ser formada por empresas privadas e defesa dos princípios econômicos do capitalismo.

A política neoliberal tem por diretriz uma estabilidade econômica assentada em: disciplina orçamentária de contenção de gastos em políticas sociais e de emprego que sustentaram o chamado Estado de Bem Estar Social; a restauração da chamada taxa natural de desemprego, que se expande no

desemprego estrutural, em um aumento expressivo de população excedente e em reformas fiscais de incentivo aos agentes financeiros (Abramides, 2006, p. 203).

Os defensores do neoliberalismo acreditam que este sistema é capaz de proporcionar o desenvolvimento econômico e social de um país e o mesmo deixa a economia mais competitiva. Ao mesmo tempo, muitos são os críticos ao sistema. Para eles, a economia neoliberal visa beneficiar as grandes empresas e o resultado disso é o desemprego, baixos salários, aumento da desigualdade social e dependência do capital internacional. Além disso, acreditam que as privatizações, as terceirizações, são maléficas principalmente para os trabalhadores que acabam pagando o pato.

Há, portanto, uma relação conflituosa entre a manutenção do SUS e as políticas neoliberais, uma vez que o sistema de saúde brasileiro vem sofrendo com o capitalismo contemporâneo. O SUS é entendido como política pública para o setor de saúde e o maior projeto realizado através dos movimentos populares e trabalhadores. Atualmente, o SUS está tendo dificuldade de se efetivar como uma política estatal, pois a configuração público/privado na saúde como expressão da sua mercantilização, ganha velocidade.

O SUS constitui uma política pública cujo princípio fundamental é a consagração da saúde como direito universal. Em razão de seu pequeno curso histórico, encontra-se em estruturação e, por isso, vulnerável a toda sorte de investidas para consagrá-lo ou para abortá-lo em seu fundamento maior. A efetivação da saúde, portanto, em conformidade com os ditames constitucionais, exige providências de várias ordens, a começar pela reforma do Estado para torná-lo capaz de realizar a saúde como direito universal. A consecução desse objetivo exigirá do Estado a formulação de políticas voltadas à desmercantilização da saúde – o que no âmbito mais imediato da assistência médica implica o incentivo a formas não lucrativas, em detrimento das modalidades lucrativas na produção de serviços (Elias, 2004, p. 45).

No setor saúde, o Estado vem imprimindo um papel em conformidade com a relação público e privado, num contexto em que prevalecem as privatizações dos espaços públicos da saúde, a precarização das relações, condições e processos de trabalho, redução dos direitos trabalhistas, hegemonia do capital financeiro.

De acordo com Mendes [data desconhecida], o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal.

Destacamos as crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) – de gestão privada –, por meio da implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (em vigor há 17 anos) que limita o aumento do gasto com pessoal, favorecendo o incremento das despesas com serviços de terceiros; o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêuticas; a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei 13.097/2015; a instituição da EC 86/2015 que reduz o financiamento do SUS; e a aprovação da EC 95/2016 que congela o gasto público por 20 anos aniquilando a saúde, na medida em que não limita os juros e outras despesas financeiras (Mendes, [data desconhecida], p. 3).

Em relação à Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241, PEC dos gastos públicos que ficou conhecida popularmente como PEC do fim do mundo, nem os movimentos e manifestações conseguiram impedir a sua votação e consequente aprovação. A Emenda Constitucional (EC) 95/2016 foi promulgada em dezembro de 2016 que instituiu o Novo Regime Fiscal (NRF) no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros. Isso limita as despesas primárias, incluindo saúde e educação. A saúde terá o seu orçamento congelado pelos próximos 20 anos.

Seguindo a trajetória do Governo Federal, o Estado de São Paulo conseguiu a aprovação, com ampla maioria de votos, do Projeto de Lei (PL) 920. A Lei paralisa os gastos do Estado por dois anos, em troca da renegociação de suas dívidas junto à União. O congelamento pode comprometer o reajuste dos salários dos servidores. Mas o pacote de ataques não pára por aí. Em contrapartida, a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP) aprovou uma proposta de emenda à constituição do Estado, implementando o orçamento impositivo. Com isso, o governo será obrigado a liberar dinheiro para emendas dos parlamentares.

Os congelamentos afetam de forma brutal o SUS, já que com menor investimento, precarizam-se os serviços e diminuem as ofertas de emprego, precarizam-se os processos de trabalho, desregularizam-se programas. Quem é penalizado é o trabalhador do SUS e a população usuária dos serviços, que já sofriam com o abandono do Sistema Único do Brasil e que sofrerão muito mais com os congelamentos citados.

O atual sistema de saúde no Brasil se sustenta na Constituição de 88 e tem como um dos princípios a de saúde como direito de todos e dever do Estado. Porém, há um subsetor do SUS que é a saúde suplementar, composta pelos serviços financiados por planos de saúde. O setor de planos de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica. Portanto, a atenção à saúde no Brasil ainda é exercida fundamentalmente pelo SUS, mas não está garantindo a equidade, universalidade e igualdade. E a partir da ineficiência do setor público, há um grande aumento dos planos de saúde privados no mercado. Segundo Brasil, (2017), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) registrou que, atualmente, são 47.606.341 de beneficiários em planos privados de assistência médica.

O atual Ministro da Saúde é o primeiro sem formação na área da saúde desde 2003. Ricardo Barros é formado em engenharia e conhecido popularmente como o “garoto propaganda dos planos de saúde”. De acordo com a reportagem publicada originalmente na edição 916 da revista Carta Capital, com o título “O ministro dos planos de saúde”, o ministro tem feito de tudo para levar à frente a proposta de criação de planos de saúde populares, definidos como “acessíveis”.

A ideia seria diminuir as exigências mínimas de cobertura, impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) às administradoras, para que possam oferecer planos mais baratos à população. Argumento do ministro: não há recursos e, quanto mais pessoas forem atendidas na saúde suplementar, melhor para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Truffi, 2016, p. 1).

Ainda na revista Carta Capital, edição 916, algumas frases do Ministro da Saúde Ricardo Barros:

Quanto mais pessoas forem atendidas na saúde suplementar, melhor. A questão da qualidade é verificada pela ANS e pelos PROCONS. Ninguém é obrigado a ter planos. Na medida em que as pessoas estão insatisfeitas, elas deixam o plano. A questão, objetivamente, é que não há recurso para se dar tudo a todos.

Só tem direitos lá (Constituição), não tem deveres. Nós não vamos conseguir sustentar o nível de direitos que a constituição determina. Em um determinado momento, vamos ter de repactuar, como

aconteceu na Grécia, que cortou as aposentadorias, e em outros países que tiveram de repactuar as obrigações do Estado, porque ele não tinha mais capacidade de sustentá-las.

A contribuição deste capítulo se atém a analisar o desmonte do SUS e a precarização do trabalho, tentando discutir o cuidado a partir de tantas mudanças. O entendimento desta problemática poderá encaminhar propostas de superação para a melhoria da qualidade do trabalho e da produção do cuidado pelos profissionais que estão na atenção básica.

Há de se constatar que as mudanças estão acontecendo desde a década de 90 com o início da reforma do Estado, que trouxe uma nova concepção do papel do Estado respaldada na ideologia neoliberal. Isso, segundo Rizzo e Santos (2017), implicou a adoção de novas formas gerenciais, resultando no surgimento de várias formas de inserção e estabelecimento de vínculos dos trabalhadores com o SUS a partir de diferentes modalidades de gestão.

O tópico a seguir traz uma pequena abordagem da inserção das OSSs no município de São Paulo.

2.4.2 Novas formas gerenciais: as OSSs em São Paulo

São vários os modelos de contratação para prestação de serviços públicos no Brasil que vão desde os contratos de gestão com OSSs e Organizações da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIPs) como ainda contratos com autarquias ou fundações públicas. Vamos nos ater a explorar as OSSs que estão mais em evidência no cenário da gestão da saúde no município de São Paulo. No cenário nacional, o modelo das organizações sociais foi instituído no arcabouço jurídico por meio da Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, que contempla o Programa Nacional de Publicização. O intuito é fazer com que as organizações absorvam as atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos. Esse processo parte do pressuposto de que os serviços que deveriam ser de responsabilidade do Estado venham a ser desenvolvidos mais eficientemente num setor público não estatal. Nesse contexto, criou-se a oportunidade para que pessoas jurídicas de direito

privado sem fins lucrativos, em parceria com o Estado, prestem serviços públicos à sociedade num regime distinto, o de contrato de gestão.

O Estado de São Paulo, na gestão do Governador Mario Covas, deu o pontapé inicial para a introdução de experiências de OS na saúde, contratando-as para gerenciamento de hospitais em algumas regiões. Já no município de São Paulo, a intensificação das parcerias nos serviços aconteceu na gestão do prefeito José Serra. A transferência da gestão e prestação dos serviços para as OSSs começou em 2006, mas iniciativas no sentido de privatização não eram novidade, como verificamos no capítulo anterior. Em 1995, a gestão do prefeito Paulo Maluf criou o PAS que celebrava convênios com cooperativas de trabalho, constituídas exclusivamente por servidores municipais. Porém, o PAS era um sistema próprio, desligado do SUS.

O modelo atual de OSS traz a mesma linha gerencial do PAS, também com repasse de recursos e doação de bens, mas com outra titulação, não mais cooperativas, agora pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e, ao invés de convênio, o contrato de gestão. De acordo com a Lei 14.132 de 24 de janeiro de 2016:

O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas às áreas de saúde e de esportes, lazer e recreação, atendidos os requisitos previstos nesta lei. (Redação dada ao caput pela Lei nº 14.664, de 04.01.2008, DOM São Paulo de 05.01.2008) (São Paulo, 2006).

A ideia da introdução de OSS é de uma administração de RH mais ágil, podendo contratar profissionais sem necessidade de realizar concurso público, ampliando o quadro de funcionários. Porém, do ponto de vista da assistência em saúde, o que se tem presenciado no município de São Paulo é uma disputa por profissionais, principalmente médicos, com diferentes ofertas de salários e condições de trabalho.

Os primeiros contratos de gestão em São Paulo foram celebrados com onze OSS, entre elas a Fundação Faculdade de Medicina da USP (FFM-USP) e o Serviço Social da Construção Civil (SECONCI).

O município de São Paulo possui quarenta e duas OSSs, qualificadas na forma da Lei Municipal nº 14.132, de 24/01/2006, e conta com nove OSSs, que atualmente possuem contrato e fazem a gestão dos serviços de saúde (Anexo A).

São elas: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Associação Congregação de Santa Catarina, Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina, Associação Comunitária Monte Azul, Associação Saúde da Família (ASF), Serviço Social da Construção Civil (SECONCI), Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS), Fundação ABC e Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM).

No ano de 2014, a prefeitura de São Paulo iniciou uma reformulação nas contratações das OSSs através de chamamentos públicos. A mudança das entidades acarretou dispensas em massa de trabalhadores, recontrações com salários mais baixos e seleção de entidades de reputação duvidosa, com base em critérios exclusivamente econômicos. Como foi o caso da IABAS, caso amplamente divulgado nos meios de comunicação. A organização chegou a São Paulo mesmo respondendo ação civil movida pelo MP do Rio de Janeiro, que aponta irregularidades na administração do recurso público repassado à organização. A IABAS também é investigada pelo MP de São Paulo por improbidade administrativa. Diversas vezes foi denunciada por realizar práticas irregulares que dizem respeito à má gestão, corrupção e precarização do trabalho nos serviços gerenciados. Ainda assim, é uma das OSSs que fazem o gerenciamento de serviços como UBS, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), PS e programas como Melhor em Casa e o projeto Redenção.

Algumas OSSs prestam serviço de boa qualidade, e é claro que os serviços públicos de saúde precisam ganhar em eficiência, porém as parcerias se constituem como um forte estímulo à concorrência entre os serviços do SUS. Além disso, muitos contratos não prevêm a obrigatoriedade de direitos trabalhistas, plano de cargos e carreira. Há uma enorme flexibilidade nas contratações com uma alta rotatividade de profissionais, pois há pouco incentivo para o trabalhador. A falta de investimento e incentivo para os profissionais fazem com que eles não permaneçam a médio e longo prazo nos serviços, o que prejudica o acompanhamento do usuário de forma longitudinal no decorrer dos anos, principalmente nos casos de doenças crônicas que necessitam de um maior acompanhamento.

Os critérios para a seleção das OSSs podem impactar diretamente na deterioração das relações de trabalho e no atendimento ao usuário, já que a imposição de metas para a continuidade do contrato de gestão faz com que as entidades parceiras precarizem o trabalho na área da saúde, dispensando

trabalhadores sem o reconhecimento da qualidade. Não é pensado um modelo público de saúde em longo prazo, mas sim no imediatismo.

As metas de produção e qualidade previstas nos Contratos de Gestão são avaliadas trimestralmente em reuniões das Comissões Técnicas de Acompanhamento – CTA, compostas por membros da Secretaria Municipal de Saúde – SMS e das Organizações Sociais de Saúde – OSS. O percentual mínimo de produção a ser cumprido é de 85% do total de atividades previstas para o trimestre por linha de serviço contratada. A linha de serviço de Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, é composta por diversas atividades e o percentual de cumprimento do Contrato é calculado com base no desempenho do conjunto dessas atividades. Para análise do percentual de cumprimento do contrato são consideradas as produções até 100% da meta prevista, para que não haja concentração em determinadas atividades em detrimento de outras da mesma linha de serviço. Caso seja verificado o não cumprimento da meta de produção assistencial, compete à CTA decidir a pertinência de proceder-se ao desconto de produção (São Paulo, 2016).

Como visto no capítulo anterior, a atenção básica tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população. A longitudinalidade, que trata do acompanhamento do paciente, ao longo do tempo, por profissionais da equipe de AB, é uma característica importante desse nível de assistência. No caso de doenças crônicas, como as que são tratadas neste trabalho, a continuidade do cuidado é de extrema importância e o vínculo na atenção básica diz respeito à relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, facilitando a continuidade do tratamento. Segundo Merhy (1999, p. 3):

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Diante disso, a proposta de cuidado que deveria ter o olhar voltado para as necessidades do usuário, com qualidade, vínculo e responsabilização fica

comprometida, já que o trabalho muitas vezes se volta para os números e para as metas. Como cuidar diante de tanto retrocesso?

2.4.3 Precarização do trabalho: quem está cuidando de quem cuida?

A precarização do trabalho pode ser entendida por perdas nos direitos trabalhistas, que vêm ocorrendo a partir das transformações do mundo do trabalho que surgiram, principalmente, nos países capitalistas. Basicamente, refere-se ao conjunto de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições e relações de trabalho, qualificação e capacitação dos trabalhadores.

Podemos relacionar tais mudanças com a crise do modelo fordista na década de 60 que faz emergir mudanças marcadas pela tecnologia, mudanças nas formas da organização e gestão do trabalho e pela descentralização da produção, crescendo a terceirização, flexibilizando as relações trabalhistas. O trabalho deixa de ser protegido por benefícios e a empresa passa a ter trabalhadores com diversas formas de contratação, com salários diferentes, embora exercendo mesma função. Esse processo tem ocorrido em todos os setores e o setor saúde tem sido alcançado de forma acentuada.

De acordo com Antunes (2008), a sociedade capitalista transformou o trabalho em assalariado, alienado, fetichizado. A força de trabalho passa a ser uma mercadoria e não mais uma finalidade central do ser social. Agora, o trabalho é apenas um meio de subsistência.

Trazendo a discussão para a área da saúde, os trabalhadores sofreram grandes modificações ao longo da história, passando por avanços, estagnações e muitos retrocessos. Uma das questões mais discutidas no âmbito do trabalho em saúde no Brasil é o aumento dos trabalhadores sem as garantias trabalhistas, com contratos temporários, flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família através da nova redação da PNAB como já foi citado anteriormente. Além disso, a terceirização na saúde é crescente. As transferências de função do Estado para as entidades privadas têm sido utilizadas para a não obrigatoriedade de concursos públicos, para a diminuição de custos com

remuneração, precarizando-se, assim, os salários e direitos anteriormente conquistados.

Além de todas as questões abordadas anteriormente, as reformas postas em prática na política de saúde na década de 1990 no Brasil, modificaram as relações de trabalho, gerando novas formas de vínculos trabalhistas. Um dos problemas gerados pelo trabalho precário é a vulnerabilidade do vínculo, que causa uma enorme insegurança e instabilidade no trabalhador. No âmbito do SUS, há uma enorme variedade de formatos, desde os estatutários, os Celetistas, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), até os prestadores de serviço, de contratos temporários. Isso, muitas vezes, dentro de um mesmo local de trabalho.

Lembrando-se da CLT, a nova lei trabalhista foi assinada pelo presidente Michel Temer e entrou em vigor em novembro de 2017. É a maior mudança nas leis trabalhistas do país após a sua criação em 1943. A Lei nº 13.467/2017 habilita a liberdade de exploração do trabalho com a visão meramente de mercado com a ilusão de modernização. As mudanças, em sua maioria, precarizam as relações de trabalho.

Outro ponto é a preferência pela quantidade de procedimentos e atendimentos em detrimento da qualidade dos serviços. Profissionais precisam mostrar números, quantidade de atendimentos, de visitas domiciliares, de grupos realizados. Precisam atender dentro dos limites de horários estabelecidos, mesmo que, para isso, seja preciso um atendimento “en passant”.

O *locus* onde a prática profissional cotidiana, sob o vínculo empregatício e assalariada, ocorre predominantemente é o das *instituições*. Ali, no “todo dia” do trabalho, o sujeito depara com *atividades normatizadas, técnico-burocráticas*, onde via de regra, a preocupação está mais voltada para a produção quantitativa, de aparência imediata, que para resultados qualitativos e duradouros (Baptista, 2001, p. 112).

Um grande desafio para o profissional é enfrentar a prática institucional que, muitas vezes, gera “conflitos e confrontos de poderes e saberes” (Faleiros, 2001, p. 45). Acontece que a autonomia do profissional, às vezes, fica limitada na burocracia do sistema. Diante de todas essas questões, quem está cuidando de quem cuida? Já que o Estado tirou de si essa responsabilidade? Nessa perspectiva, refletir acerca dessas dificuldades se faz necessário na busca de alternativas para tal enfrentamento. E, diante disso, como o trabalhador da saúde tem sido respeitado

em seus direitos, sendo ele sujeito do seu processo saúde – doença? Como superar o adoecimento, superar os limites impostos pelas instituições? Ainda é possível modificar a realidade? Sabe-se que melhorias dependem de mudanças estruturais na conjuntura atual.

Quais os impactos na produção do cuidado? A precarização desestrutura as relações cotidianas do trabalhador, promove o individualismo em detrimento da socialização das ações e dos processos de trabalho. Profissionais desmotivados não conseguem elaborar suas vivências no trabalho. Muitas vezes, os profissionais vivenciam um desgaste mental, porém, com a sobrecarga de trabalho, acabam por banalizar o sofrimento.

Sendo assim, Antunes (2002) coloca que um desafio da humanidade é dar sentido ao trabalho do homem, tornando a vida dotada de sentido. É um desafio vital em nossos dias instituir uma nova sociedade dotada de sentido humano e social dentro e fora do trabalho.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para realizar este estudo e alcançar os objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2011), responde a questões muito particulares, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. É de caráter exploratório, que tem como objetivo proporcionar maior intimidade com o problema e o torná-lo mais compreensível e descritivo.

Trabalhou-se com a cartografia. No Brasil, este procedimento vem sendo muito utilizada em pesquisas na área da saúde pública, principalmente porque enfatiza o processo, ou seja, dá visibilidade as fenômenos no contexto em que ocorrem, possibilitando ao pesquisador não só uma leitura da realidade, mas o acompanhamento dela. É um procedimento relativamente recente no campo da saúde, pouco conhecido, mas que vem despertando o interesse de muitos pesquisadores, ainda mais quando se trata de pesquisas no dia a dia dos serviços. Segundo Martines et al. (2013, p. 203), a cartografia na pesquisa em saúde,

[...] permite a captação da complexidade presente no campo e nos dados produzidos, que falam dos encontros entre profissionais, gestores, pacientes e familiares. Nesta perspectiva, a cartografia é um modo de mapear a realidade, de acompanhar processos de produção, de possibilitar o acompanhamento de movimentos e intensidades dos sujeitos que compõem a complexa produção de cuidados em saúde.

A produção de cuidado em saúde está diretamente relacionada com as relações: institucionais, entre usuário e profissionais do serviço, entre profissionais de diferentes formações, entre equipes e entre usuários e serviço. Assim, a cartografia visa a mapear a complexidade das ações, dos encontros, dos afetos, dos movimentos, retratando o movimento, mostrando as entradas e saídas, os territórios, as possibilidades, dificuldades e potencialidades do cuidar e do cuidado.

Quanto às técnicas de coleta de dados, foram utilizadas a observação, a entrevista semiestruturada e a construção do fluxograma analisador de Emerson Merhy. Essa ferramenta é definida por ele como uma “ferramenta de análise que permite ajudar na busca das respostas para essas perguntas e que, como regra,

todos nós fazemos quando estamos diante do tema trabalho em saúde.” (Merhy, 1997, p. 3).

Quanto aos procedimentos éticos, este trabalho foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o acesso ao campo de pesquisa foi obtido por meio de carta de anuência da Coordenadoria de Saúde Sudeste e Supervisão de Saúde do Ipiranga.

No contexto da pesquisa, é de grande importância relatar o caminho percorrido. Apesar da autorização para a pesquisa parecer uma decisão relativamente simples, os procedimentos protocolares da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo são extremamente burocráticos, não raras vezes torna um processo angustiante e desestimulador para o pesquisador.

A solicitação de anuência foi encaminhada para o setor responsável e, inicialmente, a pesquisa foi intitulada Produção do Cuidado em Obesidade: Uma Cartografia na Atenção Básica do Município de São Paulo. A ideia era trabalhar com mais de uma coordenadoria de saúde do município e por esse motivo, a solicitação foi encaminhada para o Gabinete da Secretaria Municipal. Apesar da insistência e diversos e-mails da pesquisadora, uma resposta, após dois meses, alegava mudança de gestão e a necessidade de encaminhar tudo novamente. Feito isso e após um mês de espera, a pesquisadora foi convocada para uma reunião na Secretaria de Saúde e foi questionada quanto ao seu tema, já que “a linha de cuidados para o sobrepeso e obesidade é nova e os profissionais ainda não a conhecem”. Cabe salientar que estamos em 2017 e a linha de cuidados foi lançada no município de São Paulo em 2014. Três anos, aparentemente tempo suficiente para divulgação e capacitação dos profissionais. A forma como a pesquisadora foi abordada, a fez repensar no seu trabalho, e não tendo muito tempo hábil, resolveu reduzir a sua pesquisa para apenas uma coordenadoria de saúde do município. Com alguns critérios de inclusão, deveria pesquisar em duas Unidades Básicas de Saúde. Uma das unidades de saúde, já de prontidão, não aceitou a realização da pesquisa, alegando “não realizar nenhum trabalho com obesidade”, mesmo tendo, instalado em seu espaço, um pólo do programa Academia da Saúde. Tal situação remete às diversas tensões vividas pelos profissionais, trabalhadores da saúde, permeadas pela falta de autonomia diante das instituições. Desvela também a concentração do poder, o movimento vertical e de mão única. Ainda percebe-se a

falta de entendimento do que seja cuidar em saúde de uma forma mais abrangente do que o trabalho com foco na doença.

A frustração em não poder realizar a pesquisa da forma que gostaria, não diminuiu o desejo em estudar a produção do cuidado em obesidade, e assim escolheu uma Unidade Básica de Saúde da Coordenadoria de Saúde Sudeste, a AMA/UBS Integrada São Vicente de Paula, pelo contato já preestabelecido e ser a unidade onde a pesquisadora estava inserida. A gerente da unidade foi receptiva à ideia de ser campo de pesquisa bem como a Coordenadoria de Saúde Sudeste que foi rápida em analisar o projeto e emitir a carta de anuência. Após esse processo, o projeto foi encaminhado para os Comitês de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO-USP) e da SMS que emitiram o parecer e autorizaram a pesquisa (Anexo B). Assim, os protocolos foram cumpridos. Todo esse processo durou sete meses.

É um relato pouco frequente nos textos da dissertação, mas o considero de extrema importância porque expõe as angústias de muitos pesquisadores que ficam presos na burocracia do sistema, vítimas do desmonte das políticas de saúde. Porém, não mencionar os dilemas do cotidiano das políticas e dos serviços, deixam de apontar também as estratégias e, muitas vezes, abdicam das pesquisas e, conseqüentemente, de mostrar as potencialidades escondidas nos serviços, através de tantos profissionais que se dedicam diariamente pelo bem estar e ao cuidado do. Possivelmente, essa posição em que a pesquisadora se encontrou é experimentada diariamente também pelos usuários, que estão diante de um sistema de saúde complexo e não sabem por onde começar a pedir ajuda por falta de acesso à informação e pela burocratização do acesso.

O universo da pesquisa de campo, portanto, foi constituído por uma Unidade Básica de Saúde. Os participantes da pesquisa foram trabalhadores de saúde de diferentes profissões que fazem parte do quadro de funcionários do serviço, escolhidos de forma aleatória. A amostra foi composta por onze participantes da pesquisa, sendo seis profissionais de saúde e cinco usuários do serviço de saúde. É válido salientar que a quantidade de entrevistas foi alterada devido à aposentadoria da nutricionista durante o processo. Porém, a pesquisadora pôde observar o grupo e alguns encaminhamentos realizados por essa profissional. Para todos os participantes, o critério de inclusão foi a disponibilidade e o aceite em participar da pesquisa.

O estudo teve início com um levantamento das políticas para doenças crônicas, sobrepeso e obesidade no município de São Paulo, e também sobre a implantação e a operacionalização da linha de cuidados do sobrepeso e obesidade através de levantamento bibliográfico. Em seguida, foi realizado o trabalho de campo. Este se iniciou com o levantamento dos usuários e análise dos prontuários.

O grupo de participantes profissionais de saúde era composto por Assistente Social, Enfermeiro, Psicólogo, Nutricionista e Gerente. Já os participantes usuários do serviço foram escolhidos pela agenda da nutricionista e convidados para participar da pesquisa.

Foram agendadas as entrevistas no melhor dia e horário para cada entrevistado, para que não houvesse prejuízo nas atividades, bem como para que não atrapalhasse a rotina da unidade. Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C) e receberam informações quanto aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas com os profissionais de saúde abordavam temas como a integralidade em saúde, a linha de cuidados, a prática profissional, as percepções quanto à rede de saúde e o território, quanto aos determinantes sociais e o processo saúde x doença, as dificuldades, as possibilidades e as queixas e o autocuidado. Com os usuários, foram abordados temas como a procura e o acesso à UBS, o atendimento, as dificuldades, as atividades realizadas, vínculo, expectativas. O fluxograma foi utilizado como um instrumento de autoanálise do processo de trabalho e também ilustrou o caminho percorrido pelo usuário no processo de cuidado.

Após a etapa de realização das entrevistas, foi agendada uma data com o objetivo de elaboração do fluxograma. Assim, o fluxograma auxiliou no entendimento do percurso do usuário na unidade de saúde, desde sua entrada até a saída.

A observação e as entrevistas seguiram um roteiro preestabelecido (Anexo D). As entrevistas continham questões abertas e espaço destinado a comentários livres dos informantes. Foram realizadas em local e horário pré-determinados pelos entrevistados. As entrevistas foram transcritas na íntegra. Os nomes dos profissionais não foram revelados e nem foi realizada a caracterização dos participantes para preservar as identidades; a UBS estudada é relativamente pequena e a caracterização identificaria os participantes.

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise das entrevistas, a análise dos diários de campo, o fluxograma, produtos da imersão no território, os acontecimentos, os encontros, suas potências e seu funcionamento, além da análise de documentos.

Ao contrário de algumas perspectivas que supõem a análise como um momento específico da pesquisa (que pode se dar depois da coleta ou em simultaneidade a ela), a análise em cartografia é, também ela, processual, e inerente a todos os procedimentos de pesquisa. Em alguns métodos de análise, como na análise de conteúdo (BARDIN, 2010), por exemplo, deve-se num primeiro momento, proceder à abertura e à proliferação de sentidos (por meio de atividades exploratórias e não estruturadas) e, num momento posterior, devem ser estabelecidos os critérios de interpretação e de formulação dos resultados. Esse primeiro momento é tido como uma fase de pré-análise, embora dela dependa todo o restante do procedimento analítico. Para a cartografia, ao contrário, a abertura à multiplicidade de sentidos não pode ser temporalmente localizada na pesquisa. Ela se dá ao longo de todo o processo; sustentar a atitude de abertura é, inclusive, uma das tarefas principais da análise na pesquisa (Barros; Barros, 2013, p. 388).

4 “CARTOGRAFANDO” A UBS SÃO VICENTE DE PAULA

Se pudéssemos apresentar um elemento fundamental para a prática cartográfica, este seria o encontro. Entretanto é preciso superar a noção comum de encontro como um “encontrar algo”, ou “achar alguém ou alguma coisa”. [...]O encontro é sempre ziguezagueante, algo que se passa entre dois, transitando pela multiplicidade de coisas e signos que povoam o momento singular do encontrar-se (Costa, 2014, p. 72).

4.1 “CARTOGRAFANDO”

Se buscarmos o conceito de cartografia, encontraremos várias definições para o termo. A cartografia, como sabemos, é a área do conhecimento responsável pela elaboração e estudo dos mapas e representações cartográficas em geral, incluindo plantas, croquis e cartas gráficas. Outras definições também são no sentido de que a cartografia se preocupa em produzir mapas, espaços naturais e geográficos, maquetes e outros documentos nessa direção.

A cartografia, de acordo com uma definição geográfica, é a ciência e a arte de expressar graficamente, por mapas ou cartas, os variados aspectos de uma paisagem ou de uma superfície. Nessa ciência, o olhar do cartógrafo é a parte da construção daquilo que pretende apresentar. Seu percurso, cujas marcas estão registradas no caminho percorrido e em seu diário de bordo, é traduzido em cartas que apontam aquilo que vê e sente (Correa, 2009, p. 35).

Porém, a cartografia surge como método de pesquisa interventiva e vem aumentando muito, nos últimos anos, a sua utilização para pesquisas qualitativas na área da saúde. Um método relativamente novo que vem sendo muito utilizado para estudos relacionados à produção do cuidado em saúde.

A cartografia, da forma como veremos aqui, foi formulada pelos filósofos franceses Giles Deleuze e Félix Guattari, na década de 60, e desenvolveram a ideia de rizoma. Rizoma é uma raiz que tem um crescimento diferenciado, ela cresce horizontalmente, não tem uma direção clara e definida. Segundo Souza e Francisco (2016), a pesquisa cartográfica tem o desafio de manter o pensamento aberto para os acontecimentos e processos sem perder de vista os objetivos.

O pesquisador-cartógrafo não vai ao campo para coletar os dados de pesquisa, como algo que já está lá, pronto e à espera de alguém que os colha e os analise. A questão que importa à cartografia é saber o que se analisa e não o que são os dados. Levando-se em conta a transversalização e a implicação, não se trata de ir ao campo para coletar os dados de pesquisa, mas de imergir no campo, interagir com ele, deixando-se envolver reflexivamente, sempre atento aos movimentos e intensidades, à espreita ao que vai sendo produzido como material de pesquisa. Mais do que focalizar e selecionar informações, a atenção deve se concentrar e se voltar para os processos em curso, buscando detectar signos e forças circulantes, mesmo que, aparentemente, desconexos e fragmentados (Souza; Francisco, 2016, p. 818).

De toda forma, há muitas possibilidades em relação ao procedimento cartográfico, ele pode ser utilizado em toda e qualquer realidade onde o pesquisador queira acompanhar um processo.

Segundo Costa (2014), a cartografia tem vários métodos de utilização, não é um método único e nem linear. O pesquisador-cartógrafo pode inventar a sua melhor forma de acordo com os encontros e relações estabelecidas em seu campo de pesquisa.

Muitas vezes busca-se perceber um estabelecimento de saúde, seja uma unidade básica, um hospital, clínica ou mesmo uma equipe, através da sua estrutura organizacional. O olhar do planejador caminha no seu interior, buscando o organograma, os fluxos estruturados, o padrão funcional, as normas elaboradas para a regulação da vida, enfim, ela vai se revelando pela ótica do mundo racionalmente concebido, que reflete a realidade de certo ângulo. A mudança do foco do olhar pode viabilizar uma percepção desses estabelecimentos de outras formas, concebê-los mais ou menos organizados, analisar seus funcionamentos e se apropriar da qualidade dos serviços que prestam, fazendo sobre esses, distintos juízos de valor (Franco; Merhy, 2007, p. 3).

Ainda segundo Franco e Merhy (2007), as cartografias do processo de trabalho se revelam nas relações que são encontradas no território estudado, nas subjetividades que se atravessam, e na produção dos fluxos de cuidado. Como também do “não cuidado”, o contraditório, o inesperado, os desvios e estranhamentos. Podemos dizer que o universo da cartografia é muito rico e cabe ao pesquisador perceber da melhor maneira possível as interações encontradas no seu campo de pesquisa.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A UBS estudada fica localizada no bairro do Ipiranga e faz parte da Coordenadoria de Saúde Sudeste e Supervisão de Saúde do Ipiranga, bairro tradicional do município de São Paulo.

Os primeiros registros da região remontam a 1510, mas foi fundado como bairro em 7 de setembro de 1822, mesma data da Proclamação da Independência, por Dom Pedro I, às margens do rio Ipiranga. O Museu e o Monumento do Ipiranga, inaugurados respectivamente em 1895 e 1922, foram construídos logo após a Proclamação. Eles representam, juntamente com o Parque da Independência, o marco histórico da emancipação política do Brasil. O bairro conta com várias construções tombadas pelo Conselho Municipal do Patrimônio Histórico, Cultural e Ambiental da cidade de São Paulo (CONPRESP), o que faz com que a história do bairro seja ainda mais valorizada.

Os bairros limítrofes com o Ipiranga são: Vila Prudente, Mooca, Vila Mariana, Cambuci, Cursino e Sacomã. Também faz divisa com o município de São Caetano do Sul. Possui uma população total de 106.865 habitantes de acordo com Censo 2010 realizado pelo IBGE. A renda média da população é de 1.593,00 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,883, considerado elevado.

Na região, existem 17 estabelecimentos de ensino entre privados e públicos e, entre esses, estão 2 universidades privadas e 1 instituto de cegos. Possui 3 hospitais, sendo 2 públicos e 1 privado, 1 ambulatório de especialidades da rede hora certa com hospital dia e Centro Especializado de Reabilitação (CER), CAPS infantil, CAPS álcool e drogas e CAPS adulto, 2 Centros Especializados de Odontologia (CEO), entre outros estabelecimentos de saúde. Na área social, o bairro conta com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), o Núcleo de Proteção Jurídica (NPJ), além de Organizações Não Governamentais (ONGs) como a Fundação Nossa Senhora Auxiliadora do Ipiranga (FUNSAI), a Associação de Moradores do Bairro do Ipiranga, além de SESC, SESI e Centro Dia para convivência de Idosos.

Os serviços de saúde de referência na região são o Hospital Dia Flávio Giannotti, a Ama Flávio Giannotti, Hospital Ipiranga, Instituto Cândido Fontoura, Hospital Saboya (PS infantil), Ama Sacomã.

As principais causas de óbitos na região são: 1ª causa - Doenças isquêmicas do coração; 2ª causa – Doenças Cérebro vasculares; 3ª causa – Pneumonia; 4ª causa – Bronquite, enfisema e asma e 5ª causa – Homicídios (São Paulo, 2011).

De acordo com dados da caracterização da Unidade, realizada em 2016, pela Supervisão de Saúde Sudeste, a UBS estudada foi inaugurada em setembro de 1984 como um posto de saúde do Estado e, em 2001, foi municipalizada e nomeada como UBS São Vicente de Paula. Em outubro de 2014, integrou-se à AMA Flávio Giannotti, migrando para AMA/UBS Integrada São Vicente de Paula.

É uma unidade considerada tradicional por não possuir a ESF. No mesmo espaço da UBS, funcionam dois programas: o Programa de Acompanhante de Idosos (PAI) e a Unidade de Referência à Saúde da Pessoa Idosa (URSI).

As Unidades de Saúde com as quais faz divisa são: UBS Dr. Oswaldo Marasca Jr., UBS Dr. Joaquim Rossini, UBS Moinho Velho II, UBS Vila Gumercindo.

A unidade realiza atividades como consultas médicas em atenção básica e especializada com psiquiatria e nutrição, psicologia, consultas odontológicas, dispensação de medicamentos, dispensação de fraldas, dispensação de insumos de diabetes, atendimento de enfermagem, vacinação, curativos, inalação, retirada de pontos, verificação de P.A., teste de gravidez, teste de glicemia no sangue, coleta de material para exames, vigilância epidemiológica.

Mesmo sendo uma unidade tradicional, a UBS realiza diversas atividades em grupo como grupo de planejamento familiar, grupo de prevenção de quedas, grupo de tabagismo, grupo de hipertensão e diabetes, grupo de gestantes, grupo de caminhada e PICS com o grupo de Liang Gong e auriculoterapia. Também é realizado o acolhimento em saúde mental para compartilhamento dos casos com os profissionais dos CAPS Infanto Juvenil, CAPS Álcool e Drogas e CAPS adulto que realizam matriciamento semanal na UBS.

A unidade é integrada à AMA que é uma modalidade de pronto-socorro destinado a resolver apenas ocorrências de baixa complexidade, que não envolvam risco de morte para o paciente. Os ambulatorios de pronto-atendimento atendem todo e qualquer mal-estar repentino, como uma dor de cabeça, uma febre ou uma crise de hipertensão. A diferença desse serviço para o da UBS é que o paciente não precisa agendar consulta com antecedência.

O RH da AMA é formado por 2 auxiliares de apoio administrativo, 6 plantonistas da recepção, 2 assistentes administrativos, 10 auxiliares de

enfermagem, 5 enfermeiros, 1 assistente social, 21 médicos plantonistas (entre clínica geral e pediatria), 4 técnicos de farmácia e 1 coordenadora. Já o RH da UBS é formado por 1 gerente, 5 auxiliares administrativos, 5 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiros, 3 dentistas, 2 auxiliares de saúde bucal, 3 médicos de clínica geral, 2 ginecologistas, 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 2 técnicos de farmácia, 1 farmacêutico, 1 assistente social, 1 nutricionista. Vale lembrar que a profissional aposentou-se no decorrer da pesquisa, porém ainda existe a vaga e espera-se que seja repostada. Além dos profissionais da URSI, que conta com 1 enfermeira e 1 médico, o PAI possui 1 coordenadora, 1 enfermeira, 1 médico, 2 auxiliares de enfermagem e 10 acompanhantes de idosos. Os funcionários terceirizados são: 5 auxiliares de serviços gerais, seguranças e 2 motoristas de ambulância. Como o presente trabalho busca mostrar o cuidado na UBS, iremos tratar apenas dos 30 funcionários da unidade.

Quanto à forma de contratação dos funcionários da UBS, 23 pertencem à OS SPDM, que tem o contrato de gestão da unidade, e apenas 7 funcionários são da administração direta da Prefeitura Municipal de São Paulo.

A estrutura física da unidade é composta por 1 recepção, 13 consultórios, 2 salas de espera, 1 sala de curativo /coleta, 1 sala de observação, 1 sala de inalação, 1 medicação, 1 sala de imunização, 1 sala de esterilização / expurgo, 1 sala do PAI, 1 sala de enfermagem, 1 sala de acolhimento, 1 banheiro para deficientes, 6 banheiros (2 para funcionários e 4 para usuários), 1 farmácia, 1 Almoxarifado 1 sala Serviço Social, 1 sala de reunião, 1 copa, 2 salas administrativas.

Podemos dizer que é uma unidade pequena pela quantidade de profissionais, por ser integrada com a AMA e por ainda abrigar dois programas importantes como PAI e URSI, porém é muito organizada e conta com uma área externa arborizada bem aproveitada para a realização de grupos e reuniões.

A unidade não tem acessibilidade para pessoas com necessidades especiais. Quando os usuários não conseguem subir para atendimento, o profissional desce para atendê-lo em algum consultório disponível.

Segundo São Paulo, (2011), o total da Abrangência da UBS São Vicente de Paula é de 40.497 habitantes, sendo que de 0 a 14 anos a população abrangente é de 5.434 habitantes, de 15 a 59 de 26.427 habitantes e a faixa etária dos 60 anos a 70 e mais, e a população abrangente é de 8.636 habitantes.

Ainda de acordo com São Paulo (2011), os dados da CEINFO mostra que o total de produção da unidade no ano de 2016 foi de 35.457 consultas com clínica médica e 7.331 com pediatra na AMA e, na UBS, foram 16.061 consultas médicas. O que demonstra uma procura bem maior na assistência ambulatorial que o acompanhamento agendado na UBS.

Dentro da unidade, possui uma central de regulação, composta por duas auxiliares administrativas que realizam os agendamentos de consultas e procedimentos para os outros níveis através do programa SIGA Saúde e da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). É na regulação que o usuário deve deixar as solicitações para agendamentos das especialidades na média complexidade. A média complexidade fica responsável por fazer os encaminhamentos para a alta complexidade.

Os atendimentos realizados na unidade por clínica médica acontecem por meio de agendamento e, em casos esporádicos, com o esquema de “encaixe” do usuário para consulta médica. No caso dos atendimentos para psiquiatria e psicologia, alguns usuários de outras unidades são agendados pela regulação da região do Ipiranga e os usuários pertencentes à UBS São Vicente de Paula, que buscam tais atendimentos, passam pelo acolhimento em saúde mental que é realizado por assistente social, enfermeiro ou psicólogo. Após acolhimento, os casos são discutidos em matriciamento juntamente com os profissionais dos CAPSs.

Para atendimento com nutricionista, além dos pacientes de outras unidades, via regulação central, os pacientes procuram na recepção e são direcionados para o grupo de primeira vez. Os detalhes do atendimento nutricional serão dados mais à frente desse trabalho.

As visitas domiciliares são realizadas de acordo com a prioridade da demanda. Foi percebido que algumas visitas acontecem devido à necessidade de realização de procedimentos de enfermagem e outras, geralmente, envolvem questões ligadas ao serviço social.

O conselho gestor da UBS estudada é bem participativo. Durante a permanência em campo, aconteceu o processo eleitoral de uma forma democrática e correta. A participação da população nos serviços de saúde é de grande importância, uma vez que gestão deve ser participativa e compartilhada. A principal função do conselho é a de participar da gestão da unidade. O Conselho Gestor de Saúde é um órgão composto por representantes dos segmentos: gestor, trabalhador

e usuários das unidades de saúde e das Supervisões Técnicas de Saúde. O conselho é deliberativo e permanente com composição, organização e atribuições definidas por lei.

4.3 O CAMINHO TRILHADO E OS ACHADOS PELO CAMINHO.

A Pesquisa foi realizada durante três meses, tempo em que a pesquisadora permaneceu diariamente na Unidade Básica de Saúde. A sua carga horária na unidade era de seis horas diárias, cinco dias por semana. Trata-se do local em que a pesquisadora atuou como assistente social, o que facilitou o acesso aos membros envolvidos pela proximidade e relação intersubjetiva já constituída. A observação durante esse tempo seguiu um roteiro preestabelecido, quando foi considerado e observado o atendimento ao usuário, a recepção do usuário, o tempo de espera, a relação estabelecida entre usuários e profissionais, o acolhimento, a demanda de marcação de consultas, os retornos, as atividades desenvolvidas, os instrumentos de trabalho, a articulação e a relação entre os profissionais, o território, a relação profissional e usuário e a articulação com a Rede de Atenção.

O caminho da pesquisa cartográfica pressupõe que os momentos de produção, análise e discussão de dados aconteçam simultaneamente, como o ato de caminhar, que é constituído por passos que se sucedem sem se separar, em um movimento contínuo, desenhado pelo anterior e pelo que vem em seguida (Martines et al. 2013, p. 207).

As entrevistas foram realizadas valorizando-se as falas dos participantes para obtenção de informação. A presente cartografia traz os discursos dos participantes a partir de alguns temas. Além de mostrar os saberes e práticas dos profissionais da UBS, evidenciou-se a necessidade de estudar as particularidades dos usuários. Alguns temas foram observados, abordados e analisados de acordo com as falas durante as entrevistas realizadas.

O primeiro tema abordado com os profissionais foi **INTEGRALIDADE**. Dentre as concepções acerca do tema, pode-se considerar que são diferentes formas de entender a integralidade.

Integralidade em saúde significa um olhar para o sujeito do ponto de vista biológico, social, psicológico integrando todas as necessidades na oferta e no manejo do cuidado. Acho que é isso. (Profissional A)

Por integralidade em saúde eu suponho que seja uma abordagem multiprofissional em que se avalia o estado geral do indivíduo, levando em consideração aspectos biológicos, a genética e a nutricional, psicológicos que são os emocionais e os aspectos sociais que são os aspectos de cultura e financeiros. (Profissional D)

O conceito de Integralidade não se fecha em uma única definição, ela é de natureza polissêmica e o seu conceito se constrói a partir das práticas e das relações reconhecidas nos serviços de saúde. A integralidade pode envolver escuta, cuidado, acolhimento, olhar o usuário como um todo e não somente a doença, observando as histórias de vida. De acordo com Mattos (2006), talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo. Mas é certo que o atendimento integral deve extrapolar a estrutura dos serviços, deve ir ao encontro da qualidade da atenção ao usuário, seu contexto familiar e a comunidade na qual está inserido.

Segundo Silva et al. (2003), do ponto de vista jurídico-institucional, a integralidade é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema.

Entendo a integralidade como um dos princípios do SUS, que envolve toda a organização do serviço, bem como preparo dos profissionais, de forma a ouvir o usuário, compreender o usuário dentro de todo o contexto biopsicossocial e, assim identificar as demandas, pra atender suas necessidade. (Profissional C)

A integralidade em saúde é um conjunto de práticas e intervenções voltadas para a promoção ou recuperação da saúde. (Profissional E)

Pensando a integralidade no sentido da horizontalidade das ações e no sentido da articulação com os demais níveis de atenção, a pesquisadora pôde perceber que os profissionais limitam-se aos encaminhamentos pontuais ao setor especializado e, geralmente, não acompanham os casos. Os pacientes chegam, por demanda espontânea, ao serviço, buscando consulta com nutricionista; havendo necessidade de atenção em outro nível, o usuário tem que passar em consulta médica para que o mesmo faça o encaminhamento para o endocrinologista. Se

houver necessidade, por exemplo, de cirurgia bariátrica, o próprio nível secundário faz o encaminhamento para o nível hospitalar. Porém, o usuário será “paciente” do outro nível, não mais da atenção básica, acabando aí a responsabilidade do profissional com o mesmo.

Esse tema é um grande desafio para a RAS no SUS, principalmente para a Atenção Básica, que é o espaço mais próximo do cotidiano das pessoas e que consegue compreender melhor os determinantes sociais da saúde no seu território. A AB deve ser o local para ações de promoção da saúde, prevenção e enfrentamento da obesidade. Além disso, é muito importante que as equipes de AB mantenham o vínculo com os indivíduos enquanto são assistidos em outros níveis, assim como com as equipes de profissionais desses serviços, de forma a desempenhar seu papel de coordenadora do cuidado na RAS. Porém, o que muitas vezes acontece é que a AB faz a referência para os outros níveis e não continua o acompanhamento; é como se entregasse o paciente para o outro nível, “toma, é seu!”.

Talvez haja uma dificuldade maior no acompanhamento devido à unidade ser uma unidade tradicional que não tem ESF. Afinal a ESF visa a reorganizar as práticas na atenção básica e, nesse sentido, há um acompanhamento mais de perto. Porém, ainda assim, cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais acolhem aos pacientes que os procuram.

No caso da nutrição, a primeira consulta é realizada em grupo denominado “grupo de primeira vez da nutrição”. Nesse grupo os usuários contam o porquê de estarem ali e quais as suas necessidades. A partir dos relatos, a profissional faz uma mini palestra que aborda a alimentação saudável e a prática de atividades físicas. Agenda a consulta individual, quando é realizado um questionário sobre os hábitos alimentares e é prescrita uma dieta. Em caso de obesidade mórbida, o usuário é encaminhado para o médico.

Em relação ao atendimento médico, há somente o encaminhamento para o endocrinologista ou a introdução de medicamentos. Não há uma integração entre médicos e os demais profissionais da UBS. Segundo Mattos (2006, p. 54),

A abertura dos médicos para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou que pode vir a se apresentar – como a simples necessidade da conversa – também ilustra a integralidade. Podemos facilmente reconhecer que as necessidades dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de abolir o sofrimento gerado por uma doença, ou à perspectiva de evitar tal sofrimento. Buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade.

Outro aspecto da integralidade encontrado nas falas dos profissionais foi pensar o profissional como parte integrante desse processo. O profissional deve estar atento para as questões do cuidado integral, não só olhando o paciente como um todo, mas acompanhando o seu processo de adoecer e continuar acompanhando o usuário para que este tenha a sensação de pertencimento e perceba que existe vínculo e responsabilização da equipe para com o cuidado.

Integralidade em saúde consiste... consiste em olhar para o usuário de uma forma integral, olhar o usuário em todos os seus aspectos e não olhar somente a doença. Eu acredito que a integralidade abrange o comportamento dos profissionais também, da equipe, da rede de serviços e até as políticas públicas para atender as demandas das pessoas. (Profissional B)

Podemos identificar a falta da integração entre os níveis de atenção através da fala desta usuária. Ela foi submetida à cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas (HC) e nunca foi contra referenciada para acompanhamento na UBS.

Não, só da alergia que eles mandou pra cá, mas da bariátrica é só lá até hoje. Continuo indo uma vez por ano, era de 3 em 3 meses, toda aquela sequencia né? Agora é anual, nutricionista ainda que agora está de 6 em 6 meses, mas todo acompanhamento é lá. Mais de 80 exames que faz né? Que lá é uma... é uma bateria, é um monte de coisa, que nem convênio não faz, cada vez que vc vai lá é um livro né? Então eu acho assim, ajuda muito a gente né? Mas não depende só do que eles faz com a gente, depende muito do que a gente faz. (Usuária A)

Outro tema abordado com os profissionais foi **LINHA DE CUIDADOS**. Esse tema mostra a lentidão em que as coisas acontecem na gestão e a falta de atenção para DCNT. Durante os três meses em que a pesquisadora atuou como assistente social na UBS São Vicente de Paula, ela foi convocada para duas capacitações em linha de cuidados. Existe realmente uma necessidade grande de capacitação para

todas as áreas, e não está sendo aqui questionada a prioridade das ações, mas acredita-se que existe a necessidade de capacitação em todas as linhas de cuidados. O MS já reconheceu que a obesidade e o sobrepeso estão entre as ações prioritárias, uma vez que criou a linha de cuidados e vem criando programas para esse tema. Porém, não adianta ficar apenas no papel e não repassarem para os profissionais que estão na ponta, lidando diretamente com a população que utiliza os serviços. O profissional deve estar preparado para atender todas as linhas, independente da sua formação. O profissional de serviço social, por exemplo, deve saber sobre as linhas de cuidados, pois elas organizam os fluxos e dão direcionamento para o caminho do usuário que busca pelos serviços. O profissional deve estar preparado para orientar. Para se trabalhar com obesidade não precisa ser médico ou nutricionista. Afinal, a integralidade também não é olhar o usuário como um todo? Não é ir além das questões da doença?

Esse tema teve uma das perguntas censurada pela SMS. A questão deveria ser modificada já que os profissionais não conheciam a linha de cuidados que é “nova”. Têm-se os resultados de acordo com a fala da SMS: os profissionais realmente não conhecem a linha de cuidados do sobrepeso e obesidade. Alguns disseram que já tinham lido algo nesse sentido, porém, conhecer para orientar, não sabem. Alguns sabem o que é linha de cuidados ,no geral, mas desconhecem a linha de cuidados para o sobrepeso e obesidade. Isso mostra que falta orientação dos gestores, falta investir na capacitação dos profissionais; não é apenas se falar de obesidade para médico e nutricionista, mas para todos os outros profissionais que estão diretamente ligados com a população.

Quando perguntados o que entendiam por linhas de cuidados, apenas um profissional não soube responder. Mas, como citado, a pergunta não foi sobre o que sabiam sobre a linha de cuidados do sobrepeso e obesidade, já que para se obter a carta de anuência foi necessário retirar a pergunta “Você conhece a linha de cuidados do sobrepeso e obesidade?”.

Entendo que linha de cuidados são as diretrizes para um determinado atendimento, ela deve traçar os caminhos a percorrer visando uma clareza de procedimentos e condutas, possibilitando um atendimento mais equânime. Ééé, eu penso que a linha de cuidado de um determinado seguimento, procedimento, deve ser acessível e claro para todos. Porque isso pode prevenir informações e direcionamentos equivocados.
(Profissional A)

A linha de cuidados compreende as linhas prioritárias de atenção à saúde, aí recebem verba específica e possuem metas para alcançar em determinada área da saúde. (Profissional B)

Acho que a linha de cuidados é um fluxo que vai nortear a assistência, né? Conduzindo todo o trabalho dos profissionais e acho que também vai nortear o caminho do usuário. (Profissional C)

Não sei te responder. (Profissional D)

A linha de cuidados é a sequencia ou o fluxo assistencial determinado dentro da rede de atenção à Saúde para o enfrentamento do agravo em saúde. (Profissional E)

Quando se inicia uma pesquisa em um serviço de saúde, não se imagina o que irá encontrar e nem como os profissionais irão reagir diante de alguém que quer saber o seus saberes e práticas. Talvez não imagine as mudanças que acontecem a partir de uma simples pergunta. Ao término das entrevistas, os profissionais da unidade estudada receberam um e-mail da gerente da UBS com a linha de cuidados do sobrepeso e obesidade. Talvez isso seja bem pequeno diante da grandiosidade do sistema, mas essa atitude mostra que, de alguma forma, a pesquisadora plantou uma semente.

Ao ser perguntado quais aspectos relevantes deveriam compor a linha de cuidados do sobrepeso e obesidade, a resposta do profissional **A** foi um resumo do que realmente deveria compor. Na verdade, como a linha já existe, podemos dizer que a atenção básica deveria estar prepara dessa forma. Com um sistema menos burocratizado, com maior acessibilidade, com todos os profissionais necessários e capacitados para acolher as demandas, com um cuidado integral, em que o usuário não “se perdesse na rede” e que não tivesse a necessidade de aguardar muito tempo por consultas básicas ou aguardar dois anos ou mais na fila para realizar a cirurgia bariátrica.

Acredito que o fluxo claro e compatível com as necessidades dos usuários que buscam o serviço. Os procedimentos devem ser acessíveis ao SUS, com equipe disponível para o atendimento, hoje não existe, não são todas as unidades que possuem acompanhamento psicológico, por exemplo. Os usuários se perdem na rede e muitas vezes desistem do atendimento. O atendimento deve ser integral, com uma maior agilidade (Profissional A)

Não existe uma clareza dos procedimentos. Tive a oportunidade de orientar um usuário que me procurou para orientação quanto ao fluxo e foi aí que eu

descobri que existia uma linha de cuidados para paciente obeso. Quando esclareci todas as etapas que ele teria que recorrer, ele queria fazer à bariátrica, ele desistiu e disse que iria recorrer à rede privada. (Profissional A)

Como pensar tudo isso com o desmonte do SUS? Com a falência do sistema público brasileiro?

Acho que os aspectos relevantes seriam mais recursos financeiros, uma maior capacitação profissional, porque eu acho que poucos profissionais sabem que existe essa linha de cuidados, e o apoio e incentivos às atividades físicas. (Profissional B)

Como pensar em mais recursos financeiros diante de tantos cortes e congelamentos para a área da saúde? Como pensar em mais recursos financeiros diante de um MS que quer a população com plano de saúde ao invés de um SUS universal, igualitário, equânime, integral, onde as pessoas tenham direito a saúde sem ter que pagar por planos “acessíveis”?

Deveria ter um estudo detalhado da população para conhecer o perfil e estruturar os serviços nas unidades básicas de saúde para acolher essas demandas. Precisa também alinhar as ações conforme a política estabelecida pelo Ministério da Saúde. (profissional C)

Acho que uma avaliação feita por clínico geral que seria os cuidados médicos e nutricionistas e psicólogos e assistentes sociais. (Profissional D)

O aspecto relevante para a linha de cuidados da obesidade será a assistência em saúde mental, trabalhar a parte psicológica dos pacientes. (Profissional E)

O tema **TRABALHO EM EQUIPE** foi pensado a partir do pressuposto de que nenhuma profissão é absoluta, assim como nenhum conhecimento é único. A perspectiva interdisciplinar, segundo Rodrigues (2001, p.156), não fere as especificidades das profissões e tampouco seus campos de especialidade.

A partir das falas e, também, partindo da observação da pesquisadora, constatou-se que o trabalho em equipe é pouco realizado na UBS São Vicente de Paula. Talvez pela caracterização de ser uma UBS tradicional. Porém, a interdisciplinaridade deve ser estimulada e praticada, uma vez que enriquece, alarga e flexibiliza o saber, além de beneficiar o usuário com vários olhares, por diversos ângulos.

Os momentos de trabalho em equipe na UBS acontecem no matriciamento em saúde mental e em alguns grupos que geralmente são compartilhados com dois ou três profissionais. As falas dos profissionais **B** e **C** ratificam o que foi observado pela pesquisadora durante a sua permanência em campo.

Temos uma relação harmoniosa, porém ainda existe a prevalência do modelo biomédico e não existe um trabalho multiprofissional propriamente dito. Na URSI eu tenho um contato maior e atuação junto com o serviço social e com o médico. Mas cada um com suas atribuições. (Profissional B)

Procuro ter uma boa relação com todos da equipe, mas vejo que existe uma resistência por parte da equipe médica em auxiliar e aceitar a conduta de outros profissionais da saúde. Não acho que temos um trabalho multi aqui na unidade, Talvez por ser unidade de saúde tradicional e AMA, por não ter a estratégia de saúde da família, o trabalho multiprofissional fica prejudicado. (Profissional C)

Temos uma boa relação multiprofissional, não temos problemas com essa questão. A prática é sempre estimulada pela gestão estamos sempre atentos a isso. (Profissional A)

Tenho pouco contato com os outros profissionais da unidade, faço encaminhamentos apenas, O trabalho multi acontece apenas no trabalho do matriciamento em saúde mental, também quando realizo alguns grupos com outro profissional da unidade. No caso do grupo de tabagismo por exemplo. (Profissional D)

O trabalho multi aqui na unidade se dá mediante a demanda trazida, por exemplo: o paciente quer fazer cirurgia bariátrica, então precisa ser acompanhado pela nutrição, pelo psicólogo, em grupos também. (Profissional E)

O trabalho interdisciplinar, como já citado algumas vezes, potencializa a resolutividade das equipes, ampliando os saberes, pensando junto estratégias para produzir o cuidado. Os profissionais de Saúde devem buscar desenvolver trabalhos que possibilitem o resgate da autoestima, a visão crítica sobre o seu estado de saúde como, também, ações terapêuticas (grupos de caminhada, atividade física etc.) para acompanhar de forma conjunta a evolução do tratamento desses usuários.

As práticas educativas em saúde e nutrição devem ter como eixos centrais a promoção de saúde, compreendida como promoção da qualidade de vida e da cidadania, e o incentivo à adoção de padrões alimentares sustentáveis e que preservem a saúde, a cultura, o prazer de comer, a vida, os recursos naturais e a dignidade humana (Boog, 2004, apud Brasil, 2014, p. 105).

A educação em saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, além de trabalhar a autonomia da população para que busquem respostas para às necessidades do seu território.

Nesse quadro, a autonomia implica necessariamente a construção de maiores capacidades de análise e de co-responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente; enfim, com a vida. Para tanto, uma Política Nacional de Promoção da Saúde terá maior eficácia à medida que construa ações quanto aos modos de vida que apostem na capacidade de auto-regulação dos sujeitos sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida e, ao mesmo tempo, opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população. Apostamos, pois, na articulação dos conceitos de promoção da saúde e de redução de danos para criarmos outras maneiras de trabalhar entre o respeito às opções individuais e o compromisso com a saúde coletiva. Pensar em redução de danos é pensar num modo de lidar Campos, com os riscos que não signifique abrir mão de nossos conhecimentos técnico, clínico e epidemiológico e, concomitantemente, não signifique o aprisionamento da vida em mecanismos disciplinares e higienistas (Campos, 2004, p. 747).

A pesquisadora, como já informado na apresentação deste trabalho, é assistente social. E, diante disso, pôde observar que há uma importante valorização desse profissional na UBS estudada. Claro que, em muitos momentos, assim como em todos os espaços ocupacionais, não se compreende muito o papel do serviço social. Porém, a gerência da unidade busca, além da intervenção do serviço social, a sua inserção em espaços de discussão, valorizando assim a sua prática. Como diz Rodrigues (2001, p. 157), o serviço social é uma profissão interdisciplinar por excelência, a interação com outras áreas é primordial. E o que se pode perceber na UBS São Vicente de Paula é que, apesar de poucos os momentos de trabalho interdisciplinar, os profissionais estão sempre interagindo e buscando discutir os casos com o assistente social.

O tema **REDE DE ATENÇÃO E INTERSETORIALIDADE** busca mostrar a importância da articulação com a RAS e com toda a rede que compõe o território, com outras políticas públicas, buscando um agir de forma intersetorial. Além disso é de extrema importância envolver a família e a comunidade, empoderando-os.

Intersetorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de

algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população. Porém, a intersectorialidade não deve ser pensada como uma estratégia única e/ou definitiva a ser aplicada sobre os diferentes territórios e populações. Ao contrário, ela deve responder às necessidades de saúde de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso e, principalmente, envolvendo a população no percurso do diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas (Campos et al., 2004).

O trabalho em rede compreende o trabalho conjunto entre os serviços de atenção básica e outros serviços. Há uma dificuldade em estabelecer um trabalho em rede, principalmente por ser uma UBS tradicional. A articulação com a RAS acontece mais na forma de encaminhamentos, referência e contra referência. Mas o que se pode perceber é que a gerência da UBS São Vicente de Paula, de alguma forma estimula essa articulação com a rede. Os profissionais estão sempre participando das reuniões na rede, nos CAPS, nos fóruns saúde – escola, além de incentivar, garantir o espaço e participar do matriciamento em saúde mental que acontece na UBS semanalmente. Mas a articulação ainda é muito frágil. Na verdade, a rede é frágil; há um desmonte em todas as áreas, então falta profissional em toda rede e os serviços ficam prejudicados.

Eu observo a articulação da UBS com a rede de forma precária e ineficiente, além do que existe uma divergência envolvendo a gestão, que tem alguns lugares que tem a gestão pública e alguns lugares que tem a gestão das OSS. Então há uma divergência, inclusive entre profissionais da tradicional e das OSS. (Profissional B)

Na verdade a gestão de OSs faz parte de um processo de desmonte da saúde. Há uma descontinuidade das ações, mudanças contínuas de profissionais o que prejudica o vínculo dos profissionais com o paciente. (Profissional B)

Ações pontuais e desarticuladas não conseguem alterar a dinâmica dos usuários nos serviços. É necessário conhecer a rede existente no território, assim como uma visão que vai além dos muros institucionais, ou seja, conhecer os programas e as organizações para além do encaminhar, realizar ações conjuntas.

Sim, a UBS articula as demandas, referenciando conforme os recursos disponibilizados pela rede. Então faz a referência, os encaminhamentos, mas não sei se o acompanhamento depois que esses encaminhamentos acontecem. Acho que fica prejudicado o caminho aí, depois que o paciente sai da UBS referenciado para outros locais. (Profissional C)

O olhar no território deve ser focado principalmente na prevenção e controle da obesidade e não apenas na unidade básica. Pode envolver também as escolas, creches, instituições, empresas, éee, centros de referencia... e é importante que as ações sejam compartilhadas com a comunidade. (Profissional C)

A melhoria de toda a rede possibilita um atendimento de qualidade porque possibilita a utilização de todos os recursos disponíveis para garantir a resolutividade da demanda dos usuários.

A necessidade da ampliação da ESF é urgente. Muitos profissionais e serviços não realizam a integração com a rede por achar não ser importante essa ação na UBS tradicional. Além disso, alguns profissionais não sabem sobre intersetorialidade.

Ah sim, tem. Há um direcionamento via regulação para a atenção especializada, para CAPS, e outros locais. (Profissional E)

Tenho um olhar direcionado para o território, mas o perfil da UBS não atua no território, pois é UBS tradicional. (Profissional E)

Falta capacitação, falta envolvimento muitas vezes. Alguns profissionais possuem uma visão medicocentrada, mesmo não sendo.

Não sei, porém acredito que sim. A gerente terá mais informações e conhecimentos sobre este aspecto. (Profissional D)

Em relação à obesidade, nenhum especificamente. (Profissional D)

Para falar do tema **ATENDIMENTO**, é necessário falar em acolhimento. Também não dá para pensar em cuidado em obesidade se não pensarmos qualidade do atendimento, com práticas estruturadas no trabalho em equipe, humanizando as ações e, conseqüentemente, melhorando a relação entre profissionais e usuários. A escuta deve ser qualificada, a atenção e o envolvimento do profissional fazem toda a diferença para quem busca saúde.

Na prática do acolhimento, uma atribuição de todos os profissionais, é preciso estar atento aos aspectos relacionados à alimentação e à nutrição, considerando-os determinantes de saúde e levando em conta a

subjetividade e a complexidade do comportamento alimentar (Brasil, 2014, p. 33).

Os profissionais de Saúde devem estar capacitados e sensibilizados para essa temática, entendendo que o excesso de peso é um agravo à saúde, com grande influência no desenvolvimento de outras doenças crônicas e que a reversão desse quadro pode e deve ser na maioria das situações, realizada na AB. Porém, o que os profissionais precisam entender, é que o atendimento não precisa ser necessariamente em obesidade para que se ofereça o cuidado que alcance todas as necessidades do usuário. O olhar deve ser ampliado para o usuário que chega até o profissional com uma simples queixa de choro fácil, por exemplo, ou de uma simples dor sem motivo aparente.

Não há um atendimento específico para o paciente obeso. O atendimento aqui é feito de acordo com as demandas e as queixas que chegam. Quando o paciente chega com uma queixa aguda ele vai para o AMA e quando não é urgência ele vai ser atendido por consulta agendada, agendamento prévio se for pertencente à área de abrangência da Unidade, claro. A minha prática com os pacientes obesos ocorre nas visitas domiciliares e durante o acolhimento na unidade e nas consultas de enfermagem. (Profissional C)

O meu trabalho é voltado para os pacientes da URSI, que é uma Unidade de Referência à Saúde do Idoso. E nos meus atendimentos, eu sempre faço o IMC dos pacientes e quanto está acima do esperado ele recebe orientações e encaminhamento para nutricionista. (Profissional B)

Além de encaminhar para o nutricionista, o profissional precisa lançar mão de outras possibilidades, ampliar o olhar para o território, pensar em estratégias para o trabalho em equipe; iniciar com um atendimento compartilhado já é um bom começo. O usuário não tem que “ser somente de um profissional” de acordo com a sua necessidade de saúde, o usuário precisa ser da equipe, com vínculo, com sentimento de pertencimento.

Faço o atendimento clínico dos pacientes obesos quando os aspectos emocionais tem relação com a obesidade. Atendimentos pontuais. (Profissional D)

Na resposta do profissional **E**, a gestão tem o dever de repassar as informações para os profissionais que estão na ponta.

O paciente é atendido dentro da linha de atenção à obesidade, considerando o protocolo da linha de cuidados de sobrepeso e obesidade. Como gerente eu direciono o fluxo conforme a demanda, repasso as orientações da secretaria de saúde em relação às linhas de cuidado, aos cursos, e quanto aos direcionamentos dos atendimentos. (Profissional E)

O tema **DETERMINANTES SOCIAIS E PROCESSO SAÚDE X DOENÇA** busca analisar as relações entre saúde e seus determinantes sociais e as percepções dos profissionais em relação ao tema. A maior parte da carga de doenças acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem e esse conjunto de condições é chamado “determinantes sociais da saúde”, que se resumem em questões sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais da saúde.

Identificou-se, de um modo geral, que existe um reconhecimento por parte dos profissionais da UBS sobre a importância dos vários determinantes sociais de saúde durante a realização do cuidado em saúde, contudo, os discursos mostraram que a formação profissional, o conhecimento mais abrangente sobre os determinantes sociais ainda precisam ser trabalhados. Não apenas entender o conceito, mas entender o que o usuário busca naquele serviço. Será que ele deseja apenas um medicamento para aliviar a sua dor? Ou ele pode estar buscando alguém que o ajude em suas necessidades de saúde e busca uma escuta, atenção, alguém que o auxilie na construção ou reconstrução do seu projeto de vida?

Sim, é possível identificar os determinantes sociais: desemprego, envelhecimento, desmonte das políticas públicas e sociais, falta de acesso aos direitos mínimos, acessibilidade. (Profissional A)

Ah, sim! Eu observo o quanto o ambiente e o meio em que o paciente está inserido influenciam em seus hábitos de vida, né? E assim, além disso, as condições financeiras do usuário também interferem nesse processo. Principalmente no que se refere ao acesso a alimentos saudáveis e nutritivos. (Profissional B)

Eu não me sinto preparada para trabalhar essas questões, não tive um formação acadêmica voltada para isso. Muita coisa aprendo no dia a dia do serviço, com outros profissionais, com o próprio usuário. Mas dizer que eu consigo trabalhar os determinantes sociais em um atendimento ou em algum grupo, estaria mentindo. (Profissional C)

É de extrema importância que, em algum momento de encontro com o usuário, seja no acolhimento, na consulta individual, nos grupos, nas visitas domiciliares, os profissionais estejam atentos para os vários determinantes sociais que estão embarçados na situação concreta de vida do usuário e sua família. Isso ajuda a entender melhor as suas necessidades de saúde. Ajuda a conhecer verdadeiramente o outro, ampliando as possibilidades para o cuidado, aumentando o vínculo entre equipe e usuário.

O tema **DIFICULDADES** traz mais uma vez a reflexão sobre o desmonte do SUS e a precarização do trabalho. Nessa primeira fala a profissional se queixa da falta de estrutura da rede e do desmonte dos serviços de saúde.

Acredito que a maior dificuldade seja o desmonte cotidiano do serviço de saúde e a falta da rede, que não funciona direito. (Profissional A)

A precarização do trabalho se mostra mais evidente na fala da profissional **B**. A UBS São Vicente de Paula, como já mostrado na caracterização, é uma unidade gerida por uma OSS. Diante disso, os profissionais são cobrados por metas, onde a quantidade é mais importante que a qualidade do cuidado prestado. O profissional se sente pressionado, com muitas atribuições.

Uma grande dificuldade são os grandes números de serviços em um espaço restrito, e ainda são estipuladas metas que não condizem com o dia a dia e isso deixa o profissional atribulado. Pra você ver, não conheço o território. Não consigo sair... Existe uma comunicação falha também e os trabalhadores da saúde não são ouvidos em suas necessidades. (Profissional B)

A necessidade de capacitação, de se investir no funcionário seria de extrema importância. São poucos profissionais, e ainda há uma alta rotatividade, dificultando as ações de promoção de saúde e um melhor acompanhamento do usuário. É muito difícil o acompanhamento longitudinal.

Huum, principalmente o despreparo das equipes e da rede para o atendimento dessa demanda, fazer referência e contrareferência. Acho que precisa de uma maior coleta de dados para produzir informações e poder planejar as ações. A falta de funcionários para realizar ações de promoção de saúde no território. (Profissional C)

Logo abaixo, a resposta do profissional **E** vai ao encontro de uma questão importante. A ampliação da ESF. A PNAB coloca a ESF como a estratégia que reorganiza as práticas na atenção básica, que é uma ação prioritária. E de fato, a ESF consegue fazer um acompanhamento que envolve intersetorialidade, estabelece um vínculo maior com o usuário e sua família, realiza um trabalho, ou, pelo menos, deveria realizar um trabalho no território, com a família e a comunidade. Porém, a nova redação da PNAB, ao invés de ampliar a ESF, traz a possibilidade de outros modelos. Claro que a ampliação da ESF, somente, não resolveria todos os problemas, mas já seria um começo.

São muitas as dificuldades, mas acredito que todas as unidades deveriam ser de estratégia de saúde da família para que pudesse existir uma atuação melhor no território. (Profissional E)

O tema **QUEIXAS** mostra os descontentamentos trazidos pelos usuários durante os atendimentos realizados na UBS. A maioria deles refere-se à demora no atendimento, à falta de informação e à burocratização do sistema. Veremos isso, com maior clareza, nas entrevistas realizadas com os usuários.

Os pacientes se queixam da demora e da desarticulação do atendimento. É, na maioria das vezes as equipes não sabem o fluxo e aí não sabem orientar os pacientes, gerando uma incerteza e insegurança, entende? Vou dar um exemplo: o acompanhamento psicológico é feito em um lugar, o ... com nutricionista em outro. Não tem uma articulação com o hospital. (Profissional A)

A falta de acessibilidade aos serviços e a falta de acompanhamento, acredito que a referencia e contra referencia fica prejudicada, o paciente se perde no caminho. (Profissional B)

Em relação ao atendimento, no caso de demora para ser chamado. Poucas vagas, poucos profissionais na rede. (Profissional C)

O tema **AUTOCUIDADO** foi pensado, uma vez que as mudanças no estilo de vida são consequência de uma responsabilidade compartilhada. Percebe-se que o cuidar de si mesmo é uma atitude de relacionar-se consigo mesmo e com os outros e de se transformar. Porém, para algumas pessoas o autocuidado precisa ser estimulado e, por isso, o profissional de saúde deve estar atento para essas questões. Além disso, o profissional precisa exercer o autocuidado para estimular o outro. Para se cuidar de alguém é preciso que se cuide primeiro, por isso a

responsabilidade compartilhada do cuidado. Para abordar o tema autocuidado as perguntas foram como o autocuidado estava inserido na sua própria vida e como promove o autocuidado no outro.

O autocuidado é importante para a autoestima, é preciso estar bem para cuidar do outro. (Profissional E)

Eu vejo o autocuidado como uma forma de respeito com a sua saúde mental, física e social. Na minha vida? Ah, eu procuro inserir em todas as áreas da minha vida. Uma boa alimentação, atividade física... (Profissional A)

O autocuidado proporciona a autonomia e a qualidade de vida ao paciente, sendo fundamental para que isso aconteça e que a pessoa tenha condições físicas, psíquicas, motivação e informação e essa informação é papel do profissional de saúde. Ninguém conhece melhor o paciente que ele mesmo, sendo importante que ele participe dos cuidados e das decisões referentes à sua vida. (Profissional C)

O autocuidado está sempre relacionado com a promoção da saúde. Considerando que o autocuidado contribui para a melhoria da qualidade de vida, como as orientações acerca do autocuidado, feitas pelos profissionais de saúde contribuem para minimizar questões relacionadas ao sobrepeso e obesidade?

Acho que o fato de contribuir para a manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida do paciente. Devo proporcionar ao paciente as informações em saúde de forma que possa ter conhecimento das suas comorbidades e identificar fatores desencadeadores da doença. (Profissional C)

O autocuidado é fundamental em qualquer situação, a própria pessoa é que deve ser responsável pela sua própria saúde, os profissionais apenas auxiliam na manutenção ou obtenção da saúde. Por isso, precisamos cuidar desde da alimentação, passando por cuidados físicos, como atividades físicas, consultas médicas quando for o caso, né? Sei lá, fazer um check-up, regular o sono, acho que é isso... (Profissional D)

Diante disso, infere-se a necessidade do fornecimento de orientações que auxiliem o usuário na construção do conhecimento e no entendimento do seu estado de saúde, refletindo sobre as suas necessidades de saúde, para que, de forma consciente, possa assumir o seu próprio cuidado. Para isso, reafirma-se o papel dos profissionais de saúde como educadores em saúde e coparticipante em todo o processo. Como afirma Pinheiro (2009), o outro é o lugar do 'cuidado'. O outro tem no seu olhar o caminho para construção do seu 'cuidado', cujo sujeito que se

responsabiliza por praticá-lo tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida.

Os temas tratados a partir de agora surgiram das entrevistas com os usuários do serviço e em relação ao tema AUTOCUIDADO, surgiram diferentes respostas.

Ah, eu evito comer coisas... da alimentação eu cuido bem pra mim e pra minha família, eu não uso muito sal, não uso muito, não uso óleo, eu faço a comida, eu uso bastante tempero natural, não uso, não estou usando mais os temperos industrializados, só natural, que é o alho, a cebola, a pimentinha do reino, que eu compro na feira, coentro, cebolinha, salsinha, essas coisas né? Cebola, mais esse tempero natural. E a questão das atividades que, que a gente procura assim, fazer caminhada. “vim” aqui de vez em quando que é no sábado né? Quando dá tempo, que às vezes é corrido, não tem tempo né? Levo o neto no catecismo, depois tem que pegar levar no inglês, né? Aí às vezes não tenho... não dá jeito de eu vim, mas sempre que dá eu venho. (Usuário E)

Então, porque eu ia também, eu comecei a frequentar um espaço que tem aqui na, depois da Nazaré, que eu não tô lembrada agora, não tem aqui o nome, eu ia de terça à tarde. Fazia acade... tipo academia mesmo, sabe? Mas, é como eu te falei, tinha dias que dava, tinha dias que não dava, aí eu acabei parando de ir. No momento o que eu tô fazendo de mais assim acentuado mesmo é a alimentação que eu cortei muito carboidrato, entendeu? Eeee, procuro mais é comer mais verdura, legumes, que eu tô associando bastante na alimentação. Nada de muito sanduiche essas coisas, embutidos. Fazia, ah, tá com fome faz um lanche, põe “mortandela”. Cortei. Então tô buscando mais é favorecer a saúde mesmo é na alimentação e associando com caminhada essas coisas e buscando outras coisas. (Usuário D)

Eu pesava 115 quilos, eu cheguei, mas o IMC era muito alto mesmo, obesidade mórbida mesmo, por causa da minha altura né? Era 1,55 e com a obesidade. Aí eu cheguei a 1.54, aí a gente vê o que vira o joelho da gente, né? Tudo né? Eu tinha dor na lombar, eu tive problema sério na coluna, quando eu tinha problema na coluna eu lembro como que era difícil pra mim, eu ia dormir na minha sala com medo de sentir mal no quarto e não ter ninguém pra descer as escadas, então assim, é muita coisa que muda com a gente, porque eu não conseguia mais ter uma vida normal com a obesidade. (usuária B)

Outro tema foi a **RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. Ao atentar-se para a relação com os serviços e profissionais de saúde, é possível elencar recorrências baseadas nas particularidades das relações estabelecidas por eles.

É boa, é muito boa, o pessoal aqui... O atendimento é muito bom, tudo organizadinho, não tem muita espera, é muito bom aqui, viu? Eu gosto, a unidade é boa. (Usuário A)

A UBS São Vicente de Paula é, de fato, uma unidade muito organizada. O envolvimento da gerente nas ações e no cotidiano da UBS é um diferencial. Ela está sempre em contato com os profissionais, circulando na unidade, procurando ver os erros, as dificuldades. Mas não como uma forma de punição, mas um olhar de alguém que faz parte da equipe.

A questão do acolhimento sob a ótica dos usuários é algo que precisa melhorar na UBS. A maioria citou algo nesse sentido durante as entrevistas. Talvez seja realmente necessário um olhar para esse aspecto. O dia a dia de trabalho vai deixando as relações enrijecidas e é necessária uma injeção de ânimo, através de treinamentos, capacitações e vivências. Claro que em alguns casos isso já vem da formação e, em outros casos, enraizado na formação sócio familiar. Mas, mesmo nesses casos, e em casos em que o trabalho se tornou mecânico, há ainda a chance de modificações na forma de acolher e de olhar o outro.

Uns atendem bem outros não. Tem uns que entra e nem olha para a cara do povo, não dão nem bom dia. É obrigação tratar bem as pessoas com carinho e educação. (usuário E)

A gente sofre com isso, porque eu não tenho muito estudo, mas meu pai me ensinou ter um pouco de educação com o próximo, você chegar e dar um bom dia, a pessoa olhar pra você e responder, não é? As vezes a minha dúvida é a duvida de outro idoso, a duvida de uma mãe que não tem acesso a internet para tirar uma dúvida, acesso ao profissional... É tentar entender... entender a dificuldade de cada um. Falta essa humanidade. Isso não é só no posto de saúde. É familiar também. (Usuário B)

É isso, a gente de certa forma, essas coisas acaba judiando muito da gente, se tivesse um pouco mais... não olhar pelo seu diploma mas a parte que somos todos iguais. Mas assim, colocar um pouco mais de doar-se de si, faz bem. Tenho um monte de problemas em casa, que me deixam pra baixo, mas eu busco estar sempre bem. Missão de dever cumprido. Eu preciso de ajuda, é melhor falar assim. (Usuário A)

As respostas também trazem os motivos que levam os usuários a buscarem a UBS.

... Ah, eu busco mais saúde pro corpo e pra mente, que ajuda muito, né? E... É isso... A gente vira e mexe na nossa idade tem uma dorzinha aqui, uma dorzinha aqui, e tudo isso aqui ajuda, né? Eu, por exemplo, eu tava com uma dor no pescoço, aí eu falei, aí eu lembrei vamos lá fazer, fazer um esforcinho e vamos lá, dorme de mau jeito, né? Fica com dor no pescoço, ontem foi preciso tomar comprimido, tava doendo, tava formigando até o rosto, que esse nervo aqui tava doendo muito aí eu tomei dorflex, deu uma melhorada e agora mais esse exercício melhora mais ainda né? (Usuário A)

Aqui eu passo com o ginecologista e clínico. Agora com psicólogo e psiquiatra. Não participo de nenhum grupo, só participei de planejamento familiar. Mas não participo. Eu gosto muito de ir pra palestra, de interagir nessas coisas, isso ajuda a gente também né? Mas eu vou procurar entrar em algum grupo aqui. Os profissionais aqui são muito bons, mas eu não sou de briga, não sou de... se não dá não dá... Eu não gosto de injustiça, então quando é pra ajudar alguém viro uma leoa. Aqui eu já reclamei uma vez aqui por cauda da coleta de sangue... (Usuário D)

O tema **ACESSO** traz dificuldades de acesso a exames, desde a demora para sua marcação e resultados, até o atendimento na unidade e na referência de consultas especializadas.

A usuária **B** é uma paciente que realizou cirurgia bariátrica pelo SUS. Segundo seu relato, ela não conseguia acesso às consultas na rede especializada. Chegou a ir ao médico da UBS, porém a demora estava em conseguir consulta com o endocrinologista. Informou que não teve nenhum outro atendimento ou acompanhamento na UBS enquanto aguardava a consulta. Somente esteve com a nutricionista que a encaminhou para o clínico. Resolveu buscar outros meios.

Cheguei lá através do meu trabalho voluntário, de tá cuidando e acompanhando pessoas que precisa e um dia eu passei... eu entrei por causa do problema de alergia, e... eu precisava muito saber o grau da minha alergia, e levando os pacientes no PS resolvi passar na triagem e consegui depois de três dias já tá no Hospital da clínica né? Um dia em consulta lá eu falei que tinha vontade de fazer redução pq eu já tinha feito todos os métodos pra emagrecer e não chegava ao objetivo né? e sempre com crise de pressão alta e já tinha feito laqueadura pra não ter mais filho né? E aí teve o mioma, arritmias cardíacas, e foi tudo complicando né? E além da obesidade ,né? E nesse dia que eu tava na consulta no dermatologista, tava tendo um... como é que fala? Consulta né? Pra quem tinha vontade e aí um funcionário falou pq a senhora não sobe lá e não faz a triagem? Aí eu subi e já peguei logo um professor fui a terceira da fila, naquele tempo era mais fácil né? Sete anos atrás, pq tem cinco que eu operei e eu esperei 2 anos na fila, sete, oito anos, e aí eu cheguei lá e peguei Dr. Denis e ele falou a senhora que fazer a cirurgia? E eu falei, quero. Aí eu fui fazendo a triagem, de seis em seis meses, com 2 anos saiu. Muita gente não queria que eu fizesse porque tinha gente que precisava mais que eu, mas é como se diz, eu fiz meu voto foi com Deus primeiramente e segundo com eles, né? Então fiquei na fila dois anos aguardando. (Usuária B)

O acesso aos serviços de saúde ainda é muito desordenado. A AB deveria ter um controle maior das necessidades da população e, com isso, melhorar a questão da distribuição das vagas, tanto em média como em alta complexidade. E, para que não houvesse uma sobrecarga nos outros serviços, seria imprescindível aumentar a resolutividade da AB. Como já citado algumas vezes, a AB deve estar preparada para o cuidado.

A burocratização do acesso foi reconhecida durante a pesquisa. Por exemplo: o usuário teve algumas complicações respiratórias e foi na UPA. O clínico da UPA então o encaminha para um pneumologista e solicita que ele retorne à sua UBS de origem para agendamento. Ao chegar à UBS de origem, a solicitação da UPA não serve para realizar o agendamento na regulação. O paciente terá que agendar consulta com o clínico da UBS para que esse faça um novo encaminhamento para o pneumologista. De posse da solicitação, o usuário deixa o seu pedido na regulação e aguarda na fila de espera até o surgimento da vaga. E não se sabe ao certo o tamanho da fila. A demora no agendamento para as especialidades faz muita gente procurar clínicas populares com preços mais acessíveis para realizarem as consultas. Cadê a garantia de acesso ao SUS? Com um sistema público como o que conquistamos, não seria necessário que as pessoas pagassem pela saúde. Porém falta gestão, financiamento e boa vontade.

Aqui não tem como fazer o acompanhamento da bariátrica, não tem mais nutricionista, pra orientar, ver as vitaminas... igual, no HC eu faço mais de 70 exames. Como que vou fazer 70 exames aqui se as vezes não conseguimos um exame mais simples? Então assim, seria muito bom se fosse aqui na UBS, pertinho de casa, deixava o HC para pessoas mais graves. Não precisava da gente tá indo no hospital se fosse na UBS. (Usuária B)

A retirada de pele por exemplo. Falei com o doutor nas clínicas e ele disse não está fazendo por causa da dessa crise na saúde e mandou eu procurar o posto de saúde pra marcar consulta com o cirurgião. Eu nem vim. Eu disse: doutor, é piada né? Pq se nós temos dificuldade pra fazer um hemograma uma coisa assim, imagine então me encaminhar pra plástica. Eu posso até tentar uma hora, não sei nem quem é que encaminha isso aqui, o clínico? Ele falou pra mim e eu falei pra ele pelo meu conhecimento aqui no hospital ferrasópolis, ferrasópolis? Não o Heliópolis, lá é campeão de cirurgia plástica lá, mas é que nem eu falei pro médico, eu queria fazer lá porque tenho confiança. (Usuário B)

Refletindo sobre o tema **VÍNCULO**, percebemos que este traz consigo a ideia de uma relação contínua de confiança. Porém, o que acontece muito é a falta de longitudinalidade, já que existe uma dificuldade de fixação de profissionais na atenção básica, principalmente os profissionais médicos. As disputas das OSSs pelos profissionais causa essa descontinuidade. Nas UBS tradicionais há uma maior dificuldade no gerenciamento dos profissionais em relação ao envolvimento dos mesmos, com muitas faltas e o não cumprimento da jornada de trabalho.

Tudo que a gente faz é confiança no profissional, você faz amizade, você tem que ter confiança no profissional. É ser educado. Eu procuro respeitar todas as normas, mas é bom ter confiança tipo assim, se me faltou um remédio na hora, o médico não imprimiu minha receita, eu tenho confiança de chegar lá e procurar uma pessoa da assistente social ou mesmo uma enfermeira ou mesmo a voluntária, então assim, ter essa confiança é muito importante. Um acolhimento, coisas assim... aqui tem muito profissional bom, mas tem outros assim que deixa a desejar. Hoje em dia é assim em todas as áreas, tanto na creche como na escola. (Usuário E)

Na atenção básica, assim como em qualquer serviço de saúde, a construção de vínculos é uma das condições para a eficácia de qualquer tratamento. Mas o que acontece é que o paciente inicia o acompanhamento com um profissional e quando retorna ao serviço aquele profissional não faz mais parte do quadro de funcionários. A perda do vínculo é desestimulador para o usuário que precisa iniciar uma nova relação de confiança.

A questão da regionalização dos serviços de saúde realizada pela secretaria de saúde também foi uma questão encontrada nas entrevistas com os usuários. Algumas vezes, o munícipe reside muito próximo a uma UBS e é cadastrado em outra unidade mais distante. Porém, com essa fala, podemos perceber o quanto é importante para o paciente a manutenção do vínculo com a equipe de saúde e com a unidade.

É, é, eu moro aqui perto né? Na verdade eu moro aqui na Rua Agostinho Gomes, então como a gente, agora eles me mudaram pra outra da, da Vila Carioca, mas antes eu era atendida aqui. Aí a prefeitura é, fez uma uma divisão de pessoas e eu fui lá pra vila carioca, mas a minha irmã vem sempre aqui quando ela precisa, eu trago minha irmã, ah, é assim, a gente é conhecido daqui, aí eu vi e olhei no cartaz que tinha aqui esses atendimentos de sábado e eu continuei a frequentar aqui. (Usuária A)

O tema **DIFICULDADES** foi mostrado em várias vertentes, as dificuldades são diferentes para cada usuário. A usuária D se queixa da falta de acessibilidade da UBS. Isso de fato é uma dificuldade encontrada, porém é uma situação não ignorada pela gestora da unidade e nem pelos profissionais. Durante a observação, pôde-se vivenciar muitas situações em que os profissionais se deslocavam para atender às pessoas com dificuldade de locomoção no andar de baixo. A gerente informou que já foi solicitada a reforma da UBS para solucionar essa questão.

A maior dificuldade pra mim aqui no posto é subir escadas pra passar com os médicos. Tô muito pesada e isso é uma grande dificuldade pra mim.

Sinto falta também de um grupo de ajuda, para os pacientes que sofrem com o mesmo problema que eu que podem se ajudar, realizar atividades. Só dieta não resolve muito, não tenho dinheiro pra comprar as coisas que a nutricionista pede. Tenho que comer o que dá, isso me deixa desanimada. (Usuária D)

A usuária C identifica que a dificuldade é não ter mais tempo disponível para cuidar de si e da sua saúde. É uma paciente que participa do grupo de Liang Gong aos sábados. Esse grupo é realizado por alunas da Residência em Práticas Integrativas e Complementares da SMS. Consideramos como uma experiência exitosa da UBS.

É tempo, é tempo, pra mim é tempo. Porque eu gostaria de... Porque como eu cuido da minha família, da casa, do meu neto, então a minha casa me consome muito o meu tempo e eu fico às vezes cansada pra sair, eu faço bastante caminhada também, onde eu vou eu vou andando pra aproveitar o tempo entendeu? Eu gosto de andar bastante, ele (marido) também anda, sempre pra onde eu vou ele (marido) vai junto. (Usuária C)

As dificuldades também giram em torno da demora no agendamento das consultas de especialidade e na demora em agendar as consultas de psiquiatria.

Os três meses de imersão no campo de pesquisa foi de grande importância para compreender melhor a dinâmica de uma UBS tradicional. As experiências anteriores na atenção básica giravam em torno da ESF. Foram momentos valiosos de muito aprendizado e de interação com a equipe e com os usuários. O tópico seguinte mostra o caminho trilhado pelo usuário na UBS e também na rede de atenção à saúde no que se refere à obesidade. O Fluxograma foi construído por profissionais da unidade e esse momento serviu de reflexão para temas como integralidade, acesso, longitudinalidade e responsabilização.

4.4. FLUXOGRAMA ANALISADOR: O CAMINHAR DO USUÁRIO

Como ferramenta para demonstrar o cotidiano de cuidados, o Fluxograma Analisador foi usado, apostando-se que ele permite mostrar uma visão do serviço e do caminho do usuário dentro dele. O fluxograma realizado na UBS é uma representação gráfica do caminho do usuário na UBS e em toda a RAS. O

fluxograma foi montado para mostrar o caminho do usuário com sobrepeso e obesidade. (Figura 4.2)

Segundo Merhy (1997) o fluxograma é uma “ferramenta” que ajuda na busca das respostas para perguntas que geralmente todos nós fazemos quando estamos diante do trabalho em saúde. Para ele, o fluxograma é um diagrama muito usado com a perspectiva de "desenhar" um modo de organização.

O fluxograma é representado por três símbolos: a elipse que representa a entrada ou a saída do usuário nos serviços, o losango que indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade e direcionamento e o retângulo que diz respeito aos momentos de intervenção e ação.

Para tal, foi necessário conversar com os profissionais envolvidos na produção do cuidado e, por meio das suas falas, construiu-se o caminho trilhado pelos usuários que buscam atendimento na UBS. Em um primeiro momento, é descrito o caminhar do usuário e depois é mostrado em forma de diagrama.

➤ **Entrada**

Na UBS São Vicente de Paula, além da consulta médica com o clínico e atendimento de enfermagem, os usuários recebem atendimento de outras áreas como: atendimento odontológico, atendimento com psicólogo, consulta com nutricionista, consulta com ginecologista, consulta com psiquiatra, atendimentos do Serviço Social.

A UBS é integrada com a AMA e, por esse motivo, são duas portas de entrada no mesmo serviço. Os atendimentos realizados pela AMA são atendimentos de urgência. O paciente passa pela recepção que lhe dá uma senha para a classificação de risco com a enfermagem. Após a classificação de risco, o paciente é direcionado para o atendimento médico da própria unidade, ou é direcionado para outro serviço com maior complexidade. Nesse último caso, a transferência é feita com a ambulância que fica na retaguarda. No caso do paciente que busca atendimento na UBS, as consultas acontecem por meio de agendamento. Quando o paciente procura por nutricionista, ele é direcionado para o “grupo de primeira vez” da nutrição que acontece uma vez por semana. Algumas vezes, o paciente não procura diretamente a nutrição. Como a obesidade pode desencadear questões psicossociais, o paciente busca o auxílio da psicologia ou psiquiatria. Para agendar

consulta com psicólogo ou com o psiquiatra, o paciente deve passar por um acolhimento de saúde mental que acontece às terças e sextas feiras. Nesse caso, não há um agendamento, o paciente comparece com um encaminhamento da recepção e será acolhido por uma enfermeira, ou por uma assistente social ou pelo próprio psicólogo que também realiza o acolhimento em um desses dias. Após o acolhimento, o caso é discutido em matriciamento e direcionado, se for o caso, para o grupo da nutrição.

➤ **Recepção**

A recepção dos usuários é realizada por atendentes fixos e plantonistas. A recepção é única desde que o serviço foi integrado com a AMA.

O paciente deve ser cadastrado naquela UBS para ser atendido ali. Então, a primeira coisa que os atendentes fazem é perguntar se trouxe cartão do SUS e carteirinha da unidade. A partir daí, vão verificar se tem prontuário e se o paciente é de fato pertencente àquela UBS. Geralmente olham no “Busca Saúde”, uma ferramenta que auxilia na busca pelos endereços e mostra qual a unidade de referência daquele endereço. Se o paciente não é pertencente da área, ele é referenciado para a sua unidade de origem. Esse é um nó crítico! Muitos pacientes não aceitam ser referenciados para outra UBS quando o seu endereço é mais próximo desta Unidade. O pessoal da recepção explica da melhor forma que esse é um procedimento de regionalização da SMS. Seguindo, sendo o paciente pertencente à área de abrangência, realiza-se o agendamento ou a orientação de qual o paciente necessita. A recepção da UBS São Vicente de Paula, no geral, funciona tranquilamente. Nos três meses de inserção na UBS, pouco se ouviram discursões mais sérias com a população. Uma insatisfação ou outra, mas nada que desestruturasse a equipe ou outros pacientes da espera.

Tem um balcão de informação logo na entrada da unidade, antes da recepção. Isso facilita o acesso à informação e acaba sendo uma forma de triagem dos direcionamentos.

➤ **Decisão**

A decisão será realizada pela equipe de saúde após o atendimento do paciente. E esse é o momento em que a produção do cuidado se mostra mais aparente. A partir do momento de decisão do “que fazer” com aquele usuário é

que se mostram os saberes, as práticas, as dificuldades e as boas práticas dos profissionais. Esse é o momento de decidir o que ofertar de cuidados para o paciente de acordo com a sua necessidade e complexidade, do que o usuário traz.

O cuidado com obesidade na UBS São Vicente de Paula traz um olhar mais voltado para as doenças como hipertensão arterial e diabetes e doenças cardiovasculares. Quando pacientes com sobrepeso e obesidade chegam ao atendimento com um profissional, a decisão é geralmente o encaminhamento para a nutricionista. Em alguns casos, a decisão é de ofertar os grupos realizados na UBS: caminhada e as PICS como auricoloterapia e liang gong. A decisão não gira em torno da discussão do caso porque geralmente o que foi observado na consulta ou no atendimento foi a questão da doença, apenas. Os profissionais que atendem a demanda da obesidade através do acolhimento em saúde mental conseguem ter decisões mais focadas no bem estar biopsicossocial e as ofertas giram em torno da discussão de caso, encaminhamentos para grupos e para outros serviços sócio assistenciais.

Quando o usuário, com um grau maior de obesidade, busca o serviço, é direcionado para a nutrição. A decisão desse profissional é indicar dieta e atividade física e encaminhar para o médico clínico. O médico clínico por sua vez encaminha para o endocrinologista nos serviços de média complexidade. Se for o caso, encaminha para grupos de HIPERDIA.

➤ **Cardápio**

Na UBS São Vicente de Paula, o cardápio não é muito amplo. Consiste em consulta médica (Clínico Geral), grupo e consulta com nutricionista, caso discutido em matriciamento pode ser direcionado para psicólogo ou para o psiquiatra, encaminhamento para o endocrinologista, grupos de caminhada e PICS. O endocrinologista da rede faz o encaminhamento para o hospital no caso de encaminhamento para cirurgia bariátrica.

➤ **Saída**

A saída do usuário é etapa final do fluxograma. Os usuários podem sair com uma dieta da nutricionista, podem ser encaminhados para a farmácia para retirada de medicamentos, podem ser encaminhados para a especialidade na rede de serviços. A etapa de saída do fluxograma não deveria significar a finalização do processo. É aí que deveria se mostrar o cuidado longitudinal, a integralidade nas ações e serviços de saúde. Quando o usuário chega à saída, os laços já deveriam ter sido construídos para que, tanto os profissionais quanto os próprios usuários, sentissem-se responsabilizados pela produção do cuidado, autonomia e vínculo.

A figura 4.1 mostra a representação gráfica do fluxograma. Lembrando que os símbolos são: a elipse que representa a entrada ou saída do processo de produção dos serviços; o losango que indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e o retângulo que diz respeito ao momento da intervenção, ação sobre o processo.

Figura 4.1 - Representação Gráfica do Fluxograma

Fonte: Merhy, 2007

Figura 4.2 Fluxograma Obesidade UBS São Vicente de Paula

Fonte: O fluxograma foi construído por funcionários da Unidade Básica de Saúde São Vicente de Paula

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na inquietação do início do mestrado vislumbrava-se o objetivo específico de estudar a linha de cuidados do sobrepeso e obesidade, mas a qualificação transformou esse objetivo em repensar e aprofundar a discussão para a produção do cuidado através das práticas dos profissionais e olhares dos usuários na atual conjuntura.

Neste passeio pela UBS São Vicente de Paula, buscou-se apresentar as ações dos trabalhadores no que tange ao cuidado ao paciente com sobrepeso e obesidade, inicialmente. Porém, além do tema escolhido para estudo, podem-se alcançar nuances escondidas no serviço. A importância das pesquisas em saúde se mostra a partir do momento em que se desvela muito além do que se propõe a estudar.

Durante os meses da pesquisa, pôde-se perceber que o que serviço oferece, o seu espaço físico, o seu território, seus recursos humanos, a sua caracterização, forma de organização e gestão. Mas, principalmente, as relações existentes naquele espaço. Tentar perceber as relações, as atitudes, os saberes e as práticas no dia a dia de trabalho é desafiador, mas é a melhor forma de avaliar a importância do cuidado para cada um dos atores envolvidos.

Após este estudo percebe-se que o cuidado integral se inicia através da organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser interdisciplinar, com ações que envolvam acolhimento, vínculo e responsabilização. Como afirma Franco e Junior (2004, p. 3), a rede básica deve esgotar todas as possibilidades do cuidado.

Fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica, sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido, revela um certo modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário. A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

A Unidade “mapeada” tem a característica de ser uma UBS tradicional, e isso se evidencia como uma fragilidade para a equipe, que acredita que o fato de não ter

ESF dificulta a realização de ações de promoção de saúde, além do trabalho em equipe. Mas é preciso criar maneiras de cuidar que sirvam às necessidades dos usuários. O ato de cuidar só é possível se houver um encontro atencioso entre profissional e usuário. Essa relação deve ser permeada por sentimento de cumplicidade e compreensão, interesse no conhecimento do outro, conhecimento dos limites e possibilidades do usuário e respeito por sua singularidade.

O cuidado em obesidade acaba sendo médico e nutri centrado, mas a inserção no serviço mostrou que os profissionais da UBS São Vicente de Paula demonstram cuidado mesmo diante das dificuldades impostas. Os sentimentos de querer fazer e o de impotência imperam pela falta de funcionamento dos outros serviços, do desmonte, da falta de profissionais na rede, da morosidade dos serviços de outras áreas, da demora no acesso às especialidades, etc.

Mas, como já mencionado anteriormente, a gestão da unidade tem um olhar diferenciado e mesmo com a caracterização de UBS tradicional, existe um estímulo para as práticas em equipe, ainda que sejam grupos compartilhados com dois profissionais, existe a valorização do matriciamento, o incentivo para a participação das reuniões da rede e fóruns, a valorização do profissional de serviço social, o que demonstra uma preocupação com os determinantes sociais, o incentivo às Práticas Integrativas e Complementares.

As dificuldades são enormes conforme mostrado a partir da pesquisa bibliográfica. As mudanças da PNAB não trouxeram avanços para as equipes de UBS tradicional e ainda traz a possibilidade de regredir o SUS a outros modelos de atenção ao invés de se pensar na melhoria e na ampliação da ESF como modelo prioritário e único. Além disso, podemos perceber que desde que se iniciou a implantação do SUS no município de São Paulo, há uma descontinuidade nas ações e programas em cada gestão.

As mudanças que vêm ocorrendo, desde a década de 90, e, mais intensamente, na atualidade trazem uma nova concepção do papel do Estado e a adoção de novas formas gerenciais, precarizando as relações trabalhistas, negando direitos, desmotivando e sobrecarregando o profissional. Vimos que quem cuida não está sendo cuidado. É urgente um novo olhar para o adoecimento dos profissionais de saúde, para suas condições de trabalho, para a estabilidade, para a carreira, para o direito à formação, direito ao concurso público.

Durante a realização da cartografia, foi possível perceber a partir das conversas, das entrevistas, das observações, das experiências, que os profissionais apresentavam sentimentos de impotência, angústia e tensão, frente aos cuidados em obesidade. Também não vislumbram espaços e possibilidades para as ações em uma UBS do modelo tradicional. Por outro lado, os profissionais exercem o acolhimento, tecem alguns vínculos e isso mostra que o cuidado pode ter várias nuances. Dependem de recursos e, principalmente, de valorização.

Os participantes da pesquisa apontam dificuldades enfrentadas no cotidiano da prestação do cuidado, bem como manifestaram despreparo para lidar com a demanda da obesidade, o que evidenciou a importância da capacitação e mudança de práticas e hábitos antigos.

Mas o cuidado acontece. Muitas vezes sem estímulo, mas acontece. E o estudo tenta contribuir com a análise da produção do cuidado a partir de tantas mudanças. O profissional precisa reconstruir os significados do respeito para com o outro, ressignificar a sua prática tentando criar relações que vão além do saber-fazer científico.

As práticas de cuidado em obesidade precisam avançar na perspectiva de um olhar mais ampliado baseado na escuta qualificada, no vínculo e na responsabilização para com o cuidado. Identificando as necessidades de saúde por meio das particularidades de cada um. Além disso, não estigmatizar a obesidade é um grande passo para que os profissionais tenham uma nova postura diante do que ofertar como cuidado para o usuário.

Para que esses novos olhares possam estar presentes no cotidiano do cuidado, a formação em todas as áreas deve incluir teorias e vivências voltadas para uma atenção mais humanizada. Não só na graduação, mas na pós-graduação e também na educação permanente dos profissionais que atuam no SUS.

Um olhar mais cuidadoso para o território também revela uma infinidade de possibilidades com o cuidado mais intensivo do que as equipes de UBS tradicional conseguem propiciar.

A produção do cuidado deve ser vista de forma organizada e integrada aos outros níveis assistenciais. A linha de cuidados deve partir da rede básica e as equipes de saúde devem ter responsabilidade sobre o usuário através de um projeto terapêutico que garanta o vínculo e a continuidade aos cuidados. Dessa maneira, o encontro entre o profissional e o usuário precisa envolver escuta, participação do

usuário na produção de sua saúde, acolhimento, olhar ampliado para as redes familiares e sociais dos usuários.

No entanto, é importante reconhecer que se está longe de conseguir uma cobertura 100% da ESF no Brasil e de ter uma rede de atenção básica eficiente e eficaz. O financiamento é insuficiente, há ausência de uma política de RH, falta investimento na formação continuada dos profissionais inseridos nos serviço de saúde.

Ficam as indagações: como reordenar o modelo de atenção de uma Unidade Básica tradicional para aproximá-la das diretrizes como coordenação, continuidade do cuidado, clínica ampliada, etc.? Que composição mínima deveria ter as equipes de uma UBS tradicional para que se amplie o trabalho interdisciplinar?

Seria de extrema importância e urgência a ampliação e reforma da rede básica de atenção à saúde, para que ocorra, de fato, maior resolubilidade no SUS, com promoção da saúde, prevenção de riscos e cuidado integral. Pode-se afirmar que as características do trabalho em equipe na ESF aumentam as possibilidades do cuidado e reverbera em uma maior integralidade.

A seguir, uma proposta de planejamento e organização das ações para o cuidado em sobrepeso e obesidade na UBS São Vicente de Paula. (Apêndice A). O produto é uma exigência do programa de mestrado profissional e foi idealizado para favorecer a reflexão crítica sobre o processo de trabalho e a rede de serviços ofertada.

Pôde-se perceber, durante os três meses de pesquisa, que há pouca interação das práticas tradicionais com as práticas integrativas. Os profissionais não buscam de uma forma mais intensa esse recurso. Sabe-se que planejar as ações da UBS juntamente com os profissionais das PICs daria um ganho enorme, tanto para os profissionais, quanto para a população usuária do serviço.

Além da proposta de planejamento das ações, fica uma proposta de uma capacitação que tem por objetivo contribuir com a ampliação dos saberes dos profissionais em relação aos temas abordados.

REFERÊNCIAS¹

Abramides MBC. O projeto ético político profissional do serviço social brasileiro [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.

Alves Sobrinho EJM, Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. Estudos Avançados [internet]. 2003 maio-ago [citado 25 nov. 2017]; 17(48); 209 -27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-142003000200018

Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6ª ed. São Paulo: Boitempo; 2002.

Antunes R. O trabalho, sua nova morfologia e a era da precarização estrutural. Revista Theomai. [internet]. 2009 [citado 18 jan. 2018]; 19 : 47-57. Disponível em: <http://www.revista-theomai.unq.edu.ar/numero19/ArtAntunes.pdf>

Antunes R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? [internet]. Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho; 28 29 nov. 2008; São Paulo: Fundacentro; 2008. [citado 9 jan. 2018]. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal>

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde, Interface – Comunic. Saúde Educ. [internet]. 2003 set – 2004 fev [citado 20 out. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04>

Baptista MV. A ação profissional no cotidiano. In: Martinelli ML, et al., organizadores. O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. 3. ed. – São Paulo: Cortez; 2001. p.110 -21.

Barros LMR, Barros MEB, O problema da análise em pesquisa cartográfica. Fractal: Revista de psicologia [internet]. 2013 maio – ago [citado 10 dez. 2017]; 25 (2) : 373 – 90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n2/10.pdf>

Brasil. Constituição Federal de 1988. Brasília, DF; 1988. [citado 15 abr. 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm.

¹ De acordo com o estilo Vancouver.

Brasil. Lei Federal nº 9637 de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como as Organizações Sociais e da criação do Programa Nacional de Publicização. Brasília, DF; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF; 2010. [citado 04 dez. 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: DF; 2014. [citado 06 dez. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

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 a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Serie Técnica Redes Integradas de Atenção a Saúde, v. 10).

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília, DF; 2013b. [citado 28 dez. 2017] Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica-nacional-alimentacao-nutricao.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Brasília, DF; 2013a. [citado 20 abr. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013_rep.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília, DF; 2017. [citado 05 dez. 2017]. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf

Campos GW et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2004; 9(3): 745 - 9.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro Mattos, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UFRJ; 2001. p. 117 -30.

Costa LB., Cartografia: uma outra forma de pesquisar. Revista Digital do Laboratório de Artes Visuais [internet]. 2014. [citado 10 jan. 2018]; 7(2): 66-77. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revislav/article/view/15111>

Correa MR. Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade [internet]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. [citado 5 nov. 2017]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4v5z9/pdf/correa-9788579830037.pdf>

Elias PE. Estado e saúde os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo Perspectiva [internet]. 2004. [citado 9 jan. 2018]; 18(3): 41- 6. Disponível em: www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf

Faleiros VP. Saber profissional e poder institucional. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Fontanelle, LF. Mudanças recentes na política nacional de atenção básica: uma análise crítica. Revista brasileira de medicina de família e comunidade [internet]. 2012. [citado 12 dez. 2017]; 7(22): 5-9. Disponível em : <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/417>

Fracolli LA, et al. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. Revista da Escola de Enfermagem da USP [internet]. 2011. [citado 13 nov. 2017]; 45 (5): 1135 – 41. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40814/44194>

Fragoso M. Declaração de Alma Ata. Blog Educação e Saúde Pública [internet]. 2010 abr [citado 19 jan. 2018]. Disponível em: <http://educacaoesaudepublica.blogspot.com.br/2010/12/declaracao-de-alma-ata.html>

Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. [data desconhecida] [citado 5 jul. 2016]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/a_rede_de_atenc_ao_a_saude_e_o_sus/linhas_do_cuidado_integral.pdf

Franco TB., Magalhães Jr. HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Franco TB, Merhy EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: UFRJ; 2007. [citado 6 dez.2017]. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf

Franco TB, Merhy EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: A produção subjetiva do cuidado - cartografias da estratégia saúde da família. Franco TB, et al, organizadores. São Paulo: Hucitec; 2011.

Garrido Jr, AB. Cirurgia em obesos mórbidos – experiência pessoal. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia [internet]. 2000. [citado 04 abr. 2017]; 44(1): 106–13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000100017

Iamamoto MV. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 15. ed. São Paulo: Cortez; 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2009. [citado 14 mar. 2016]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000108.pdf

Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. Ciência e Saúde Coletiva [internet]. 2011. [citado 20 dez. 2017]; 16(12):4767-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300025&script=sci_abstract&tlng=pt

Mariath AB, et al . Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(4):897-905.

Martines WRV, et al. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. Tempus: Actas de Saúde Coletiva [internet]. 2013. [citado 20 dez. 2017]; 7(2): 203-11. Disponível em: www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1354/1158

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2006.

Mendes AA. Saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz; [data desconhecida]. [citado 28 dez. 2017]. Disponível em: http://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Aquilas_Mendes.pdf

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, In: Merhy EE, Onoko R., organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?;1999. [citado 03 jan. 2017]. Disponível em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

Observatório de Análise Política em Saúde. Boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV). 2017. [citado 05 jan. 2018]. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/13>

Oliveira GMM., Martins WA. O preço da obesidade. Revista Brasileira de Cardiologia [internet]. 2013 jul-ago [citado 15 dez. 2017]; 26(4):238-40. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/artigo/o-preco-da-obesidade/>

Oliveira GS et al. Linha de cuidados de sobrepeso e obesidade no município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 2015.

Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata. 1978. [citado 26 dez. 2017]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>

Pinheiro, R. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. [citado 15 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>.

Ramos DB. Reestruturação da Saúde de Doria fechará AMAs em Itaquera. Carta Capital [internet]. 2017. [citado 29 dez. 2017]; 6 dez.2017. Disponível em <https://www.cartacapital.com.br/saude/reestruturacao-da-saude-de-doria-fechara-amas-em-itaquera>.

Reis V. Parecer Abrasco para a consulta pública sobre a PNAB. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. [internet]. 2017 Ago. [citado 15 dez. 2017]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/parecer-abrasco-para-consulta-publica-sobre-pnab/29951/>

Rizzo TP, Santos EJ. Gestão do trabalho em saúde e neoliberalismo: reflexões sobre o conceito de precarização do trabalho em saúde e o papel dos PCCS. In: Lacaz FAC et al., organizadores. Trabalhar no Sus Gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde. São Paulo: Hucitec: Fapesp; 2017; p. 97-153.

Rodrigues ML. O serviço social e a perspectiva interdisciplinar. In: Martinelli ML, et al., organizadores. O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. 3. ed. – São Paulo: Cortez; 2001. p. 152-8.

São Paulo. Prefeitura. Diagnóstico Municipal e Regional de Saúde. CEinfo – Coordenação de Epidemiologia e Informação. São Paulo; 2011. [citado 31 dez. 2017]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=29911

São Paulo. Prefeitura. Lei nº 14.132 de 24/01/2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Disponível em: São Paulo; 2006. [citado 6 nov. 2017]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=179491>.

São Paulo. Prefeitura. R008 – 2015 – Rede assistencial da supervisão técnica de saúde Vila Maria/Vila Guilherme. São Paulo; 2016. [citado 28 dez. 2017]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=223317

Silva JPV et al. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. Saúde em Debate. 2003 set – dez; 27(65) : 234-42.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. História da cirurgia bariátrica no Brasil. São Paulo; [data desconhecida] [citado 14 mar. 2016]. Disponível em: <http://www.sbcbr.org.br/wordpress/pagina-exemplo/historia-da-cirurgia-bariatrica/#>

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. O que é obesidade? São Paulo; 2016. [citado 14 mar. 2016]. Disponível em: www.endocrino.org.br/o-que-e-obesidade.

Souza SRL, Francisco AL. O método da cartografia em pesquisa qualitativa: estabelecendo princípios... desenhando caminhos... . Atas do Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa; 12-14 jul. 2016; Porto. Porto: CIAIQ; 2016. vol. 2; p. 811-20. [citado 22 dez. 2017] Disponível em : <https://pt.scribd.com/document/348324356/03-O-Metodo-Da-Cartografia>.

Truffi R. Ricardo Barros, o ministro dos planos de saúde. Carta Capital [internet]. 2016. [citado 29 dez. 2017]; 5 set. 2016. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/revista/916/ricardo-barros-o-ministro-dos-planos-de-saude>

Velásquez-Meléndez G et al. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. Revista Panamericana de Saúde Pública. 2004;16(5):308–14.

APÊNDICES

APÊNDICE A - PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES PARA O CUIDADO EM SOBREPESO E OBESIDADE: UMA PROPOSTA PARA A UBS SÃO VICENTE DE PAULA

1. INTRODUÇÃO

A UBS São Vicente de Paula precisa investir na (re) organização do processo de trabalho no que se refere ao cuidado em obesidade. Por ser uma UBS de modelo tradicional, a equipe encontra uma maior dificuldade em realizar ações de promoção de saúde de forma interdisciplinar, integral e participativa.

A sugestão desse produto se apresenta como um plano de ação para que a equipe possa se organizar para operacionalização do cuidado. Pretende-se favorecer momentos de vivências entre os profissionais e com a oportunidade de buscarem juntos novos olhares para potencializarem o cuidado. A ideia é envolver o usuário no processo de saúde, estimulando o autocuidado, através de escuta qualificada e ambiente acolhedor.

A unidade tem algumas potencialidades. A gestão é aberta para novas experiências, é uma UBS contemplada com Práticas Integrativas e Complementares e possui profissionais que querem cuidar do outro.

A inserção de PICs na atenção básica foi um grande ganho para a população, porém precisam ser mais divulgadas e mais aproveitadas pelos profissionais. Na UBS São Vicente de Paula, as PICs acontecem aos sábados, o que já é um empecilho para a interação com os profissionais, por isso a necessidade de um planejamento das ações para que se alcance a efetividade da proposta. Além disso, a interação com as diferentes áreas promove o olhar integral ao usuário, propiciando uma atenção diferenciada.

2. OBJETIVO

O objetivo principal deste plano de ação é articular o atendimento tradicional com as práticas integrativas e complementares, proporcionando promoção de saúde, prevenção de agravos e mudanças em situações crônicas como a obesidade, hipertensão e diabetes, ansiedade e dores crônicas, melhorando assim a qualidade de vida. Objetiva-se também propiciar momentos de discussão de casos

em equipe. Além disso, realizar uma breve capacitação quanto aos temas abordados neste trabalho.

3. ETAPAS DO PROJETO

1. Reunião com a gerência para verificar a possibilidade de mudanças nas agendas dos profissionais para que se garanta um encontro semanal com toda a equipe da UBS.
2. Planejamento e organização das ações com os residentes em PICs, verificando a possibilidade de oferta de outras atividades como: yoga, dança circular, massagens, entre outras, além da oferta durante a semana (não somente aos sábados).
3. Breve capacitação com a equipe da UBS, abordando os temas: integralidade, rede de atenção à saúde, território, linhas de cuidados, linha de cuidados sobrepeso e obesidade, acolhimento, determinantes sociais x processo saúde-doença, autocuidado, clínica ampliada, entre outros.
4. Divulgação, convite para os usuários, roda de conversa inicial com os usuários. Obs: A seleção dos usuários pode acontecer durante os atendimentos com os profissionais.
5. Ações educativas e atendimentos individuais e em grupo. Dentre as atividades, estariam: oficinas sobre alimentação saudável, rodas de conversa com as necessidades trazidas pelos usuários, atividades de práticas corporais como dança circular, yoga, massagens, liang cong, Tai Chi Chuan. Obs: As atividades de PICS devem ser realizadas por profissionais que sejam capacitados para tal. Necessário entrar em contato com a SMS para disponibilização de outros residentes.
6. Discussão de casos de acordo com a demanda e disponibilidade dos profissionais, semanal, quinzenal ou mensal.
7. Avaliação trimestral.

A Atenção Básica é o cenário ideal para a produção do cuidado. Mas precisa-se entender como os profissionais estão sendo preparados para cuidar? Sabe-se que nem todos os profissionais foram formados para o cuidado de forma integral. Por esse motivo, o momento de capacitação proposto neste plano é de extrema

importância. A estrutura da capacitação é composta por três encontros presenciais com 4 horas cada, totalizando 12 horas.

1º ENCONTRO

Temas:

- Obesidade na atenção básica (programas e ações)
- Produção do cuidado integral – integralidade, vínculo, responsabilização, interdisciplinaridade
- Linhas de cuidado / Linha de cuidados sobrepeso e obesidade

2º ENCONTRO

Temas:

- Determinantes sociais e processo saúde – Doença
- Autocuidado
- Humanização e Acolhimento

3º ENCONTRO

Temas:

- Intersetorialidade
- Mapeando o território
- Redes de atenção

Este plano de ação, juntamente com a proposta de capacitação deverá ser apresentada para a gerente da Unidade com todas as informações. A mesma deverá se encarregar de repassar aos profissionais. Afinal, nada deverá ser imposto. O prazer só acontece quando existe o desejo em realizar.

ANEXOS

ANEXO A - MAPA DAS 23 ÁREAS GEOGRÁFICAS COM CONTRATO DE GESTÃO

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA USP - SÃO PAULO
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP														
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA														
Título da Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM OBESIDADE: CARTOGRAFANDO UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE														
Pesquisador: ADRIANA MOTA GUSMÃO DA SILVA														
Área Temática:														
Versão: 1														
CAAE: 00002517.1.0000.0075														
Instituição Proponente: Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia														
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio														
DADOS DO PARECER														
Número do Parecer: 2.135.180														
Apresentação do Projeto:														
<p> Frente ao cenário epidemiológico de alta prevalência de adoecimento por doenças crônicas não transmissíveis, o município de São Paulo, lançou em 2014 a linha de Cuidado de Sobrepeso e da Obesidade da Secretaria Municipal de Saúde. Evidenciou-se então, a necessidade de se estudar a obesidade com a perspectiva da integralidade, sendo esse o princípio que organiza as práticas na área da saúde, atreladas a uma nova forma de intervir de profissionais preparados para ouvir com qualidade, entender e acolher, e, a partir daí, atender às necessidades das pessoas com obesidade. Há uma necessidade de avaliar as ações de atendimento ao paciente com obesidade, usuário do SUS, e entender qual cuidado tem sido produzido no cotidiano. São muitos os estudos epidemiológicos sobre a obesidade, porém há poucos estudos que mostram a relação profissional e paciente, bem como o impacto da produção do cuidado no sentido de melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes com obesidade ainda na atenção básica. </p>														
Objetivo da Pesquisa:														
<p> Primário: Cartografar o cuidado prestado ao usuário com sobrepeso e obesidade pelos profissionais atuantes em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo, visando conhecer as ações desenvolvidas neste âmbito. </p>														
<p> Secundário: Mapear a linha de cuidados do sobrepeso e obesidade no município de São Paulo; </p>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227</td> <td>CEP: 05.508-900</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Cidade Universitária</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: SÃO PAULO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (11)3091-7900</td> <td>Fax: (11)3091-7814</td> <td>E-mail: cepto@usp.br</td> </tr> </table>			Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227		CEP: 05.508-900	Bairro: Cidade Universitária			UF: SP	Município: SÃO PAULO		Telefone: (11)3091-7900	Fax: (11)3091-7814	E-mail: cepto@usp.br
Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227		CEP: 05.508-900												
Bairro: Cidade Universitária														
UF: SP	Município: SÃO PAULO													
Telefone: (11)3091-7900	Fax: (11)3091-7814	E-mail: cepto@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA USP - SÃO
PAULO

Continuação do Parecer: 2.135.180

Compreender o itinerário do usuário e como se dá a articulação entre a atenção básica e toda a rede, descrevendo o fluxo assistencial do cuidado em obesidade; Identificar os saberes e as práticas dos profissionais envolvidos com a produção do cuidado em obesidade na Atenção Básica; Identificar as possíveis dificuldades para o efetivo cuidado integral em saúde; Identificar experiências exitosas no cuidado em obesidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta risco mínimo, sendo que pode ser caracterizado por um possível constrangimento do participante em expor as ideias.

Os benefícios previstos estão em adquirir novos conhecimentos referentes ao cuidado em obesidade na atenção básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delimitada e estruturada, atendendo a todos os requisitos de um projeto de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados: TCLE para o usuário participante da pesquisa (n=5), TCLE para o profissional (n=7) participante da pesquisa; Autorização do Coordenador Regional de Saúde - Sudeste da Prefeitura Municipal de São Paulo para o desenvolvimento do projeto de pesquisa junto à UBS Vicente de Paula após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP/SMS.G., caracterizando a FOU SP como instituição proponente e SMS.G como instituição coparticipante.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 05.508-900
UF: SP	Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-7900	Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepto@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA USP - SÃO
PAULO

Continuação do Parecer: 2.135.180

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_843802.pdf	14/06/2017 10:23:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuário.docx	14/06/2017 10:22:42	ADRIANA MOTA GUSMÃO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissional.docx	14/06/2017 10:22:10	ADRIANA MOTA GUSMÃO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	09/06/2017 17:37:30	ADRIANA MOTA GUSMÃO DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/06/2017 17:34:17	ADRIANA MOTA GUSMÃO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOobesidade.pdf	09/06/2017 17:32:48	ADRIANA MOTA GUSMÃO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostodtri.pdf	09/06/2017 17:27:40	ADRIANA MOTA GUSMÃO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO PAULO, 23 de Junho de 2017

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazovic
(Coordenador)

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE
GESTÃO DE PESSOAS/DESENVOLVIMENTO
Rua Silva Bueno, 821 – 2º andar - Ipiranga
Telefone: 2063-8112

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Autorizo a realização da pesquisa abaixo descrita, **condicionando a coleta de dados após análise e parecer aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS.G.**

Título da Pesquisa: “Produção do cuidado em obesidade: cartografando uma Unidade Básica de Saúde”.

Tipo de pesquisa: Mestrado.

Pesquisador Responsável/ Orientador: Yara Maria de Carvalho.

Pesquisadores/ Alunos: Adriana Mota Gusmão da Silva.

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

E-mail/telefone: adrianass@usp.br Tel. (11) 3091-8032 9 5700-1843

Unidades ou serviços de interesse: UBS Vicente de Paula.

São Paulo, 01 de junho de 2017.

José Roberto Abdalla
Coordenador Regional de Saúde

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

(USUÁRIO PARTICIPANTE)

Título da pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM OBESIDADE: CARTOGRAFANDO UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Pesquisador Responsável: Adriana Mota Gusmão da Silva

Equipe de Pesquisa: Prof.^a Dr^a Yara Maria de Carvalho

Telefone para Contato: 11 25892788

Local da coleta de dados: AMA/UBS Integrada São Vicente de Paula

Você está sendo **convidado (a)** a participar, de forma totalmente **voluntária**, da pesquisa com o título: **Produção do Cuidado em Obesidade: Cartografando uma Unidade Básica de Saúde**. Antes de concordar em participar é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Tire todas as suas dúvidas, sempre que necessário, antes de assinar e concordar em participar. O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas sempre que necessário. Ressaltamos que você tem o **direito de recusar e de desistir** de participar da pesquisa **a qualquer momento, sem nenhuma penalidade**. O **objetivo da pesquisa** é cartografar o cuidado prestado pelos profissionais atuantes em uma Unidade Básica de Saúde ao usuário com sobrepeso e obesidade, visando conhecer as ações desenvolvidas neste âmbito. Busca-se fazer um levantamento de como se dá o cuidado em obesidade, conhecendo as práticas dos profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia de um serviço de saúde, compreender o itinerário do usuário nesses espaços e identificar experiências que foram bem-sucedidas que contribuem para o cuidado ao usuário com obesidade.

Os procedimentos de coleta de dados serão da seguinte forma: Após concordar em participar do estudo, você autoriza a pesquisadora a observar a sua participação nas atividades da Unidade Básica de Saúde. Autoriza também que a pesquisadora tenha acesso ao seu prontuário. Você também responderá a uma entrevista que será gravada para garantir a integridade das suas respostas. Ressaltamos que em nenhum momento estas informações serão utilizadas para outro propósito que não ao da pesquisa, sendo assim os dados obtidos são confidenciais. Dessa forma garantimos o **sigilo de sua identidade**, utilizando pseudônimos mesmo quando os

resultados deste estudo forem divulgados na comunidade científica (trabalhos científicos em congressos e artigo científico). Os dados obtidos nessa pesquisa serão guardados por cinco anos em mídia própria para tal.

O **risco** de sua participação no estudo é mínimo, sendo que pode ser caracterizado por um possível constrangimento em expor suas ideias.

Os **benefícios** previstos com a sua participação no estudo estão em adquirir novos conhecimentos referentes cuidado em obesidade. Informamos que você não terá que arcar com nenhum **custo** para participar da pesquisa.

Você receberá uma via deste termo assinada por você (ou seu representante legal) e pela pesquisadora, e rubricada em todas as páginas por ambos. Caso necessite, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo telefone (11) 25892788, pelo e-mail adrianass@usp.br ou no endereço: Avenida Professor Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000 – São Paulo/SP.

Se houver **dúvidas** sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (Seres Humanos) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo: Av. Prof. Lineu Prestes, nº2227 – CEP 05508-000 – São Paulo/SP, pelo Fone: (11) 3091-7960 ou pelo e-mail: cepfo@usp.br. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8 às 17h (exceto feriados e recesso universitário). O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

Eu, _____ (nome completo), portador do documento de número _____, após a leitura das informações contidas neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, estou ciente dos procedimentos que serão realizados e concordo em participar da pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
(PROFISSIONAL PARTICIPANTE)**

Título da pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM OBESIDADE: CARTOGRAFANDO UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Pesquisador Responsável: Adriana Mota Gusmão da Silva

Equipe de Pesquisa: Prof.^a Dr^a Yara Maria de Carvalho

Telefone para Contato: 11 25892788

Local da coleta de dados: AMA/UBS Integrada São Vicente de Paula

Você está sendo **convidado (a)** a participar, de forma totalmente **voluntária**, da pesquisa com o título: **Produção do Cuidado em Obesidade: Cartografando uma Unidade Básica de Saúde**. Antes de concordar em participar é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Tire todas as suas dúvidas, sempre que necessário, antes de assinar e concordar em participar. O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas sempre que necessário. Ressaltamos que você tem o **direito de recusar e de desistir** de participar da pesquisa **a qualquer momento, sem nenhuma penalidade**. O **objetivo da pesquisa** é cartografar o cuidado prestado pelos profissionais atuantes em uma Unidade Básica de Saúde ao usuário com sobrepeso e obesidade, visando conhecer as ações desenvolvidas neste âmbito. Busca-se fazer um levantamento de como se dá o cuidado em obesidade, conhecendo as práticas dos profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia dos serviços de saúde, compreender o itinerário do usuário nesses espaços e identificar experiências que foram bem-sucedidas que contribuem para o cuidado ao usuário com obesidade.

Os procedimentos de coleta de dados serão da seguinte forma: Após concordar em participar do estudo, você autoriza a pesquisadora a observar os seus atendimentos e atividades na Unidade Básica de Saúde. Você responderá a uma entrevista que será gravada para garantir a integridade das suas respostas, como também participará da construção do Fluxograma Analisador, que é uma ferramenta de análise das ações em saúde. Ressaltamos que em nenhum momento estas informações serão utilizadas para outro propósito que não ao da pesquisa, sendo assim os dados obtidos são confidenciais. Dessa forma garantimos o **sigilo de sua identidade**, utilizando pseudônimos mesmo quando os resultados deste estudo forem divulgados na comunidade científica (ex: trabalhos científicos em congressos e artigo científico). Os dados obtidos nessa pesquisa serão guardados por cinco

anos em mídia própria para tal. O **risco** de sua participação no estudo é mínimo, sendo que pode ser caracterizado por um possível constrangimento em expor suas ideias.

Os **benefícios** previstos com a sua participação no estudo estão em adquirir novos conhecimentos referentes ao cuidado em obesidade. Informamos que você não terá que arcar com nenhum **custo** para participar da pesquisa.

Você receberá uma via deste termo assinada por você e pela pesquisadora, e rubricada em todas as páginas por ambos. Caso necessite poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo telefone (11) 25892788, pelo e-mail adrianass@usp.br ou no endereço: Avenida Professor Lineu Prestes, 2227, CEP 05508-000 – São Paulo/SP.

Se houver **dúvidas** sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (Seres Humanos) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo: Av. Prof. Lineu Prestes, nº2227 – CEP 05508-000 – São Paulo/SP, pelo Fone: (11) 3091-7960 ou pelo e-mail: cepfo@usp.br. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8 às 17h (exceto feriados e recesso universitário). O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

Eu, _____ (nome completo), portador do documento de número _____, após a leitura das informações contidas neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, estou ciente dos procedimentos que serão realizados e concordo em participar da pesquisa.

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO D - ROTEIROS PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA E ENTREVISTAS

OBSERVAÇÃO

- Atendimento
- Recepção do usuário
- Tempo de espera
- Relação estabelecida
- Acolhimento
- Demanda
- Marcação de consultas, retornos
- Atividades desenvolvidas
- Instrumentos de trabalho
- Articulação entre os profissionais
- Relação entre profissionais
- Relação profissional e usuário
- Articulação com a Rede de Atenção

**ROTEIRO ORIENTADOR PARA ENTREVISTA
(PROFISSIONAL PARTICIPANTE)**

Dados de Identificação

Entrevista nº _____

Sexo: ()F ()M

Pseudônimo: _____

Idade: _____

UBS: _____

- 1- O que você compreende por integralidade em saúde?
- 2- O que você entende por linha de cuidados?
- 3- Para você, o que comporia os aspectos relevantes para a implementação da linha de cuidados para sobrepeso e obesidade?
- 4- Como é realizado o atendimento ao paciente obeso nessa unidade de saúde?
- 5- Fale um pouco da sua prática cotidiana com o paciente obeso.
- 6- Como se dá a sua relação com os outros profissionais da equipe de saúde dessa unidade? Como se dá o trabalho multiprofissional?
- 7- Há uma articulação da UBS com a rede de atenção?
- 8- Como está sendo o seu olhar para o território?
- 9- Você consegue observar a relação do processo saúde doença e os determinantes sociais?
- 10- Quais as principais dificuldades encontradas no exercício das atividades na UBS?
- 11- Quais as principais queixas do paciente obeso em relação ao atendimento?
- 12- Qual o seu entendimento sobre o autocuidado e como ele está inserido em sua vida?
- 13- O que lhe estimula a promover o autocuidado?
- 14- Você deseja acrescentar algo?

**ROTEIRO ORIENTADOR PARA ENTREVISTA
(USUÁRIO PARTICIPANTE)**

Dados de Identificação

Entrevista nº _____

Sexo: ()F ()M

Pseudônimo: _____

Idade: _____

UBS: _____

1. Como chegou aqui no serviço (UBS)?
2. Como é feito o seu atendimento aqui na UBS?
3. De quais atividades participa?
4. Descreva como foi realizado o seu atendimento desde que veio pela primeira vez na unidade?
5. Como é a sua relação com a equipe de saúde?
6. Fale um pouco do seu dia a dia aqui na UBS?
7. Quais as principais dificuldades encontradas em relação ao seu atendimento/acompanhamento?
8. O que você busca aqui na UBS?
9. Quais as principais dificuldades encontradas no seu dia a dia, no seu bairro, na sua família, que interferem na sua busca pelo bem estar?
10. Como você cuida de si mesmo?
11. Você acha que o que você busca será resolvido aqui na UBS ou precisa de outros espaços?
12. Você deseja acrescentar algo?