Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

As contradições intrínsecas ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: um olhar a partir do cuidado da pessoa com obesidade

Juliana Giaj Levra de Jesus

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profª Drª. Cláudia Maria Bógus

São Paulo

2020

As contradições intrínsecas ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: um olhar a partir do cuidado da pessoa com obesidade

Juliana Giaj Levra de Jesus

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Linha de pesquisa: Política Públicas e Saúde

Orientadora: Profª Drª. Cláudia Maria Bógus

Versão revisada

São Paulo

2020

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.

Catalogação da Publicação
Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Jesus, Juliana Giaj Levra de
As contradições intrínsecas ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo : Um olhar a partir do cuidado da pessoa com obesidade / Juliana Giaj Levra de Jesus; orientadora Cláudia Maria Bógus. -- São Paulo, 2020.
154 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Obesidade. 4. Capitalismo. 5. Segurança alimentar e nutricional. I. Bógus, Cláudia Maria, orient. II. Título.

Aos profissionais de saúde do SUS

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que através da bolsa de mestrado possibilitou minha dedicação exclusiva à pesquisa e acesso a todas as oportunidades que a universidade pública pode proporcionar.

À Cláudia Maria Bógus, minha orientadora e referência. Sua sensibilidade e generosidade possibilitaram que esse fosse um processo de muito aprendizado e descobertas, mesmo em tempos tão sombrios. Obrigada pela escuta e leitura tão atenta e paciente. Obrigada pelas vivências proporcionadas para além da elaboração da dissertação, esse processo foi fundamental para o meu amadurecimento como pesquisadora e professora.

Às professoras Célia Sivalli Campos e Fernanda Scagliusi pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos e contribuir com a melhoria dessa pesquisa desde a qualificação do projeto.

À professora Luciene Burlandy, por topar essa nova parceria e pelas contribuições para a melhoria da minha pesquisa.

Às grandes mulheres e pesquisadoras com quem pude dividir meu dia a dia: Denise Coelho, Jéssica Vaz Franco, Roberta Miranda, Letícia Machado, Vanessa Daufenback, Adriana Higino, Jaqueline Dourado e Raquel Nunes. Obrigada por tantas trocas e pelo cuidado compartilhado com bolos, cafés e óleos essenciais.

À Esther Amorim, que teve papel fundamental na transcrição das entrevistas e análise dos dados da pesquisa no segundo ano do mestrado. Obrigada pela paciência e por permitir me descobrir no papel de orientação.

Aos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde Jardim São Nicolau, pelo acolhimento e pelas entrevistas concedidas.

À professora Patrícia Jaime. Obrigada pela generosidade e confiança desde o início do mestrado. Obrigada por proporcionar meu reencontro com a atenção básica em São Paulo.

Às professoras Cleide Martins, Bárbara Lourenço, Aylene Bousquat e Maria Cristina Marques, pelas oportunidades oferecidas, vocês foram fundamentais para minha formação como professora e pesquisadora nesses dois anos.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública, por serem uns dos principais responsáveis por manter a instituição funcionando, em especial Soninha, Lívia e Carolina.

Ao coletivo negro Carolina Maria de Jesus da Faculdade de Saúde Pública. Existe resistência e o afeto preto nessa instituição. Em especial aos amigos que compartilhei essa vivência, Amanda de Jesus, Amanda Silva, Caio Pereira, Paulo Ricardo, Mariana Madruga, Wendy Ledix, Thays Nascimento e Maria Fernanda.

Ao coletivo "Formação é Política", espaço que acredita no poder transformador da educação crítica dos profissionais de saúde. Em especial aos professores, Áquilas Mendes e Leonardo Carnut, grandes referências para mim.

Ao Movimento Esquerda Socialista (MES), por me fazer acreditar a que a militância e luta política dão sentido à vida. Destaco minhas companheiras da saúde Natália Peccin, Luana Alves e Joyce Godinho.

Ao bloco afro Ilú Oba de Min, que me fortaleceu como mulher negra e possibilitou minha reconexão com São Paulo. Em especial às amigas Camila Rodrigues, Silvana dos Santos, Thaísa Regina e Natália Cheung.

Às minhas grandes amigas e referências como nutricionistas e professoras, Natália Dória, Maria Laura Louzada, Vanessa Couto e Evelin Minowa. Obrigada pelo companheirismo, loucuras e amor.

Aos meus amigos amados, Ulysses Costa, Ariane Brandão, Fábio Vasconcelos, Beatriz Rignel, Júlia Meireles, Pedro Serrano e Erika Miyuki. Por estarem sempre perto.

Às amigas que fiz na residência: Annie Cerqueira, Carolina Marques, Beatriz Zocal, Talitha Demenjour, Ana Gisele Gadelha, Maíra Scavazza, Thamires Medeiros, vocês seguem sendo

minhas referências como profissionais de saúde, pesquisadoras e professoras comprometidas com a melhoria desse mundo.

À Jaci Pinto, grande amiga que foi fundamental nos momentos mais difíceis desse processo. Obrigada por tanto sempre.

Ao Tiago Madeira, meu companheiro de vida. Obrigada por ser suporte, incentivo e amor. Obrigada pelas inúmeras leituras e reflexões diárias.

Ao meu pai Sérgio Luiz de Jesus, minha mãe Maria Inês Giaj Levra, minha irmã Thais Giaj Levra de Jesus, meu amor e gratidão eternos, sem vocês não chegaria em nenhum lugar.

A minha tia Iara de Jesus *(in memoriam*), grande referência de amor e força.

RESUMO

JESUS, Juliana Giaj Levra de. As contradições intrínsecas ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: um olhar a partir do cuidado da pessoa com obesidade. 154pp. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

Com base no referencial teórico da saúde coletiva sobre processo de trabalho em saúde e necessidades de saúde, este estudo teve o objetivo de analisar o trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir do cuidado oferecido a usuários em insegurança alimentar e nutricional (ISAN), com recorte para pessoas com obesidade. Foi realizado um estudo de caso de abordagem qualitativa em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona leste do município de São Paulo. Foram feitas 11 entrevistas semiestruturadas com trabalhadores da ESF como enfermeiros, profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e médicos. Além disso, a observação participante, entre os meses de julho e agosto de 2019, e a elaboração de um diário de campo deram suporte para a discussão dos achados. Por meio da análise temática, os resultados e a discussão foram apresentados em três seções. Foi possível compreender que a organização dos processos de trabalho na ESF impõe limites ao enfrentamento à obesidade crescente no Brasil. Os profissionais de saúde estão submetidos a um modelo assistencial ainda fortemente pautado pela lógica biomédica, com um vínculo empregatício frágil e pressionados pela lógica de desempenho. Consequentemente, demonstraram ter pouca autonomia e tempo para a definição do seu processo de trabalho. A organização do trabalho na ESF e a falta de domínio do processo de trabalho conduzem os profissionais a uma reprodução de atividades assistenciais produzindo um cuidado fragmentado, protocolar e voltado para o cumprimento das metas de produção pré estabelecidas. No caso do processo de trabalho voltado para pessoas com obesidade, a lógica individualizante fortemente presente nos pilares da promoção da saúde reforça responsabilização, estigmatização e culpabilização dos usuários com obesidade. Assim, a finalidade das atividades desenvolvidas na UBS acaba se voltando para a perda de peso e para a mudança do comportamento de risco, mesmo que os profissionais compreendam que a determinação da obesidade tem raízes na organização social. Como desafios para o campo da saúde coletiva, destaca-se a necessidade do fortalecimento de uma concepção de ISAN que

extrapole a noção de risco à saúde e que se aproxime das raízes causadoras da obesidade. Ademais, a necessidade de fortalecimento de modelos assistenciais que busquem a coletivização das questões de saúde e alimentação, para assim possibilitar a construção de processos de trabalho que se aproximem das necessidades de saúde dos usuários e também dos trabalhadores de saúde. Esta pesquisa lança um olhar sobre as contradições inerentes ao processo de trabalho em saúde no capitalismo e suas implicações sobre as práticas de cuidado destinadas às pessoas com obesidade.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Obesidade; Capitalismo; Segurança Alimentar e Nutricional; Trabalho.

ABSTRACT

JESUS, Juliana Giaj Levra de. The intrinsic contradictions of the work process in Family Health Strategy: a glance from the care of people with obesity. 154pp. [Master's Dissertation]. São Paulo: School of Public Health of the University of São Paulo, 2020.

Based on the theoretical framework of collective health about health work process and health needs, this study aimed to analyze health work in the Family Health Strategy (ESF) starting from the care offered to users with food and nutritional insecurity, particularly people with obesity. A case study of qualitative approach was carried out in a Basic Health Unit (UBS) located on the East Side of São Paulo city. Eleven semi-structured calls to ESF workers such as nurses, professionals from the Family Health Support Center and doctors have been made. In addition, participant observation between July and August 2019, and the preparation of a field diary provided support for discussing the findings. Through thematic analysis, results and discussion were presented in three sections. It was possible to understand that the organization of work processes in ESF imposes limits on coping with growing obesity in Brazil. Health professionals are subjected to a care model that is still strongly guided by biomedical logic, with a fragile employment relationship and pressured by the logic of performance. Consequently, they demonstrated to have little autonomy and time to define their work process. The organization of work in ESF and the lack of mastery of the work process lead professionals to a reproduction of care activities, producing fragmented, protocol-based care aimed at meeting pre-established production goals. In the case of work processes aimed at people with obesity, the individualizing logic that is strongly present in the pillars of health promotion reinforces accountability, stigmatization and blaming of users with obesity. Thus, the purpose of the activities developed in UBS ends up focusing on weight loss and change in risky behavior, even though professionals understand that the determination of obesity has its roots in social organization. As challenges for the field of collective health, the need to strengthen a concept of food and nutritional insecurity that goes beyond the notion of risk to health and that approaches the root causes of obesity stands out. Besides that, the need to strengthen health care models that seek to collectivize health and food issues, in order to enable the construction of work processes that are closer to the health needs of users and

health workers. This research casts a glance at the contradictions inherent in the health work process under capitalism and its implications on care practices for people with obesity.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Obesity; Capitalism; Food and Nutritional Security; Work.

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AMA - Assistência Médica Ambulatorial

APA - Agente de Promoção Ambiental

APS - Atenção Primária à Saúde

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde

DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada

eAB - equipes de Atenção Básica

EBIA - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

eSF - equipes de saúde da família

ESF - Estratégia Saúde da Família

FAO - Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

IMC - Índice de Massa Corporal

ISAN - Insegurança Alimentar e Nutricional

MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

MSP - Município de São Paulo

MSZL - Movimento de Saúde da Zona Leste

MTIC - Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OSS - Organizações Sociais de Saúde

PAA - Programa de Aquisição de Alimentos

PAT - Programa Alimentação do Trabalhador

PBF - Programa Bolsa Família

PLANSAN - Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNaPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSAN - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

QUALIS - Qualidade Integral em Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SECONCI - Serviço Social da Construção Civil

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SMS-SP - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

STS - Supervisões Técnicas de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **19**

1. INTRODUÇÃO **23**

1.1 ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS 23

1.2 A RESPOSTA DO ESTADO À INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO 27

1.3 OBESIDADE COMO UMA MANIFESTAÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL 35

1.4 O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 42

2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS **47**

3. OBJETIVOS **58**

3.1 OBJETIVO GERAL 58

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 58

4. PERCURSO METODOLÓGICO **59**

4.1 TIPO DE ESTUDO 59

4.2 CAMPO DE ESTUDO, SUJEITOS DA PESQUISA E PRODUÇÃO DE DADOS EMPÍRICOS 61

4.3 ANÁLISE DOS DADOS 68

4.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO 71

4.5 CUIDADOS ÉTICOS 72

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO **73**

5.1 O TRABALHO E O CORPO GORDO: A CONCEPÇÃO E A CAUSALIDADE DA OBESIDADE NA CONTEMPORANEIDADE 73

5.2 ENTRE A COMPREENSÃO E A PRÁTICA: A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS EFEITOS SOBRE O CUIDADO DAS PESSOAS COM OBESIDADE 89

5.3 AS CONTRADIÇÕES ENTRE A CONCEPÇÃO DO FENÔMENO OBESIDADE E A REALIDADE DAS PRÁTICAS DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A (IN)SATISFAÇÃO DE TRABALHADORES COM OS RESULTADOS DO TRABALHO 108

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 123

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 128

APÊNDICES 142

Apêndice 1- Roteiro de entrevista semi-estruturada: Profissional de saúde ESF 142

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 144

ANEXOS

Anexo 1 - Regiões, Prefeituras Regionais e Distritos do município de São Paulo. Prefeitura do município de São Paulo, 2010. 147

Anexo 2 - Divisão da área geográfica do município de São Paulo conforme número do contrato de gestão com as Organizações Sociais de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 2017. 148

Anexo 3 - Extrato da notícia ¨Secretaria lança 'Saúde Muito Além da Mesa'¨. Prefeitura do Município de São Paulo, 2014. 149

Anexo 4 - Nota técnica linha de cuidado de sobrepeso e obesidade. STS Itaquera. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 2016. 150

Anexo 5 - Currículo Lattes 152

APRESENTAÇÃO

Minha aproximação com a saúde pública, apesar de ter feito minha graduação em Nutrição na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, foi relativamente recente. A partir de um estágio curricular em 2015, em que acompanhei o trabalho da nutricionista em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), comecei a compreender a complexidade do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como as fortalezas e as dificuldades intrínsecas à construção de um sistema de saúde público e universal.

Essa vivência, juntamente com a experiência no movimento estudantil durante a graduação, motivou minha mudança para a cidade do Rio de Janeiro para cursar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Ao longo do tempo, fui entendendo que existe certo contraste entre o que está escrito nas políticas de saúde e a realidade do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), elementos que motivaram a construção do trabalho de conclusão da residência com a temática ligada ao processo de trabalho do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Além disso, ficou mais claro que as condições de vida, trabalho e alimentação são histórica e socialmente determinadas e produzem desigualmente os padrões de saúde e doença da população.

As observações empíricas, acumuladas ao longo de dois anos da atuação profissional como nutricionista residente em uma UBS do município do Rio de Janeiro, foram centrais para a construção do objeto de pesquisa deste estudo. Parecia haver um descompasso entre a resposta ofertada pelo processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) e as necessidades de saúde da população, fator que, muitas vezes, produziu angústias e frustrações com o trabalho.

Os profissionais de saúde, cada vez mais submetidos a um modelo de gestão do trabalho focado na produtividade, eram tomados pela alta demanda do território, ao mesmo tempo que possuíam pouco espaço para a reflexão sobre as condições que geram o adoecimento e sobre o seu próprio processo de trabalho.

Além disso, a dificuldade sentida na prática para trabalhar com usuários em Insegurança Alimentar e Nutricional (ISAN), devido ao caráter estrutural desse problema e às condições de trabalho na ESF, direcionou o recorte que seria feito na pesquisa. As práticas de saúde voltadas para o enfrentamento da obesidade no serviço pareciam estar "enxugando gelo" e não conseguindo contribuir para a reversão dessa condição, no sentido de um cuidado emancipador.

A partir dessas inquietações, esta dissertação tem como objeto de investigação o trabalho em saúde, com suas características complexas e contraditórias. Optou-se por compreender mais sobre o trabalho em saúde a partir do olhar sobre o processo de trabalho organizado para o cuidado das pessoas com obesidade na ESF.

No campo da saúde coletiva e da alimentação e nutrição ainda permanece uma lacuna de estudos sobre os reflexos da estrutura social capitalista na organização do trabalho na ESF e seus efeitos sobre as práticas em saúde ligadas à obesidade. Assim, esta dissertação pretende contribuir para a ampliação da reflexão sobre a temática do trabalho em saúde e sobre as ações desenvolvidas na ESF para o cuidado das pessoas com obesidade.

Com a intenção de apresentar de forma mais aprofundada o objeto de estudo e o contexto que está inserido, o primeiro capítulo traz um levantamento da literatura relacionada à concepção de Estado e políticas sociais, um breve histórico das políticas sociais voltadas à ISAN no país, a abordagem direcionada à obesidade pelo setor saúde e uma caracterização do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como as perguntas do estudo.

O segundo capítulo apresenta o referencial teórico que serviu de base para o desenvolvimento da pesquisa, especialmente o conceito de processo de trabalho e seus componentes. O terceiro e o quarto capítulos expõem o objetivo geral e os específicos, o caminho metodológico escolhido para a produção de dados empíricos e uma caracterização da UBS estudada e dos profissionais entrevistados.

No quinto capítulo, os resultados e a discussão são apresentados em três seções. A primeira seção dos resultados intitulada "**O trabalho e o corpo gordo: a concepção e a causalidade da obesidade na contemporaneidade**" apresenta uma discussão sobre a

concepção de obesidade e sua causalidade segundo os profissionais entrevistados e como essa concepção molda o processo de trabalho na ESF; a segunda seção intitulada **"Entre a compreensão e a prática: a organização do processo de trabalho na atenção básica e seus efeitos sobre o cuidado das pessoas com obesidade**" discute os elementos que influenciam o processo de trabalho e seus impactos sobre as atividades desenvolvidas com os usuários com obesidade. E a terceira seção dos resultados **"As contradições entre a concepção do fenômeno obesidade e a realidade das práticas dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: a (in)satisfação de trabalhadores com os resultados do trabalho"** discute como os profissionais expressam as contradições produzidas pelas diferenças entre a concepção sobre obesidade que detém e as práticas de saúde que desenvolvem na rotina de trabalho.

Por fim, o sexto capítulo discorre algumas considerações sobre a discussão proposta na dissertação e as novas questões levantadas.

1. INTRODUÇÃO

1.1 ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS

A fim de contextualizar o objeto de estudo dentro da macropolítica, torna-se fundamental partirmos da discussão sobre a concepção Estado e políticas sociais. A ideia de Estado como uma instituição a serviço dos interesses públicos, com neutralidade e produtor do bem comum, ainda é predominante nas políticas sociais e oculta o papel central do Estado na regulação das relações capitalistas de produção (CORREIA, 2015). Boschetti (2016) destaca que o caráter mais interventor do Estado se intensifica após a crise de 1929 a partir de medidas anticrise com o desenvolvimento de sistemas de proteção social:

> ¨Nos países capitalistas da Europa ocidental, a intervenção estatal passou a ser crucial na definição de normas e regras e na garantia de fundo público necessários ao surgimento e desenvolvimento de amplas políticas sociais, que passaram a constituir novos sistemas de proteção social, antes inexistentes sob essa forma e designação¨ (BOSCHETTI, 2016, p.24).

Nessa perspectiva, a autora adota a categoria de Estado Social para se referir a um Estado que busca a regulação econômica e social a partir da implementação de políticas sociais, porém isso não retira sua natureza capitalista de manutenção dos interesses da classe dominante. Assim, justifica a não utilização dos conceitos de *Welfare State* ou Estado de bem-estar social, pois estes forjam a existência de um Estado promotor do bem-estar e de igualdade social dentro do capitalismo. Podemos entender a política social como um "resultado de relações contraditórias determinadas pela luta de classes, pelo papel do Estado e pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas de cada país" (BOSCHETTI, 2016, p.25). Assim, as políticas sociais podem ser consideradas conquistas civilizatórias que instituíram sistemas de direitos e deveres, porém são limitadas para superar a desigualdade ou emancipar a humanidade do modo de produção capitalista (BOSCHETTI, 2016).

Para complexificar a reflexão sobre as políticas sociais no capitalismo, torna-se fundamental trazer mais um elemento para a discussão: a crise do capitalismo[1]

[1] A crise do capitalismo é caracterizada por duas principais tendências, articuladas entre si, a tendência de declínio da taxa de lucro e o processo de financeirização das economias capitalistas. As crises são intrínsecas

contemporâneo. O Brasil, marcado pela colonização, séculos de regime escravista, economia primária exportadora, entre outros fatores, insere-se no mundo globalizado como um país de capitalismo dependente. Como tal, sofre de forma mais dura as consequências de uma crise econômica mundial sobre as políticas sociais (BEHRING e BOSCHETTI, 2009). Mendes (2015) discute que as estratégias para a saída da crise se dão a partir do

> "aumento da taxa de exploração – obrigando os trabalhadores a aceitar uma diminuição dos salários e condições de trabalho precárias; da reorganização de novas linhas de produção; e da desvalorização e destruição de parte do estoque acumulado de capital, isto é, se não ocorrer uma desvalorização de capital suficiente, por meio de falências, baixas e afins (p.67).

Assim, a crise do capitalismo, aparece como justificativa para as medidas austeras de estreitamento dos direitos sociais dos trabalhadores. Pires (2000) pontua algumas medidas utilizadas em situação de crise para a sobrevivência dos serviços de saúde e afirma que sua implementação é mediada pelos interesses das classes. Dentre as medidas estão:

> "a introdução de inovações tecnológico organizacionais; a redução da força de trabalho; a redução da força de trabalho qualificada; a introdução de medidas para o aumento do rendimento do trabalho; o congelamento ou redução de salários; a precarização das relações de trabalho; a externalização, dentre outras" (PIRES, 2000, p. 256).

Mendes e Carnut (2018) caracterizam o Estado como um motor da reprodução do sistema capitalista e a via política de sua expressão, sendo a relação entre Estado e capital orgânica. Assim o Estado social cumpre um papel central no enfrentamento da crise, através da adoção de algumas medidas regulatórias citadas anteriormente. No Brasil, o comprometimento elevado do orçamento público para a compra de títulos de dívida pública[2]

---

e resultado da dinâmica contraditória do modo de produção capitalista. A partir da leitura de Marx (1987) Mendes (2015) explica que essa contradição: "a acumulação prolongada de capital, com introdução de progresso técnico, remete ao aumento relativo de parte do capital investida em meios de produção como instalações e equipamentos e matéria prima, isto é, capital constante ou mesmo trabalho morto para Marx, e à diminuição da parte do capital investida em força de trabalho, capital variável, ou seja, trabalho vivo, elevando a composição orgânica do capital (Marx, 1987). Como os lucros são provenientes do valor adicionado pela força de trabalho, mantendo assim a taxa de exploração constante, a taxa de lucro (mensurada pela relação entre a massa de lucros e o montante de capital investido) tende a sofrer queda. No momento em que essa queda ocorre, constata-se uma crise de superacumulação que é explicada, não pela insuficiência da demanda efetiva, mas pela ausência de lucros" (MENDES, 2015). Mais sobre a crise do capitalismo: ROBINSON, William I. Una teoría sobre el capitalismo global: producción, classe y Estado en un mundo transnacional. México: Siglo XXI Editores, 2013.

[2] Para informações sobre o pagamento da dívida pública ver dados da associação Auditoria da Dívida Pública. Disponível em: https://auditoriacidada.org.br/

em detrimento do investimento em políticas sociais[3] e intensificação da exploração do trabalho[4] são exemplos do caráter capitalista do Estado.

O desenvolvimento das políticas sociais no Brasil acompanhou a dinâmica particular da formação do Estado brasileiro. A inserção tardia do país no mundo capitalista foi condicionada pelos dinamismos do mercado mundial e pela necessidade de adaptação aos novos tempos, entretanto o novo Estado capitalista brasileiro manteve os interesses da aristocracia agrária agroexportadora. A burguesia brasileira, com a crise do poder oligárquico-escravista, passou a ocupar o Estado como forma de manter seus interesses particulares (BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

Para as autoras (BEHRING e BOSCHETTI, 2009), a falta de radicalização das lutas operárias no Brasil escravista dificultou a constituição de uma classe trabalhadora organizada e isso teve consequências para a criação dos direitos sociais. Apesar das manifestações de extrema pobreza e exclusão das pessoas escravizadas do mundo do trabalho, "a questão social (...) só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho" (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p.78). Complementam essa ideia resgatando que a constituição dos direitos sociais é resultado da luta de classes, mas também "representam a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis, como demonstra a expansão das políticas sociais no Brasil nos períodos de ditadura (1937-1945 e 1964-1984) que as instituem como tutela e favor" (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p.79). Assim, o caráter instável e frágil das políticas sociais no país até os dias de hoje é um reflexo da formação social brasileira, caracterizada por uma classe trabalhadora marcada pela escravidão e pelo trabalho informal e por uma classe dominante que teve pouco compromisso democrático e redistributivo (BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

---

[3] Emenda constitucional 95, congela por 20 anos o orçamento destinado à seguridade social. Disponível em:https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html

[4]Reforma trabalhista aprovada em 2017, abre possibilidade para novas relações de trabalho. LEI Nº 13.467, DE 13 DE JULHO DE 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm

O ascenso das lutas democráticas e dos movimentos sociais no período de redemocratização do Brasil culminou com a elaboração da Constituição Federal de 1988 com significativas conquistas de direitos sociais, dentre elas o direito à saúde. Entretanto, a reforma do Estado brasileiro, que ocorreu no período de crise do modelo de Estado de bem-estar social europeu e de ascensão da ideologia neoliberal no mundo, não passou impune a esse processo. Nesse sentido, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no seu caráter público e universal, não se concretizou completamente (BEHRING e BOSCHETTI, 2009; DANTAS, 2017). Com a justificativa da crise econômica, as políticas sociais tornam-se cada vez mais limitadas, com a prevalência do ideário neoliberal de privatização, de focalização e de descentralização ou transferência de responsabilidade (BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

Dantas (2017) ao aprofundar o olhar sobre a Reforma Sanitária Brasileira, nos aponta as contradições intrínsecas ao movimento e os limites de uma reforma setorial naquele contexto político e econômico. Com o fortalecimento das lutas e organização dos trabalhadores no período de redemocratização, houve a idealização da construção do SUS como parte de um projeto de transformação social. Entretanto, apesar de uma aparente uniformidade do movimento como um campo de esquerda, esse processo de elaboração do sistema de saúde foi marcado por diversas disputas de sentido. Algumas lideranças do movimento "defendiam a reforma com o viés de um caráter técnico-administrativo, puramente institucional, e não necessariamente anticapitalista e emancipatório" (DANTAS, 2017, p.152).

A concepção articulada entre reforma e revolução para a transformação da sociedade, inicialmente adotada por alguns sanitaristas transitou para uma perspectiva mais reformista e setorial, que deu as bases para a implementação do SUS no país. Em outras palavras, o autor apresenta que houve "uma aposta nas reformas não mais como via, como acúmulo para a busca do socialismo, mas concebidas no plano estritamente setorial, desconectadas do movimento de superação da sociedade capitalista; reformas sem revolução, portanto" (DANTAS, 2017, p.152). Por fim, aponta que olhar sobre os avanços e limites da reforma sanitária brasileira são fundamentais para a construção de novas pesquisas em uma

perspectiva crítica e contra hegemônica que contribuam para o reposicionamento do movimento da reforma sanitária junto aos movimentos sociais e às lutas democráticas.

Vimos que as políticas sociais, incluindo o SUS, são um reflexo das disputas sociais que marcaram a história brasileira mas estão dentro dos marcos do Estado social. Ou seja, apesar de serem importantes conquistas para concretização de alguns direitos, as políticas sociais apresentam limites para a superação das desigualdades intrínsecas ao capitalismo e estão suscetíveis às variações do mercado econômico em crise.

1.2 A RESPOSTA DO ESTADO À INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO

O aprofundamento da desigualdade social e as medidas austeras em um cenário de crise de acumulação capitalista têm reflexos nas condições de trabalho e vida da maioria dos brasileiros, colocando em maior evidência o problema da Insegurança Alimentar e Nutricional (ISAN) da população. O número crescente de famílias em situação de ISAN tem ganhado destaque na mídia nos últimos tempos, mesmo em uma cidade rica como São Paulo, evidenciando a desigualdade na distribuição da riqueza no município (CANZIAN, 2020; SOUZA, 2017; CASTOR, SILVA, DOMENICI, 2018; LUPION, 2017).

Compreendemos, hoje em dia, o conceito de ISAN como uma condição onde os indivíduos estão submetidos a uma alimentação com pouca qualidade e em quantidade insuficiente, de forma irregular, produzidos sem respeito ao meio ambiente e a diversidade sociocultural e que produzem malefícios a saúde e a nutrição da população. Entretanto, vale resgatarmos parte do histórico de construção do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e as políticas públicas de alimentação e nutrição ao longo da história social brasileira, para a compreensão da ISAN hoje e do perfil das pessoas que permanecem nesse lugar.

Mundialmente, as discussões sobre a segurança alimentar dos povos ocorrem desde o início do século XX, a partir dos contextos de pós-guerra. No início, vinculadas “à perspectiva de soberania alimentar e com a preocupação de garantir estoques mínimos de sobrevivência

para as populações dos países centrais em situações de calamidades, desastres, guerras", a sua concepção enfatizava a produção dos alimentos (PINHEIRO, 2008, p.2).

Apesar dessas discussões e da intervenção Estatal no campo da SAN serem mais recentes, a situação de ISAN no Brasil, acompanha a história da sociedade brasileira desde sua formação. Segundo Octávio Ianni (2004) a compreensão do Brasil contemporâneo precisa passar por três processos históricos nacionais: a colonização, o regime de trabalho escravo e o "desenvolvimento desigual e combinado" nacional.

A expansão comercial europeia e a busca por novos mercados e relações comerciais, foram as impulsionadoras da ocupação de terras na América, Ásia e África. Sem a pretensão de desenvolvimento das terras ocupadas, a colonização nos países da América Latina, incluindo o Brasil, tinha como intenção o estabelecimento e manutenção de feitorias comerciais para a acumulação europeia. Assim, a organização da economia e da sociedade brasileira tinha suas bases voltadas para atender os interesses externos, com a exportação de gêneros agrícolas, como açúcar, tabaco, ouro e café produzidos nas grandes lavouras. Ao mesmo tempo a ocupação desta terra através do povoamento era elemento fundamental para a manutenção das feitorias (IANNI, 2004; PRADO JÚNIOR, 2011).

Essa forma de acumulação só foi possível a partir do trabalho escravo empregado no país. A mão de obra negra e indígena escravizada deu a sustentação para o modelo de organização econômica, política e cultural nacional, sendo o racismo um componente estrutural da formação social brasileira. Ianni (2004) ressalta isso, apontando que "os séculos de trabalho escravizado produziram todo um universo de valores, padrões, ideias, doutrinas, modo de ser, pensar e agir" da sociedade brasileira (IANNI, 2004, p.58).

As heranças do escravismo compõem a forma de desenvolvimento nacional ao longo dos anos. De forma desigual e combinada, o país combina formas aparentemente contraditórias de organização de trabalho e vida no mesmo tempo histórico, em outras palavras, o moderno, industrializado, tecnológico, urbano, convive com as formas arcaica da escravidão e da economia agropecuária (IANNI, 2004). Por conseguinte, considerando a posição do Brasil na dinâmica internacional do capitalismo e o interesse de manutenção das

desigualdades nesse modo de produção, essa forma de organização não parece surpreendente para um país de capitalismo dependente.

Ao deslocarmos o nosso olhar para o papel da saúde pública nesse cenário, podemos compreender que o setor teve papel central na consolidação do projeto modernizador nacional e do Estado nacional. A intrínseca relação entre o pensamento sanitário e o pensamento social e político brasileiro deu sustentação para a construção da identidade brasileira e para o fortalecimento de um Estado nacional, que ainda era frágil no início do século, em um cenário de predomínio da força das oligarquias locais e pela extensão continental do país (LIMA e HOCHMAN, 2004).

No início do século XX, o movimento pela reforma da saúde pública e pelo saneamento rural contribuiu para o deslocamento da visão mais determinista e biologicista sobre o atraso de desenvolvimento do país, ligados à herança colonial e à composição étnica brasileira, para uma visão mais nacionalista que enfatizava a importância de um Estado mais forte em todas as regiões do país para o enfrentamento das doenças, consideradas estas como um empecilho para o progresso (LIMA e HOCHMAN, 2004).

Apesar dos avanços com essa concepção, no que tange à compreensão dos fatores que interferem na condição de saúde, o caráter eugenista, racista e higienista do pensamento sanitário permanecia. Apesar da igualdade formal instituída a partir da Lei Áurea (1888) com o fim da escravatura, as políticas racistas e de exclusão incidiram diretamente na condição de saúde e alimentação da população negra e indígena brasileira ao longo dos séculos, como exemplos temos a política de imigração e branqueamento da população (1890); a lei de terras (1850) que instituiu a necessidade de compra para ocupação da terra; as medidas higienistas de segregação espacial nas grandes cidades com a proibição de cortiços; a proibição de acesso à escola para negros; entre outras (GUIMARÃES, 1999; ALMEIDA, 2018).

Castro Santos (2004), ao apresentar as reflexões sobre as mudanças na perspectiva sanitária na primeira república e as particularidades do desenvolvimento desse projeto nos diferentes estados nacionais, aponta o papel da saúde pública no desenvolvimento de uma base institucional (postos de saúde, institutos de pesquisa), na construção de um aparato

burocrático e administrativo centralizado com o fortalecimento do poder federal, no reconhecimento da pesquisa científica como via de modernização, na erradicação de endemias e epidemias nacionais e na elaboração das políticas públicas e leis sanitárias (CASTRO SANTOS, 2004).

Na consolidação de um Estado nacional centralizador durante o governo Vargas, foi criado em 1930 o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), ambos de alguma forma organizavam o acesso da população aos serviços de saúde. Esse acesso estava ligado à forma de inserção no trabalho, por um lado com a assistência médica previdenciária para os trabalhadores formais e sindicalizados (MTIC) e por outro, as ações de saúde pública ligadas à prevenção e combate às endemias do restante da população (MESP) (FONSECA, 2007). Ministérios que futuramente foram os responsáveis pela gestão de programas de alimentação e nutrição como Programa Alimentação do Trabalhador (PAT) e Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), respectivamente.

A intervenção Estatal, fortaleceu-se não apenas no setor saúde, mas também no setor da alimentação e nutrição. Ainda restritas a estratos da população, a intervenção estatal nas políticas sociais ligadas a alimentação e nutrição tiveram alguns marcos importantes, com a instituição do salário mínimo, o fornecimento de alimentação para os previdenciários nos grandes centros urbanos e a criação de um órgão administrativo nacional de alimentação (PINHEIRO, 2008). Apesar do desenvolvimento de políticas sociais nessa área, o limite das políticas públicas para o enfrentamento à ISAN da população ao longo dos anos, aponta para o carácter estrutural desse problema.

De 1930 a 1963, as ações de enfrentamento à ISAN no Brasil estavam ligadas principalmente ao combate à fome em um cenário epidemiológico com elevada ocorrência de desnutrição e carências nutricionais ligados à miséria e à pobreza, e representou um problema político para os governos (PINHEIRO, 2008). A exposição nacional feita por Josué de Castro em Geografia da Fome (1946), que deu visibilidade para a fome vivida no país naquela época

e suas dimensões políticas e sociais, também contribuiu para a inclusão do debate sobre SAN na agenda política de governo (PINHEIRO, 2008).

As intervenções estatais cumpriam um papel importantíssimo na atenuação dos conflitos sociais do período, ao mesmo tempo que garantiam a reprodução da mão de obra explorada e condições mínimas para a sobrevivência de determinados grupos sociais. A partir da década de 1970, com a permanência de uma alta prevalência de desnutrição e fome, diversos programas foram fortalecidos e desenvolvidos voltados às pessoas em situação de ISAN, especificamente para crianças, gestantes, nutrizes e para os trabalhadores formais, entre eles o PAT (1976) e o PNAE (1979) (JAIME, 2019; PINHEIRO, 2008). Os programas de suplementação alimentar, também se fortaleceram nesse período e cumpriram objetivos articulados de interesses econômicos, políticos e sociais, tanto nacionalmente, como internacionalmente. Pinheiro (2008) apresenta:

> "Os programas de suplementação alimentar, fortemente amparados e intermediados pelos organismos internacionais, tinham objetivos ideológicos e econômicos bastante articulados e constituíram mecanismos de ampliação do mercado internacional de mercadorias, procurando padronizar hábitos e práticas alimentares de acordo com os interesses de acumulação do capital. A introdução do leite em pó, por exemplo, por meio dos programas internacionais de ajuda alimentar, tornou evidente o seu objetivo econômico. A ajuda, que não acontecia de forma monetária, estabelecia uma relação de dependência e uma barreira importante para a soberania alimentar dos países. O estímulo à produção e ao consumo local de alimentos básicos para o desenvolvimento sustentável, explicitamente, não era um modelo de desenvolvimento social apoiado. O apoio era um meio de escoamento do excedente de produção dos países centrais: o que não havia conseguido transformar-se em mercadoria/capital era doado aos países periféricos. Do ponto de vista ideológico, tais programas ainda desempenhavam a função de utilização do alimento como arma de dominação sobre os países dependentes. Esta estratégia, além de aprofundar a exploração, ainda cumpria com os objetivos políticos de atenuar e desestimular os movimentos sociais de caráter socialista" (PINHEIRO, 2008, p. 4).

A mobilização social e a influência das organizações internacionais, como a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), em torno da temática também contribuíram para o fortalecimento institucional das ações estratégicas na área da alimentação e nutrição. No começo da década de 1980, a perspectiva da disponibilidade e do acesso aos alimentos pelos indivíduos e grupos sociais passaram a ganhar relevância na

definição das intervenções ligadas ao combate à fome e contra a miséria (MALUF e REIS, 2013).

Ao longo dos anos, o conceito de SAN foi ampliado e passou a abranger os múltiplos determinantes sociais da ISAN, bem como a influência das relações entre o mercado internacional e as grandes corporações produtoras de alimentos em muitos países (RIGON e BÓGUS, 2016; MALUF e REIS, 2013). Apesar da abrangência do conceito, a definição ainda está dentro dos marcos do Estado social, com o uso, por exemplo, da noção de sustentabilidade econômica[5]. A SAN é definida como a:

> "realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis" (BRASIL, Lei n°11.346 de 2006, LOSAN).

Depois dessa lei, que impulsionou a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), outros marcos importantes seguiram com a incorporação na Constituição Federal, em 2010, do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e a construção do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional de 2011 e 2016 (PLANSAN). Dentre as políticas e programas que visam a promoção da alimentação adequada e saudável em âmbito nacional estão a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), além de programas como o Programa Bolsa Família (PBF), o PNAE, o PAT, entre outros.

As mudanças no perfil epidemiológico e nutricional da população, assim como o contexto político e econômico atual de crise do modelo capitalista, compõem um contexto recheado de contradições e desafios para a saúde coletiva nessa área. Temos, ao mesmo tempo, pessoas com carências nutricionais e/ou obesidade e um acirramento das

---

[5] Termo surgido na década de 1980, o conceito de sustentabilidade traz consigo a ideia de atenuação ou minimização dos efeitos gerados pela exploração dos recursos naturais, humanos, econômicos, sem comprometimento do atendimento das necessidades humanas (SARTORI, LATRÔNICO, CAMPOS, 2014). Não pressupõe uma alteração radical da estrutura social vigente, mas sim sua manutenção.

desigualdades, desemprego, reformas trabalhista e previdenciária e cortes nos orçamentos destinados às políticas sociais. No campo da SAN, temos como exemplo o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e de todos os programas ligados à agricultura familiar que tiveram seus orçamentos diminuídos ou mesmo esvaziados a partir de uma lógica de beneficiamento unilateral da agroindústria de alimentos e do modelo de produção de alimentos hegemônico.

Além disso, em janeiro de 2019, a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), espaço consultivo e de participação da sociedade civil na tomada de decisão das políticas públicas ligadas a SAN e conquista de anos de luta do movimento social, representam um grande retrocesso para o enfrentamento intersetorial da ISAN no país.

Alguns autores nos alertam ser provável o retorno de problemas históricos e ¨o acirramento da dupla carga da má-nutrição: a fome e a desnutrição, agravada pelo sobrepeso e obesidade decorrentes de um sistema alimentar baseado no ciclo de produção do agronegócio e dos alimentos ultraprocessados[6]¨ (JAIME et al., 2018, p. 1835). Apesar da dificuldade de mensuração da ISAN[7], a saída do país do Mapa da Fome, em 2014, foi considerada um marco internacional importante impulsionado pelas políticas sociais, com a redução da porcentagem da população com ingestão insuficiente de calorias por dia.

No SUS, mesmo com a existência da PNAN como uma política interlocutora entre a saúde e a SAN, ainda existem desafios para a implementação da agenda de alimentação e

---

[6] Classificação proposta pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (2014). ¨Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Técnicas de manufatura incluem extrusão, moldagem, e pré-processamento por fritura ou cozimento¨ (BRASIL, 2014).

[7] RIBEIRO JUNIOR (2015), apesar de fazer uma crítica ao conceito de Segurança Alimentar e as formas de mensuração da fome no mundo, aponta que a elaboração de uma escala para mensuração da ISAN, elaborada pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (que serviu de base para elaboração da escala Brasileira de Insegurança Alimentar -EBIA) é mais abrangente do que a mensuração de ISAN limitada aos critérios de calorias insuficiente e linha de pobreza, utilizados pelos organismo internacionais como a OMS, FAO e o Banco Mundial.

nutrição (RIGON, SCHMIDT e BÓGUS, 2016; JAIME at el., 2018). Jaime et al (2018) sugerem algumas das pautas prioritárias que devem compor uma agenda atual de alimentação e nutrição, considerando a trajetória dos últimos 30 anos do SUS, como "a ampliação do acesso e qualidade da atenção à saúde na perspectiva da integralidade, (...) promoção de transformações no sistema alimentar(...), consolidação de modelos de governança intersetoriais e participativos", entre outras pautas (JAIME et al., 2018, p. 1834).

Os desafios para a intersetorialidade encontrados no nível de formulação de políticas, governos e instituições apresentam reflexos na formação dos profissionais e na prática de cuidado no dia a dia dos serviços de saúde. Ainda falta aos profissionais de saúde uma visão mais ampliada e integral sobre a determinação do estado nutricional, que extrapole o foco na doença e no corpo biológico. Além disso, há pouca compreensão dos profissionais sobre o papel do serviço de saúde na garantia do direito à alimentação, o que dificulta a articulação intersetorial a fim de contribuir na superação da condição de ISAN da população atendida. Esse fator tem gerado uma personificação dessa responsabilidade, que fica vinculada ao nutricionista do serviço (RIGON, SCHMIDT e BÓGUS, 2016).

Embora os avanços na institucionalização da área da alimentação e nutrição no que tange aos marcos legais, às políticas sociais e o maior diálogo entre o SUS e o SISAN, os elementos apresentados neste tópico, demonstram que as raízes de ISAN são muito profundas e as respostas do Estado parecem ser insuficientes no que diz a articulação de vários setores para o enfrentamento da ISAN.

Vivemos em um cenário ainda muito semelhante ao início da formação do Brasil, com a organização de um sistema alimentar distanciado da busca pela sua soberania. A economia segue baseada na produção das commodities voltadas para exportação, com grandes latifúndios e uso de agrotóxicos e na distribuição desigual de terras e do trabalho entre diferentes grupos sociais. A sociedade brasileira apresenta como grande contradição a existência de pessoas com fome, sem seus direitos garantidos e cada vez mais adoecidas pelo modo de trabalho e vida mesmo em país tão extenso territorialmente e rico em recursos naturais.

Nesse sentido, o acesso à alimentação adequada e saudável e a garantia da SAN da população apresenta-se como um problema extremamente complexo e resultante de um processo histórico nacional e internacional que se desenvolveu a partir do modo de produção capitalista. Alimentar-se está muito além de decisões individuais ou meritocráticas.

1.3 OBESIDADE COMO UMA MANIFESTAÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A última Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017-2018) apontou um percentual de 36,7% dos domicílios brasileiros com algum grau de insegurança alimentar, sendo os domicílios cujo responsável é do sexo feminino e de cor/raça preta ou parda os de maior prevalência (IBGE, 2020). Esse dado, obtido a partir da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), exemplifica o grave cenário alimentar que vivemos no país. A escala mensura a SAN a partir da percepção e vivência de acesso aos alimentos pelos domiciliados, segundo o IBGE:

> "A condição de Segurança Alimentar (SA) reflete o pleno acesso dos moradores dos domicílios aos alimentos, tanto em quantidade suficiente como em qualidade adequada, de tal modo que a pessoa entrevistada sequer relata preocupação ou iminência de sofrer qualquer restrição alimentar no futuro próximo. Já na Insegurança Alimentar Leve (IA leve) há preocupação com o acesso aos alimentos no futuro e já se verifica comprometimento da qualidade da alimentação, ou os adultos da família assumem estratégias para manter uma quantidade mínima de alimentos disponível aos seus integrantes. Nos domicílios com Insegurança Alimentar Moderada (IA moderada), os moradores, em especial os adultos, passaram a conviver com restrição quantitativa de alimentos no período de referência. O nível de Insegurança Alimentar Grave (IA grave) significa que houve ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre todos os moradores, incluindo, quando presentes, as crianças." (IBGE, 2020)

Assim, a condição de ISAN é caracterizada desde o acesso a uma alimentação de baixa qualidade e variedade, passando pela privação de alimentos e até a fome. Além da

dimensão de acesso aos alimentos, o conceito de ISAN[8] engloba as dimensões de produção, disponibilidade, consumo e a utilização biológica dos alimentos (CONSEA, 2004).

Nesse sentido, a ISAN também está relacionada com a manifestação do consumo alimentar sobre o estado nutricional dos indivíduos, podendo produzir perfis nutricionais diversos, caracterizados por exemplo por pessoas com fome e a desnutrição e/ou por um perfil de carências nutricionais e obesidade. Assim, ao mesmo tempo que temos mais de 84,9 milhões de pessoas em domicílios com algum grau de insegurança alimentar, vivemos um aumento no peso corporal dos brasileiros. Os dados Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 demonstraram um crescimento no percentual de pessoas com excesso de peso (de 43,3% em 2002 para 61,7% em 2019) e com obesidade (de 12,2% em 2002 para 26,8% em 2019) entre adultos.

Apesar do aparente paradoxo entre a restrição do acesso aos alimentos e o ganho de peso, a relação entre a ISAN e obsidade tem se mostrado concreta. A perda na qualidade do que se consome, com o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados (com alto valor calórico e baixo valor nutricional) em detrimento dos alimentos naturais ou preparações caseiras, tem se relacionado com o aumento da ISAN (tanto no perfil de carências nutricionais como de obesidade), da diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2014; DIAS, et al, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a epidemia da obesidade como um problema de saúde pública mundial e por isso tem sido prioridade nas políticas públicas nas últimas décadas, principalmente devido à sua relação com o desenvolvimento de outras doenças crônicas, como as cardiovasculares. O diagnóstico do sobrepeso/obesidade é realizado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), que calcula a razão da massa corporal pela estatura ao quadrado. Apesar de existir um consenso na literatura em atrelar a crescente prevalência de obesidade a diversos fatores e dimensões (político, econômico, social,

[8] Dessa forma, compreendemos o conceito de ISAN como uma condição onde os indivíduos estão submetidos a uma alimentação com pouca qualidade e em quantidade insuficiente, de forma irregular, produzidos sem respeito ao meio ambiente e a diversidade sociocultural e que produzem malefícios a saúde e a nutrição da população.

cultural), ainda é complexa a compreensão sobre a relação entre esses múltiplos fatores e a elaboração de propostas de intervenção (DIAS, et al, 2017; CRISPIM, 2010).

Crispim (2010) aponta a necessidade de ampliação do debate sobre a obesidade como reflexo do processo de reprodução social e do desenvolvimento do capital, resgatando as raízes desse problema social na organização do modo de produção capitalista. A compreensão de que a condição de saúde de determinado grupo social/classe está relacionada com o modo de inserção no trabalho oferece suporte para uma análise mais totalizante [9]sobre a temática. A alimentação, como necessidade básica fundamental para a vida humana e para a saúde, também tem sua determinação condicionada pela organização do modo de produção capitalista e pode ser respondida de diferentes maneiras a depender da forma de inserção dos indivíduos no trabalho.

As mudanças nos padrões de trabalho e vida da população brasileira tem influência sobre o padrão de alimentação. Podemos citar como exemplo a história de milhares de trabalhadores em grandes cidades, formais e informais, que gastam a maior parte do seu tempo com o trabalho dentro e fora de casa e com o transporte para o trabalho. O horário para alimentação e descanso é cada vez menos respeitado com as novas modalidades de trabalho e com a flexibilização das leis que buscam garantir a proteção do direito, como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Vale destacar que no Brasil, a prevalência de sobrepeso e a obesidade cresce em maior velocidade entre os mais pobres (DIAS, et al, 2017; CRISPIM, 2010).

Diante desse cenário e com objetivo de minimizar essa situação, algumas medidas têm sido tomadas tanto pelo SISAN, quanto pelo SUS. Dias et al (2017) fizeram uma análise interessante sobre as concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro nos últimos 15 anos para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade. Apresentaram que o setor saúde ainda é o maior propositor de ações, entretanto as instâncias que compõem o SISAN têm trazido uma

[9] Para teoria marxista, para interpretar e modificar a realidade social é necessário compreender a totalidade dos processos, suas contradições e suas raízes históricas. Para isso existe uma relação dialética entre a análise concreta e abstrata da realidade. Para compreender o todo é importante compreender suas partes. Nesse sentido, o recorte de um objeto de estudo é a possibilidade de se aprofundar em uma parte da totalidade, a partir da abstração mas com vistas a compreensão de um todo social (SILVA e QUINTELA, 2014).

abordagem complementar mais abrangente e intersetorial para essa questão. As ações propostas no âmbito intersetorial ainda são incipientes, prevalecendo as ações intrasetoriais (dentro do próprio SUS), como por exemplo por meio da criação de redes de atenção à saúde e uma linha de cuidado da obesidade que prevê uma articulação de serviços de saúde. No SUS, a obesidade é majoritariamente concebida como fator de risco e como doença, apresentando ainda ações com enfoque mais individualizante e socioambiental[10] (ambientes e contextos de vida saudáveis). A maioria dos documentos oficiais do setor propõe ações que objetivam a alteração das práticas alimentares e de atividade física dos indivíduos, ainda que a ideia da intersetorialidade esteja presente nos textos das políticas de saúde, tanto na PNAN quanto na PNaPS.

Os autores apontam a necessidade de fortalecimento da abordagem proposta pelo SISAN, de concepção da obesidade como um problema social e de insegurança alimentar, com necessidade de ação intersetorial para alterar as práticas alimentares de forma mais integrada. Essa abordagem inclui:

> ¨a ampliação da explicação sobre os fatores condicionantes; o deslocamento do foco das "soluções" para os modos de produzir, abastecer, comercializar e acessar os alimentos; os avanços na perspectiva da alimentação e nutrição como direito; o fortalecimento dos espaços institucionais para a intersetorialidade, bem como das bases legais da segurança alimentar e nutricional visando, inclusive, a potencializar a intervenção do Estado nas práticas comerciais¨ (DIAS, et al, 2017, p. 6).

Podemos verificar a abordagem mais individualizante também nos documentos que subsidiam o trabalho na APS. A reorganização dos serviços de saúde na perspectiva de rede e de linhas de cuidado, incluiu em 2013 a linha de cuidado para obesidade como parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013). No nível da Atenção Básica[11] (AB), o *Caderno de Atenção Básica, nº 38 – Obesidade* orienta os

---

[10] A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que também faz parte do SUS, tem cumprido um papel na reformulação da rotulagem dos alimentos, com, por exemplo, a implantação da rotulagem frontal para melhor compreensão dos consumidores. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/rss/-/asset_publisher/Zk4q6UQCj9Pn/content/id/4442085

[11] Nesta dissertação, estamos usando os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) como sinônimos.

profissionais de saúde para o cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional e objetivando a perda de peso. Apresenta que a AB:

> "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, 2014a, p. 20, grifo próprio).

Dentro dessa perspectiva, os desafios para as ações de alimentação e nutrição na APS parecem ser grandes e insuperáveis se não conseguirmos olhar para a raiz desse problema social. A revisão de Botelho et al (2020) sobre as linhas teóricas que dão sustentação para as práticas ligada a SAN na APS, aponta a predominância de estudos que adotam a concepção de ISAN como um fator de risco para organizar as atividades e a necessidade de fortalecer as linhas teóricas que compreendem a SAN como um dos determinantes da saúde e como a realização de um direito humano. A linha teórica da determinação social da saúde e da SAN não apareceu no estudo.

O trabalho de Crispim (2010) utiliza do conceito de determinação social da obesidade. O estudo aborda a determinação da obesidade em uma sociedade regida pela lógica de acumulação do capital e o caráter social dessa epidemia. Apresenta que a pobreza, como resultado da organização capitalista de exploração, tem influência nas condições de acesso a alimentos. O acesso em quantidade e qualidade inadequadas produz fenômenos extremos como desnutrição/fome e obesidade nas classes mais pauperizadas.

> ¨a epidemia da obesidade está associada a alterações que ocorreram no mundo capitalista, isto é, existe uma relação intrínseca e contraditória entre a lógica do capital e o fenômeno da obesidade na pobreza, paralela à desnutrição e à fome¨ (CRISPIM, 2010, p.73).

A mesma autora aponta a necessidade de olharmos os determinantes do agravamento da obesidade na pobreza, fazendo uma conexão entre os interesses de acumulação de capital e

a produção alimentícia. A lógica neoliberal de mercado e a reestruturação produtiva do trabalho, como resposta à crise mundial da década de 1970, impõe, entre outras coisas, a precarização das condições de trabalho e o aumento das desigualdades em um mundo globalizado (CRISPIM, 2010). Partindo da concepção marxista em que o trabalho é a principal maneira de inserção do indivíduo em uma sociedade, possibilitando sua produção/reprodução material e social, a autora apresenta a obesidade como um dos reflexos das alterações no mundo do trabalho, sobre o ser social:

> ¨a obesidade configura-se na atualidade como um problema social, sendo ainda entendida como uma expressão das mudanças ocorridas no mundo do trabalho, exigindo do trabalhador mais rapidez e flexibilidade, inclusive nos horários e nos modos de se alimentar, no desordenamento dos padrões de comensalidade e na ausência da liberdade de escolha. É o lucro a força motriz do modo de produção capitalista, refletindo nas escolhas dos indivíduos, que muitas vezes cedem às apelações exacerbadas do consumo, alimentando-se de forma não saudável, e com isso, desencadeando a obesidade e outras doenças associadas, que diminuem de forma preocupante a qualidade de vida de grande parte da população mundial¨ (CRISPIM, 2010, p. 78).

Nesse sentido, além do impacto da condição de trabalho e vida sobre a maneira como as pessoas se alimentam, a transformação dos alimentos em mercadorias provedoras de lucro também deve ser levada em consideração. A autora aponta para os efeitos da globalização da produção de alimentos sobre os padrões de alimentação da população:

> ¨A mundialização da economia traz consigo a uniformização das diferentes atividades econômicas (produção, distribuição e consumo) em escala mundial, com implicações na vida, nos hábitos e nos costumes dos povos. A velocidade com que as informações e as tecnologias são veiculadas e trocadas na atualidade, a disponibilidade de produtos, o aumento nos números de centros comerciais e supermercados, e com isso o crescimento do consumo de produtos de baixo teor de nutrientes, têm contribuído para o crescimento do sobrepeso e da obesidade¨ (CRISPIM, 2010, p. 79).

A indústria de alimentos, em consonância com os interesses do capital, se aproveita dos novos modos de viver e consumir para apresentar produtos *¨fast¨* e *¨práticos¨*, normalmente com baixa qualidade nutricional e elevada densidade energética a preços acessíveis (CRISPIM, 2010). As consequências desses produtos para a saúde da população são cada vez mais estudadas. No Brasil, o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014),

documento que apresenta uma classificação dos alimentos baseada no seu processamento, coloca em evidência a diferença entre os objetivos da indústria de alimentos e os da promoção da saúde. Apesar de evidenciadas essas contradições, ainda são incipientes medidas governamentais contrárias aos interesses da indústria, como taxação de produtos, regulação do *marketing* de alimentos, entre outros.

O consumo cada vez maior de alimentos ultraprocessados, traz consigo também a discussão sobre o sistema alimentar que está sendo promovido. Podemos entender que o sistema alimentar mundial abarca uma complexa rede de atores, relações e interesses para produzir, processar e comercializar alimentos (HLPE, 2017). Assim, o sistema alimentar produz e é produto de uma lógica social, diferindo teoricamente entre um sistema em que a alimentação é baseada em alimentos *in natura* e regionais e um sistema em que a alimentação é desregionalizada e industrializada.

A padronização do comer e a alienação sobre o processo de produção e o preparo dos alimentos é interessante para um mercado econômico mundializado que busca espaços para sua valorização. Um sistema alimentar globalizado está ¨subjugado pelas leis do mercado, pelas orientações políticas e econômicas do Banco Mundial e da Organização Mundial do Comércio, que regulam os preços dos alimentos e impedem que os países economicamente dependentes regulamentem suas exportações e importações, ficando estes sob o jugo das medidas protecionistas e subsídios dos países ricos¨ (CRISPIM, 2010, p. 74).

No Brasil, a distribuição desigual das terras, assim como a priorização de produção de monoculturas para exportação com uso de agrotóxicos e sementes modificadas em detrimento da agricultura familiar, compõe um cenário de um sistema alimentar insustentável. Ficam evidentes as lacunas de medidas regulatórias pelo Estado nesse setor, onde os interesses da indústria e do agronegócio tem conquistado mais espaço.

Nessa perspectiva, podemos compreender que as transformações no modo de trabalho e vida, assim como no sistema alimentar mundial, buscam dar resposta à acumulação de capital e estão distanciadas das necessidades de saúde da população. Assim, esse estudo está

partindo da concepção de obesidade como uma manifestação da insegurança alimentar e nutricional e como um problema social que tem raízes na organização capitalista.

1.4 O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dentro do SUS, os trabalhadores de saúde convivem no seu dia a dia de trabalho com todas as contradições presentes na organização social capitalista e suas manifestações na saúde da população.

Desde 1994, a organização da APS no país tem como modelo prioritário de assistência a Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente denominado Programa Saúde da Família. A APS se propõe formalmente a ser o primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde, o serviço de referência para a coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS e para a busca da maioria das respostas às necessidades de saúde da população (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009; PINTO e GIOVANELLA, 2018; BRASIL, 2017).

Já o modelo de assistência ESF preconiza o trabalho orientado a partir da definição de um território de abrangência; da adscrição, cadastramento e acompanhamento longitudinal da população residente da área; e organizado a partir da constituição de uma equipe multiprofissional generalista (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal) (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009). Além disso, têm "princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial" (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016, p.1500).

Diversos autores ressaltam que a expansão da ESF representa o crescimento dos cuidados primários da população, o aumento na oferta de serviços em regiões periféricas e rurais (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016) e a redução das internações por causas sensíveis à atenção básica[12] (PINTO e GIOVANELLA, 2018). O modelo de

[12] Indicador para avaliação da APS de um país, os autores explicam que "o indicador internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) foi descrito inicialmente na literatura por Billings et al. e, no Brasil, foi validado pelo Ministério da Saúde no final da década de 2000, estabelecendo-se uma lista brasileira

assistência da ESF busca contrapor-se ao modelo biomédico e em comparação ao modelo tradicional promove o trabalho multidisciplinar baseado no vínculo, no acolhimento e com orientação comunitária e nos princípios do SUS (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016; FERTONANI et al, 2015).

Apesar de diretrizes e princípios apresentados pelas políticas de atenção básica e da expansão da ESF nacionalmente ainda existem desafios para sua implementação idealizada. Os desafios estão ligados à falta de financiamento; às formas de contratação dos profissionais de saúde cada vez menos estáveis, muitas vezes com salário precário e jornadas excessivas; à formação dos profissionais em desarmonia com o modelo da ESF e a falta espaços formativos no serviço; à dificuldade de efetivação do trabalho em equipe; ao acesso dificultado pelo excesso de demanda e déficit de pessoal; às dificuldades no desenvolvimento de ações intersetoriais, na coordenação do cuidado na RAS; à gestão do processo de trabalho de forma participativa, entre outros (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016; PERUZZO et al, 2018; ARAÚJO e ROCHA , 2007; SCHERER, PIRES e JEAN, 2013; FERTONANI et al, 2015).

Assim, mesmo que o modelo assistencial da ESF esteja nos documentos oficiais e implantado nas UBS do país, no cotidiano do serviço existe uma permanência de características do modelo biomédico. Essas características se reproduzem nas práticas em saúde e no cuidado ofertado às pessoas com obesidade na ESF (BURLANDY et al, 2020).

A constituição do SUS em um período de avanço do neoliberalismo, sempre colocou o caráter universal, integral e equitativo do sistema em questionamento. No nível da APS, a precariedade dos serviços da ESF tem se configurado como uma oferta de cuidado mínima, focalizada e para os mais pobres (TESSER, NORMAN, 2014). Em 2016, a aprovação da Emenda Constitucional 95 de congelamento dos gastos com a saúde e educação já anunciava um período de aprofundamento da precarização do SUS e consequentemente da ESF.

A reformulação da Política Nacional da Atenção Básica em 2017, que trouxe algumas mudanças significativas no financiamento da AB e na composição das equipes, flexibilizou a

---

com 20 grupos de condições de saúde que, se tratadas de forma adequada na atenção primária, evitariam internações" (PINTO e GIOVANELLA, 2018, p.1908).

priorização da expansão da APS no modelo da ESF. Apesar disso, a política ainda afirma que a organização do trabalho na ESF deve ser a partir da concepção de território de abrangência e responsabilidade sanitária sobre as famílias (BRASIL, 2017).

Se a formalidade da política ainda deixava em dúvida a intenção e modelo proposto para a APS no país, no segundo semestre de 2019, o lançamento de uma nova proposta de financiamento da APS e a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde deixaram evidente qual o tipo de AB que se pretende construir. Ainda que o modelo de financiamento anterior fosse distanciado do repasse ligado às necessidades de saúde, a nova proposta de financiamento consolida a lógica de eficiência e otimização dos recursos, com o repasse financeiro aos municípios associado ao desempenho e ao número de pessoas cadastradas. Além disso, o caráter focalizado e seletivo da atenção à saúde se fortalece, com incentivo à individualização do cuidado para os mais vulneráveis e linhas de cuidado para orientar o trabalho (REIS, et al, 2019; MENDES e CARNUT, 2019).

O modelo de cuidado e o processo de trabalho na ESF são totalmente influenciados pela organização do sistema de saúde e seu financiamento. Assim, a participação privada na gestão pública da saúde tem consequências diretas sobre o caráter universal, equânime e integral do SUS e consequentemente sobre o cuidado ofertado. A lógica neoliberal de Estado regulador, implica em uma desresponsabilização de provimento direto do serviço de saúde, cabendo ao Estado apenas a função de financiar, estabelecer normas e condições para a execução do serviço e fazer sua avaliação. Utilizando-se do argumento central de maior alcance e eficiência, a reforma no modelo de administração pública, com o modelo gerencialista, tem conquistado cada vez mais espaço no país, trazendo consigo a transposição da lógica privada para o SUS (CARNUT e NARVAI, 2016; BRESSER-PEREIRA, 2000; CARNEIRO e MARTINS, 2013).

Essa desresponsabilização do Estado no provimento das políticas públicas flexibilizaram as relações de trabalho, trazendo consequências para os trabalhadores no que diz respeito à “segurança, autonomia, função, remuneração, tempo e gestão 'no' e 'do' seu trabalho¨ (CARNEIRO e MARTINS, 2013). Lacman (2012), ao estudar o processo de

trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na ESF e os reflexos para a saúde mental dos trabalhadores em uma região do município de São Paulo, coloca que:

> "Embora o serviço esperado e a produtividade não sejam comparáveis aos modelos organizacionais do setor privado, a lógica da produção baseada em dados epidemiológicos e de demanda, na quantificação de atendimentos, na expectativa de resolutividade e na equação "demanda referida / quantidade de profissionais / atendimentos esperados" acaba gerando constrangimentos e modificando o trabalho na medida em que impõem ritmos, formas de atendimento e ações de cuidado que por vezes sobrecarregam os trabalhadores, inviabilizam que cumpram o trabalho segundo o modelo que gerou esses serviços e corrompe os princípios norteadores dos programas ao qual estão vinculados. Ou seja, a forma como o trabalho é organizado desconsidera a variabilidade de pressupostos teóricos e crenças sobre o atendimento e obriga os trabalhadores a entrarem, por vezes, em desacordo com esses princípios gerando um processo de dissonância cognitiva obrigando-os a rever posições e trabalhar em desacordo com as orientações que receberam" (LACMAN, 2012, p. 18).

Podemos notar, portanto, que o processo de trabalho na ESF tem buscado também dar respostas ao capital, mesmo que isso implique em consequências para a qualidade do serviço e sofrimento dos trabalhadores. Apesar das orientações dos documentos oficiais do governo, os desafios para a organização do trabalho na ESF ainda são complexos.

Parece existir um descompasso entre as expectativas da gestão, dos trabalhadores e dos usuários sobre o cuidado das pessoas com obesidade na ESF. Alguns elementos levantados nesta introdução, dão pistas sobre os motivos desse descompasso: o atravessamento da lógica privada na gestão do sistema de saúde e os reflexos sobre a organização dos processos de trabalho, orientados por metas e indicadores voltados para as doenças; o pouco espaço para a reflexão da rotina de trabalho e a sobrecarga para a resolução dos problemas de saúde da população; a deficiência de uma formação mais ampliada e crítica sobre a determinação da obesidade e da insegurança alimentar; e as dificuldades para a implementação do modelo assistencial da ESF com o trabalho em equipe e articulação de uma rede de serviços para o cuidado integral dos indivíduos.

Considerando todos os elementos elencados nesta introdução, ainda nos cabe o questionamento sobre de que maneira o processo de trabalho na ESF tem dado respostas às necessidades de saúde da população em um momento de aprofundamento da crise econômica.

O fenômeno crescente da obesidade no país, evidencia tanto os elementos sobre as condições de vida e alimentação da população como as fragilidades de um sistema de saúde que deveria responder às necessidades da população.

Diante disso, a construção deste estudo foi norteada pelas questões:

1- A organização do processo de trabalho na ESF permite um olhar ampliado sobre a alimentação e seus reflexos na saúde da população?

2- Como os profissionais de saúde tem lidado com os casos de obesidade na sua rotina de trabalho?

3- Como percebem as dificuldades encontradas para a realização do trabalho?

Essa pesquisa teve como pressuposto que o trabalho em saúde parece ter limites para responder às necessidades de saúde da população, em um cenário de cortes nas políticas sociais. Os profissionais de saúde, como representantes do Estado social, estão entre as condições de trabalho impostas na ESF, as diretrizes de cuidado para as pessoas com obesidade e a realidade complexa do território atendido. Estes parecem ter pouca autonomia sobre seu processo de trabalho e impossibilidade de fazer um cuidado mais emancipador.

Como forma de organização desse estudo, inicialmente apresentaremos o marco teórico que dará sustentação à pesquisa, seus objetivos e em seguida a metodologia do estudo.

2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A complexidade das questões apresentadas aponta a necessidade de um mergulho nos conceitos que darão sustentação para o desenrolar dessa pesquisa. Apesar do pouco tempo para a maturação dos conceitos, essa dissertação representa um esforço de aproximação entre o campo da alimentação e nutrição e da saúde, a partir do referencial da saúde coletiva. A partir de autores como Mendes Gonçalves, Campos, Pires e Souza, esse referencial teórico pretende apresentar brevemente os conceitos de trabalho, processo de trabalho e necessidades, na sua relação com a saúde.

Para uma melhor compreensão sobre as ações desenvolvidas na AB com enfoque no enfrentamento da obesidade, é fundamental localizar esse objeto dentro da estrutura da sociedade,

> ¨organizada a partir da sua base econômica (modo de produção capitalista), base social (classes sociais) e geo-espacial (território onde acontece a dinâmica social, ou seja, o espaço concreto onde acontece a produção - formas de trabalhar - e a reprodução social - formas de viver/consumir - de um determinado grupo/classe social)¨ (COELHO, 2012, p. 51).

A discussão sobre a relação entre saúde e a inserção na estrutura social de classes está presente na produção da saúde coletiva latino americana desde a década de 1960 e tem como pilar a conceito da Determinação Social da Saúde. A partir da perspectiva da saúde coletiva, entendemos que o processo de saúde e doença das pessoas tem sua determinação na estrutura social capitalista e nas diferentes formas de inserção social das classes sociais no trabalho. Em outras palavras, que a condição de saúde dos indivíduos não é determinada por um caráter exclusivamente biológico, mas que está condicionado às relações de produção/reprodução social e organização histórica das coletividades (CAMPOS, 2004).

Nesse sentido, se é a partir da organização da sociedade em classes, na heterogeneidade dessa coletividade que se produzem e se expressam desigualmente os estados de saúde, as práticas de saúde devem buscar a transformação social a partir do fortalecimento de respostas coletivas às necessidades de saúde, que vão além das produzidas pelos serviços de saúde, ou práticas intersetoriais institucionais.

As necessidades de saúde, por sua vez, compõem a rede de necessidades e devem ser identificadas no conjunto da vida social do indivíduo e nas consequências das formas de trabalhar e viver, expressas no corpo biopsíquico de indivíduos das diferentes classes sociais. Logo, na organização social capitalista, necessidades de saúde são necessidades produzidas nas relações estabelecidas nos diversos modo de trabalhar, que tem como consequência os diversos modos de viver e as diferentes possibilidades de acessar bens - materiais e imateriais (saúde, educação, direitos) (CAMPOS, 2009).

As diferentes posições na estrutura social, influenciam no acesso aos meios/produtos capazes de satisfazer essas necessidades. É importante apontar que as necessidades de determinada população se expressam de forma desigual, são heterogêneas e não são naturais, mas sociais e podem ser constantemente renovadas, a partir da criação de novos nichos de mercado. Na busca pelo lucro, a organização capitalista instaura novas necessidades a partir da lógica do consumo e assim o suprimento dessas, muitas vezes fica reduzido à aquisição de mercadorias e produtos (CAMPOS, 2009).

Na saúde, existe um ideário coletivo de que as necessidades de saúde serão respondidas exclusivamente pelo consumo de serviços de saúde e seus produtos. Retomando a função do Estado como mantenedor na ordem vigente, a lógica de consumo para a satisfação das necessidades de saúde também tem sido incorporada nas políticas que orientam as práticas assistenciais. Deste modo,

> "os serviços de saúde tem reiterado o reconhecimento de necessidades de saúde associadas ao resultado das práticas de saúde, e a satisfação das necessidades tem sido relacionada a produtos (medicamentos, exames para diagnósticos, encaminhamentos para especialistas, entre outros) que retroalimentam a lógica de mercado" (CAMPOS e SOARES, 2013, p. 278).

Portanto, o serviço de saúde é, ao mesmo tempo, um local que reproduz a resposta insuficiente do Estado às necessidades de saúde da população e um local que pode ser instaurador de novas necessidades de consumo (CAMPOS e SOARES, 2013).

Para aprofundar a reflexão sobre a relação entre as necessidades e o trabalho e a fim de propiciar bases para uma análise mais totalizante das relações sociais, é necessário retomar alguns conceitos fundamentais da organização social capitalista. Para Marx (1994) a

sociedade se organiza a partir de três esferas: 1) da relação estabelecida pelos homens com a natureza, 2) da relação estabelecida entre os homens para produzir e 3) a partir dessas relações anteriores, pelo modo que constroem as normas para sua vida em sociedade. Nessa organização, o trabalho consiste no processo de transformação da natureza realizada pelos seres humanos, em formas úteis à sua vida e às suas necessidades básicas, como beber, comer, habitar, reproduzir. O homem como parte constituinte da natureza modifica e é modificado nesse processo, ou seja, esta é uma relação dialética. Além disso, o trabalho pode ser compreendido como a via de inserção do homem como ser social na sociedade capitalista (MARX, 1994a).

O modo como os indivíduos produzem é coletivo, sendo o trabalho "a base do modo de produção de uma determinada coletividade" (VIANA, SOARES e CAMPOS, 2013, p.125). Produzir para as necessidades básicas pressupõe, então, uma relação entre os seres humanos e sua força de trabalho, o objeto de trabalho, as ferramentas de trabalho e uma intencionalidade a fim de produzir um produto[13]. A sequência de operações para a transformação do objeto em produto é denominada de processo de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992).

Assim, a sociabilidade está baseada na identificação das necessidades humanas e nas respostas produzidas pelos processos de trabalho. Uma vez uma necessidade atendida por um processo de trabalho e produção de um produto, essa necessidade se renovará, criando outros processos de trabalho para satisfazer outras necessidades. Ou seja, existe uma circularidade entre os processos de trabalho e as necessidades, sendo ambas construções sociais e correspondentes do seu período histórico (MENDES GONÇALVES, 1992).

A constituição da propriedade privada no capitalismo, transformou as relações sociais antes de cooperação entre os indivíduos em relações de exploração e dominação. O trabalhador, diante da necessidade de vender a sua força de trabalho para os proprietários dos meios de produção, perde o controle sobre o seu processo de trabalho e o reconhecimento do seu trabalho nos produtos. Esse processo de alienação do trabalho é intrínseco à divisão

[13] Para Mendes Gonçalves (1992), o homem se diferencia dos outros animais pois, para satisfazer seus carecimentos, tem o domínio sob os instrumentos de trabalho vinculado a uma finalidade racionalizada durante todo o processo de trabalho.

social do trabalho, caracterizado pela divisão entre os que produzem para a sociedade e aqueles que dirigem essa produção e se apropriam do trabalho não pago ao trabalhador. Nesse contexto, o trabalhador passa a satisfazer para além das suas próprias necessidades básicas, a necessidade de acumulação de capital do dono da propriedade (VIANA, SOARES e CAMPOS, 2013). Santos (2007) reforça essa ideia:

> "O trabalho no capitalismo se caracteriza pela mudança do trabalho vital e criador em mercadoria, força de trabalho, estranhamento e alienação, respondendo às necessidades do capital. Dessa forma, o capitalismo fez com que o valor de uso fosse progressivamente se subordinando ao valor de troca, respondendo às necessidades de expansão do capital, que, por sua vez, constituem as necessidades geradoras dos processos de trabalho e dessa forma privam o trabalhador de projetar sua ação de transformação sobre o objeto" (SANTOS, 2007, p.35).

O modo de produção capitalista é baseado na divisão social do trabalho em classes sociais: o proletariado (classe produtora/explorada) e a burguesia (classe dominante/exploradora) que se relacionam para produzir a mercadoria. De maneira sintética, o valor de uma mercadoria representa o tempo socialmente necessário para sua produção e é a partir da sua troca e circulação no mercado, que o capital é valorizado. Assim, a teoria que sustenta a sociedade capitalista, está baseado na geração de mais valor ou mais valia sobre determinada mercadoria. Entretanto, para que exista a acumulação do capital o modo de produção das mercadorias é estabelecido a partir de uma relação de exploração entre as classes.

Assim a mais valia, elemento fundamental do capital, pode ser compreendida como o trabalho realizado não pago ao trabalhador ou em outras palavras, o trabalho que o dono do meio de produção se apropria para seu lucro (MARX, 1987). É uma relação de exploração, em que o proletariado, para garantir seus meios de sobrevivência (alimentação, habitação), deve vender a sua força de trabalho em troca de um salário ou buscar outras estratégias para a obtenção de dinheiro (VIANA, SOARES e CAMPOS, 2013).

Adicionalmente, a maneira de inserção nessa divisão determina o modo de vida desse grupo, ou seja, há uma tendência de compartilhamento de “um processo de relações sociais e familiares, renda, representações e cultura semelhantes, que influenciam no seu processo

social de reprodução" (VIANA, SOARES e CAMPOS, 2013, p.133), ou seja, na reprodução da força de trabalho viva. Esses diversos modos de vida e reprodução social, determinados pela classe social, relacionam-se com o processo de produção da saúde e da doença, pois a posição que o indivíduo ocupa na relação de trabalho, influencia no acesso a serviços, nas condições de moradia e alimentação, além da possível produção de problemas no corpo ligados à ergonomia e estresse do trabalho (VIANA, SOARES e CAMPOS, 2013).

Torna-se fundamental ressaltar que a organização do trabalho no capitalismo é baseada em diferentes formas de racionalização, ambas direcionadas à acumulação de capital e aumento da produtividade, dentre elas o taylorismo, o fordismo e pós-fordismo. Souza (2015) faz uma síntese dessas racionalizações e aponta que as mudanças nesses modelos produtivos acompanharam a expansão do capitalismo nas últimas décadas, podendo coexistir em determinados momentos históricos e em países distintos. O modelo taylorista e posteriormente o modelo fordista, produziu modificações que incrementaram a produtividade do trabalho e proporcionaram o aumento das taxas de lucro. Após a década de 1970 e com o fim dos "30 anos gloriosos" (1945-1973) do fordismo houve transformações no mundo do trabalho, como apresentado pelo autor:

> "houve uma série de alterações no mundo do trabalho, visando combater a tendência de queda dos lucros. Essas alterações são denominadas amplamente de reestruturação produtiva, toyotismo (ohnismo) ou pós-fordismo. Suas principais características são o just in time (prática de diminuição dos estoques e a produção correspondente com a demanda do mercado); flexibilidade das relações de trabalho; círculos de controle de qualidade; terceirização e subcontratação" (BOYER e DURAND, 1997 apud SOUZA, 2015, p. 103).

As transformações no mundo do trabalho e o novo padrão produtivo, a partir da incorporação de mais tecnologia, descentralização da produção e novas formas de gestão e organização do trabalho, impulsionaram o trabalho no setor de serviços, sendo o setor que emprega a maioria dos trabalhadores assalariados (PIRES, 2000 e ROSSO, 2014). Assim, a reestruturação produtiva e o crescimento do setor de serviços permitiram um novo espaço para a valorização do capital (SOUZA, 2015).

Rosso (2014) faz uma reflexão sobre a relação entre os serviços e a produção de mais valia, atualizando a concepção marxista de improdutividade dos serviços. Segundo o autor, "a pertença ao campo da produtividade ou da não produtividade depende da rede de relações econômicas estabelecidas" pelo serviço, ou seja, a atividade em si de determinado serviço pode ser improdutiva (teleatendimento) porém essa atividade pode ser constituinte de um processo maior de valorização do capital (coleta de dados para venda às empresas de publicidade). Assim, a prestação de serviços pode ser, ao mesmo tempo, produtiva e improdutiva. Apesar de pontuar que o setor de serviços é anterior ao neoliberalismo, o autor aponta que essa discussão ganha sentido a partir da lógica neoliberal do mercado caracterizada pela terceirização de algumas atividades (ROSSO, 2014).

O processo de reestruturação produtiva também se expressa no setor saúde. O trabalho em saúde caracteriza-se como um trabalho coletivo de prestação de serviço, compartilhando características do processo de produção do setor terciário da economia. O trabalho realizado por diferentes profissionais de saúde tem como resultado, a assistência à saúde como um produto indissociável do seu processo de produção (PIRES, 2000). Mendes Gonçalves (1992) complementa essa ideia ao apontar que o processo de trabalho em saúde tem vistas à reprodução das necessidades, não se diferenciando dos outros processos de trabalho.

Apesar de ser um trabalho coletivo, os processos de trabalho em saúde possuem diferenças entre as distintas categorias profissionais a depender de sua qualificação, com centralidade do ofício médico (PIRES, 2007). De acordo com Souza (2015), os processos de trabalho se diferem por diversos motivos:

> "Dentro da cooperação do trabalho em saúde, os sujeitos envolvidos diferenciam-se por nível de complexidade do trabalho e formação, grau de autonomia, poder de decisão, remuneração, intensidade do trabalho e status profissional. Mesmo integrando de forma cooperativa a produção dos serviços de saúde, esses profissionais têm processos de trabalho específicos radicalmente distintos. Nesse sentido, o fato de existir um processo coletivo de trabalho não implica que exista ausência de assimetria de poder e controle equânime sobre o trabalho entre as categorias profissionais e os sujeitos" (SOUZA, 2015, p.76).

Ao olhar para o trabalho em saúde inserido na sociedade capitalista, é necessário compreender a rede de articulações econômicas, políticas e históricas que determinam as

necessidades em saúde e a satisfação dessas necessidades a partir do trabalho em saúde. Na sociedade moderna, marcada pela contraposição às tradições e fortalecimento da racionalidade médica desde o início do século XVI,

> "o trabalho em saúde reorganizou-se e desenvolveu-se [...] como forma de controlar a doença em escala social relativamente ampla e efetiva, como forma de recuperar a força de trabalho na mesma escala e finalmente, como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas" (MENDES GONÇALVES, 1992, p 36).

Iniciaremos com a discussão sobre o papel do trabalho em saúde no novo corpo social detentor da força de trabalho. Com o advento do capitalismo, a nova relação de produção caracterizada pela força de trabalho livre, tornou a dinâmica da produção social mais dependente de uma força de trabalho sadia e disponível para o trabalho. Gonçalves (1992) destaca as duas vertentes que se abriram para o trabalho em saúde para responder a demanda de controle de escassez de mão de obra, a primeira voltada ao controle da ocorrência de doença (doença como incapacidade de trabalhar) e a segunda à recuperação da força de trabalho incapacitada pela doença. Para dar essa resposta, dois modelos de processo de trabalho em saúde foram adotados.

A concepção epidemiológica da doença como um fenômeno coletivo, a partir da experiência histórica com as epidemias e da racionalidade científica moderna, passou a ser utilizada como um modelo de processo de trabalho para o controle de doenças, incorporando ações de saneamento ambiental e educação em saúde ao trabalho em saúde. Paralelamente, a transição da concepção ontológica da doença para a ideia de uma alteração morfo-funcional do corpo humano, a partir do desenvolvimento da ciência no século XX, culminou em um modelo de trabalho em saúde individualizante e médico centrado com o uso de tecnologias como terapia farmacológica e técnicas de cirurgia para a recuperação da força de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992).

Estreitando o olhar para o trabalho médico, ao longo dos séculos foi possível observar um deslocamento do seu processo de trabalho, de um trabalho mais totalizante para um processo de trabalho coletivo fragmentado e dependente de tecnologias. O médico era o proprietário de todas as condições do seu processo de trabalho, do diagnóstico à terapêutica

com relativa escassez de instrumentos para tal. A partir do século XVIII com a institucionalização do trabalho médico em hospitais modernos, o médico constituiu-se também como um trabalhador coletivo, imbuído das contradições da reprodução das relações sociais. Além disso, o trabalho médico passou a se dividir 'verticalmente' com o surgimento de outras categorias profissionais, com a diferenciação entre atividades mais ligadas ao intelecto (associados ao diagnóstico e terapêutica) e atividades mais manuais (associadas ao processo terapêutico) e 'horizontalmente' na "constituição de novas especialidades médicas (...) e agregação de outros profissionais com áreas de atuação complementares: o odontólogo, o fonoaudiólogo, o terapeuta ocupacional, o assistente social, o psicólogo (...)" (MENDES GONÇALVES, 1992, p 40). Assim, apresenta que o aprofundamento da divisão do trabalho em saúde favoreceu a alienação do trabalho e a relação de mútua dependência com as empresas produtoras de bens e serviços, como a indústria farmacêutica e de equipamento de diagnóstico.

Sem negar a importância do avanço da ciência e tecnologia para o tratamento, possibilidade de cura, controle de doenças e diminuição de sofrimento individual, o autor nos alerta que a trajetória de organização do processo de trabalho em saúde nas sociedades capitalistas tem um significado econômico, sustentado pela necessidade de lucro e repercute nas pautas individuais de consumo. Essa organização orientada pela relação de consumo, também pode ser aplicada ao modelo epidemiológico, sendo nesse caso o Estado o polo consumidor e conformador de necessidades e práticas de saúde (MENDES GONÇALVES, 1992).

A função social do trabalho em saúde se complexifica ainda mais ao refletirmos sobre a participação privada no setor. Assim, além da função de reprodução social da força de trabalho, os serviços de saúde também têm se tornado cada vez mais um setor para a valorização do capital e ¨lucratividade por atividade econômica, assim como qualquer outro serviço¨ (SOUZA, 2015, p.80). A constituição do SUS não alterou a participação do setor privado no setor saúde, uma vez que incorporou o mercado privado como suplementar aos serviços públicos. Assim, o Estado torna-se financiador do mercado privado de saúde, com a compra de serviços e concessão de benefícios fiscais para as empresas (SOUZA, 2015).

O autor discute que houve um agravamento das contradições entre público e privado, ¨na medida em que os serviços de saúde tornam-se espaço propício de valorização sob a predominância financeira¨ (SOUZA, 2015, p.60). Nesse sentido, o orçamento público destinado à saúde além de favorecer a sustentação do mercado privado, é financeirizado através do pagamento de juros e amortização da dívida pública (SOUZA, 2015; MENDES, 2015). A imposição do capital financeiro sobre o orçamento do setor saúde, acentua o subfinanciamento do sistema público e o endividamento dos Estados nacionais, induzindo políticas de ajuste estrutural. Souza (2015) apresenta que essas medidas têm reflexos na organização do trabalho em saúde no país:

> ¨Consideramos essas políticas [de ajustamento estrutural] condicionantes do trabalho em saúde, pois foi na seara do ajuste estrutural que se lançou a Reforma do Estado brasileiro, de perspectiva gerencialista, instituindo gestão terceirizada pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) da forma de trabalho por contrato celetista. Assim como, ficou estabelecida a lei de responsabilidade fiscal (Brasil, 2000) que limita gastos do orçamento com folha de pagamento e inibe a contratação dos servidores públicos no regime estatutário que prevê maior estabilidade. Consequentemente, o dispêndio orçamentário com despesas de serviços de terceiros cresce na forma de repasse para as OSS¨ (SOUZA, 2015, p.62).

Nesse sentido, a saúde, configura-se como um campo sensível às contradições do capitalismo e de alienação das necessidades humanas essenciais. Mendes Gonçalves (1992) reforça que a exploração desse contraditório, pode ser uma via potente para a construção de um modelo de trabalho em saúde que colabore para satisfazer as necessidades de saúde, para além da dicotomia entre individual e social. Campos (2004, 2009) propõe que para o reconhecimento das necessidades de saúde de moradores de um território é fundamental a caracterização das condições de reprodução social (formas de inserção no trabalho e as consequentes formas de viver de diferentes grupos sociais); a caracterização da presença do Estado no território (instituições e serviços sociais) e a identificação da participação política dos indivíduos (formas de organização comunitária). Assim, a análise de diversos dados sobre determinado grupo social, a partir de fontes distintas, devem ser consideradas para a construção de um projeto de cuidado a indivíduos e grupos sociais (CAMPOS, 2009).

Souza (2015) aponta a necessidade de reflexão sobre as implicações das contradições na produção do cuidado. Ou seja, o duplo papel dos serviços de saúde, de reprodução da força de trabalho e lucratividade do mercado financeiro, gera uma pressão constante sobre os trabalhadores de saúde uma vez que ¨a sociedade exige do setor proporcionalmente à importância da qualidade e da vida, ao passo que o capital privado e o Estado implementam a racionalização e o incremento de produtividade¨ (SOUZA, 2015, p.80).

Em síntese, vimos que o trabalho no capitalismo busca satisfazer necessidades de diferentes setores da sociedade; portanto as ações em resposta a elas respondem a diversos interesses em disputa. O trabalho deixou de ter como finalidade a produção de respostas as necessidades relacionadas ao aprimoramento da existência humana e passou a ser organizado principalmente para responder à necessidade da reprodução do capital. A forma desigual de inserção dos indivíduos no trabalho, gera muitas vezes para o trabalhador de grupos mais explorados, condições sub-humanas de vida e limites para a satisfação das suas necessidades mais primordiais de subsistência.

Nesse cenário, o trabalho em saúde não se diferencia dos demais e seu processo de trabalho é atravessado pelos interesses do mercado da saúde. As necessidades em saúde ainda estão muito relacionadas à condição de acesso ao serviço de saúde e consumo produtos produzidos pelos processos de trabalho. Da mesma forma, quando olhamos para a necessidade de alimentação, podemos dizer que a necessidade de se alimentar de determinada maneira e com determinados alimentos varia conforme o tempo histórico e a posição da inserção do indivíduo na estrutura social. Assim a capacidade de atender as necessidades construídas socialmente varia conforme a possibilidade de acesso físico aos alimentos, das condições de vida que condicionam a relação com os alimentos e sua preparação e as representações simbólicas do que se come.

Na perspectiva da saúde coletiva, as necessidades de saúde e alimentação vão além do consumo de serviços e alimentos. Portanto, o olhar distanciado sobre a raiz determinante do processo de saúde doença, que neste estudo seria a ISAN na particularidade da obesidade, parece distanciar o processo de trabalho em saúde e suas práticas do comprometimento com a transformação social e com a emancipação humana. Por esse ângulo, parece necessário dar

visibilidade às práticas em saúde voltadas à pessoas com obesidade, fortalecidas na AB, para refletir a quais necessidades de saúde essas práticas estão respondendo.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família a partir do cuidado ofertado a usuários em insegurança alimentar e nutricional, com recorte para pessoas com obesidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1- Identificar a compreensão dos trabalhadores sobre o fenômeno da obesidade e analisar se essa compreensão influencia a organização dos processos de trabalho na ESF.

2- Descrever e analisar as ações direcionadas às pessoas com obesidade no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família.

3- Discutir os limites e as possibilidades do trabalho na ESF para o enfrentamento da obesidade.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

A partir da explanação das referências teóricas e das experiências empíricas que deram sustentação para a formulação desse objeto, seguiremos com a explicação sobre o caminho que tomamos para a produção do conhecimento.

A Ciência Social, como campo científico que também compõem a Saúde Coletiva, é uma ciência que busca a compreensão e interpretação dos fenômenos sociais a partir de percursos epistemológicos e metodológicos diversos. A partir da leitura de alguns autores da Ciência Social, compreendemos que a busca por uma objetivação da realidade social deve ser construída a partir de um olhar não dicotômico e determinista, mas que considere os aspectos objetivos e subjetivos que atravessam o objeto de investigação e os investigadores, assim como sua relação em constante mutação (SANTOS, 1988; PIRES, 2012). O objeto de investigação faz parte de uma realidade construída marcada por um recorte do pesquisador e pelas características conjunturais do tempo histórico em que se produz a pesquisa, bem como pela trajetória acadêmica e pessoal do pesquisador (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

Nesse sentido, estudar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família (eSF) voltadas para as pessoas com obesidade tem uma forte relação com a minha história como pesquisadora, devido à minha formação como nutricionista especialista em saúde da família. Entretanto, o envolvimento com o objeto não invalida a produção de um conhecimento científico. Concordamos com a colocação de Behring e Boschetti (2009) sobre a importância da relação entre o sujeito de pesquisa e o objeto para melhor compreensão do objeto estudado e a ausência de neutralidade da ciência:

> ¨Sujeito e objeto são historicamente situados e em relação, considerando a particularidade das relações sociais como objeto, de forma que não há nenhuma perspectiva de neutralidade e a condição para uma aproximação mais profunda em relação ao movimento essencial do objeto é exatamente o reconhecimento dessa determinação das visões sociais de mundo que impregnam sujeito e objeto¨ (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p. 39).

Por outro lado, as representações e pré noções estabelecidas, a partir da relação próxima entre o pesquisador e objeto, não podem ser consideradas como descobertas científicas por si só e devem estar em diálogo com teorias e outras produções científicas. Para produzir um conhecimento, existe a necessidade de um certo distanciamento e estranhamento do que é familiar, ¨para fazer surgir o novo sistema de relações entre os elementos¨ (BOURDIEU, CHAMBOREDON e PASSERON, 2000, p. 25). Assim, o senso comum que é expresso nas opiniões, valores, crenças e modos de pensar deve ser considerado como parte da análise das relações sociais, porém não como o todo.

Desse modo, esta pesquisa teve uma abordagem qualitativa a partir da perspectiva crítica marxista, da inserção desse objeto de estudo na totalidade concreta de uma sociedade capitalista. Em outras palavras, a investigação do objeto pretendeu contribuir para a visibilidade das contradições intrínsecas ao processo de trabalho na AB e sua relação com o modo de produção dos serviços de saúde no município de São Paulo.

De forma simplificada podemos dizer que a abordagem qualitativa surgiu em contraposição a uma ciência positivista que trabalha a partir da ¨quantificação da realidade e da afirmação da supremacia da objetividade, negando a subjetividade como componente do real¨ (SALUM, QUEIROZ e SOARES, 1999, p. 29). Apesar dessa contraposição, os modelos qualitativo e quantitativo são complementares, buscando explorar o universo dos significados que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis ou números. A abordagem qualitativa corresponde a um olhar mais profundo sobre as relações e os processos, relacionado com a historicidade intrínseca que envolve o campo de pesquisa e o objeto de estudo, apoiando-se também nas representações, opiniões, crenças e interpretações sobre a realidade vivenciada pelos sujeitos (MINAYO e SANCHES, 1993, MINAYO, 2015). Da mesma forma, busca uma abordagem dialética dos significados e das estruturas que compõem o objeto estudado, em todas as etapas de investigação e análise (MINAYO e SANCHES, 1993).

Apresentadas as considerações iniciais, essa dissertação baseou suas discussões em um estudo de caso, com o objetivo de explorar profundamente o objeto de pesquisa em sua complexidade. A opção por esse método foi feita pois acreditamos que assim poderíamos

aprofundar o olhar sobre o objeto no tempo reservado para a dissertação. O estudo de caso, como um método abrangente, inclui desde a escolha da unidade-caso e a produção dos dados empíricos até a seleção e análise dos dados (YIN, 2001; VENTURA, 2007).

Yin (2001) aponta que o estudo de caso pode ser relevante para ¨investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos¨ (YIN, 2001, p.32). Ventura (2007) pontua que as características de um estudo de caso de abordagem qualitativa são dadas por:

> ¨a interpretação dos dados feita no contexto; a busca constante de novas respostas e indagações; a retratação completa e profunda da realidade; o uso de uma variedade de fontes de informação; a possibilidade de generalizações naturalísticas e a revelação dos diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo¨ (VENTURA, 2007, p. 384).

Apesar da peculiaridade de cada estudo de caso e impossibilidade de generalização dos resultados obtidos, os estudos de caso podem contribuir para a reflexão sobre novos estudos e sobre outras estruturas sociais que apresentam características semelhantes, como por exemplo, a ESF em outros grandes centros urbanos.

4.2 CAMPO DE ESTUDO, SUJEITOS DA PESQUISA E PRODUÇÃO DE DADOS EMPÍRICOS

A pesquisa foi realizada no município de São Paulo (MSP). Estima-se que a cidade, a mais populosa do Brasil, tenha 12,25 milhões de habitantes, majoritariamente em áreas urbanas (IBGE, 2019). Apesar de ser uma cidade muito rica economicamente, a desigualdade social ainda é prevalente. O salário médio mensal de trabalhadores formais (com carteira assinada) é de 4,2 salários mínimos enquanto a taxa de desemprego chega a 13,2% (IBGE, 2020). Segundo dados da PNAD 2019 a taxa de informalidade no Estado de São Paulo, ou seja, a porcentagem de trabalhadores sem carteira, trabalhadores domésticos sem carteira, empregador sem CNPJ, conta própria sem CNPJ e trabalhador familiar auxiliar, é de 32% (IBGE, 2019).

A organização administrativa da cidade conta com 32 prefeituras regionais, responsáveis pela solução de problemas locais apontados pela comunidade e promoção de atividades variadas. Em relação à organização dos serviços de saúde municipais, o município conta com 6 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) (centro, sul, leste, oeste, norte, sudeste) e 23 Supervisões Técnicas de Saúde (STS), cada supervisão com seu respectivo contrato de gestão firmado com diferentes Organizações Sociais de Saúde (OSS) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2017). O anexo 1 mostra os estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal por coordenadoria regional de saúde, supervisão técnica de saúde e distrito administrativo.

No que diz respeito à AB, sua implantação teve início em 1996 com o projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS) no âmbito estadual. Com o processo de municipalização da gestão da AB, a partir de 2001, a secretaria municipal de saúde de São Paulo (SMS-SP) assumiu a gestão e organização da AB no município, com a implantação do até então Programa de Saúde da Família. Desde o início do processo de municipalização, a SMS-SP tem feito parcerias com diversas OSS para gestão da AB e contratação de profissionais. A pactuação é estabelecida a partir dos contratos de gestão com as atribuições, metas e indicadores a serem seguidos pelas instituições (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2014). O Anexo 2 apresenta a divisão da área geográfica do município de São Paulo conforme número do contrato de gestão com as OSS.

Segundo dados da prefeitura, em 2017, a capital possuía 453 UBS, com mais de 1300 eSF e 123 equipes NASF, sendo 36,6% das famílias do município cobertas por eSF e 63,3% cobertas por eSF e por equipes de atenção básica (eAB) tradicionais (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2017). As eSF são alocadas por CRS “preferencialmente nas regiões mais periféricas e ou de alta vulnerabilidade, segundo avaliação das necessidades de saúde” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2013).

Em relação ao estado nutricional dos munícipes, o Inquérito de Saúde (ISA Capital) de 2015 demonstrou um aumento da prevalência de obesidade entre adolescentes, adultos e idosos, com variações por faixa etária. Entre os adultos, 60% das pessoas estavam com sobrepeso e obesidade em 2015. Os adultos de 50-59 anos apresentam maior prevalência de

sobrepeso e obesidade se comparados aos de 20-29 anos, bem como o sobrepeso é maior entre homens. Entre os idosos, o baixo peso também chamou atenção entre os resultados, com uma prevalência de 20% (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2017).

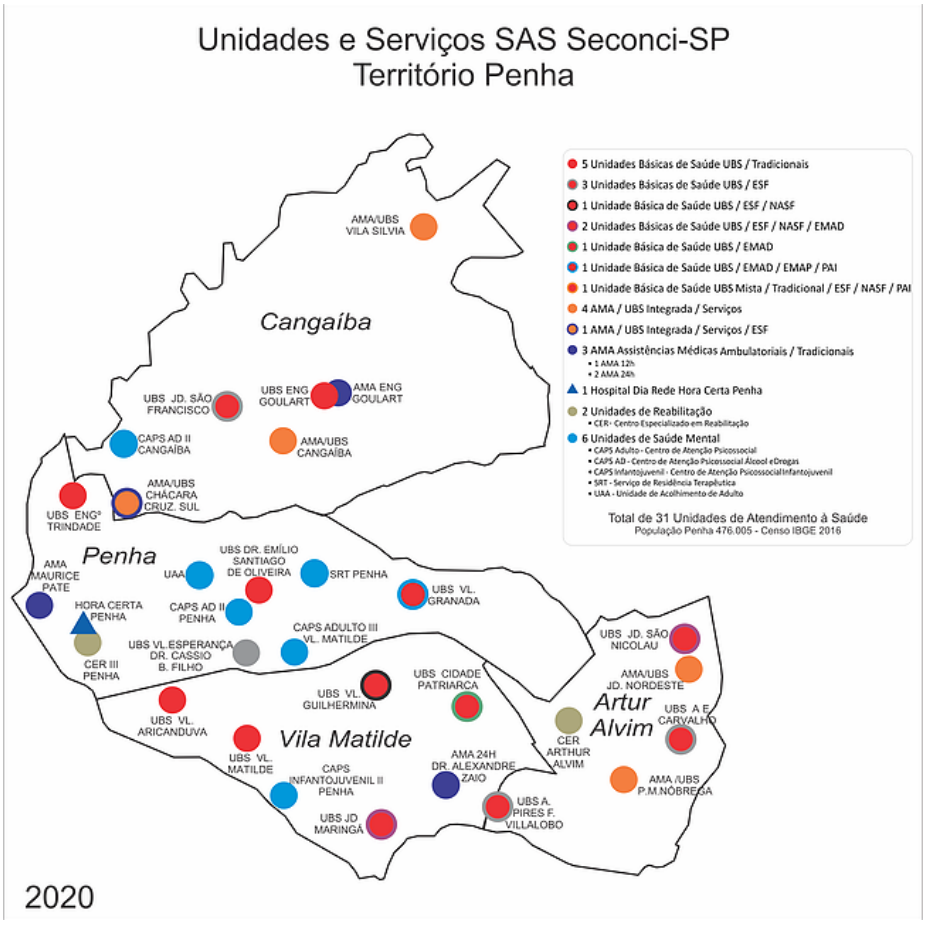
A Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas foi implementada no município em 2014, com intuito de articular as ações da SMS no cuidado dessa população. As ações visam promover a adoção de hábitos mais saudáveis de alimentação e atividade física e a perda de peso corporal. No site da prefeitura, uma notícia de 2014 exemplifica a abordagem adotada pela linha de cuidado, com foco na perda de peso (Anexo 3) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2014).

A AB é apontada como a responsável por grande parte dessa linha de cuidado, sendo a porta de entrada principal para o tratamento do sobrepeso e da obesidade. O fluxo para atendimento e atenção nutricional dessa população dentro da RAS pode ser norteado por notas técnicas elaboradas pelas STS, mas isso varia a depender de cada STS. O Anexo 4, apresenta a nota técnica da STS Itaquera. Esse documento orienta diferentes condutas terapêuticas e suas frequências, a depender da classificação de risco estabelecida segundo o IMC. Entre as atividades colocadas como responsabilidade da AB estão o atendimento individualizado por equipe multiprofissional (eSF + eNASF) e atendimento em grupos (terapêuticos ou educativos) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2016). Vale destacar que na região estudada (STS Penha), não havia nenhuma nota técnica para orientação de fluxo de atendimento dos usuários com sobrepeso e obesidade.

Considerando esses aspectos e devido à grande extensão territorial foi selecionada uma UBS que tinha a ESF como forma de organização do processo de trabalho, que tivesse NASF e o aceite da SMS-SP, da OSS e da unidade para a realização da pesquisa. A partir desses critérios unidade selecionada foi a UBS Jardim São Nicolau, localizada no distrito administrativo de Arthur Alvim e no bairro de Jardim Nordeste. O distrito, que fica geograficamente no centro da zona leste da capital paulista, compõem a subprefeitura e coordenadoria de saúde da Penha.

A unidade é gerida em parceria com a OSS Serviço Social da Construção Civil (SECONCI) desde 2016. A SECONCI -SP é responsável pela gestão da Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Ermelino Matarazzo e da Penha, com 22 UBS, 12 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 1 unidade de pronto atendimento (UPA), 12 unidades de saúde mental, 2 unidades de reabilitação e 1 hospital dia. A figura 1 a seguir mostra a Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde da Penha e a localização da UBS Jardim São Nicolau:

Figura 1 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde da Penha. SECONCI, 2020.



Fonte: Site Prefeitura de São Paulo, 2020

Durante o período da pesquisa, a unidade contava com cinco eSF, sendo três equipes completas (com um médico, uma enfermeira e cinco agentes comunitárias) e duas equipes incompletas pela ausência do profissional da medicina. Segundo dados fornecidos pela gerência da unidade cada equipe era responsável por em média 3800 pessoas. Além dos

profissionais da eSF, a unidade contava com uma equipe NASF, composta por nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social e ginecologista. Vale também destacar a presença de uma agente de promoção ambiental, que participava dos grupos e atividades realizadas pela equipe NASF. A coleta de dados para o estudo foi feita em dois meses, entre os meses de julho a agosto de 2019.

Buscando dar respostas aos objetivos da pesquisa foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada e observação participante para a produção de dados empíricos. Dentro da abordagem qualitativa de pesquisa é comum o uso de um conjunto de técnicas com o intuito de contribuir para uma melhor compreensão do objeto estudado a partir da complementaridade das informações, nesse estudo optou-se pelo uso das entrevistas e do diário de campo como fontes de dados primários.

Inicialmente, após o aceite da SMS-SP e conversa com a gerente da unidade, iniciou-se a observação da rotina de trabalho na UBS a fim de apreender mais sobre como está organizado o processo de trabalho das eSF que incluiu observar as práticas de saúde adotadas no cuidado das pessoas com obesidade e as estratégias de cuidado utilizadas em situações adversas; os instrumentos utilizados no trabalho e a intencionalidade das práticas; conhecer os profissionais de saúde e a relação entre eles no contexto do serviço; entre outras coisas. Com a intenção de não interferir na rotina do serviço de saúde, foi feito o acompanhamento do maior número de atividades possíveis como grupos, consultas, reuniões e visitas ao território, além das trocas informais durante o almoço, nas salas dos trabalhadores ou na copa. Durante a observação, foi feito um diário de campo com anotações das principais atividades desenvolvidas pelo pesquisador e pelos profissionais, com enfoque na relação entre a organização do processo de trabalho e o cuidado desenvolvido com os usuários. Essas anotações deram suporte para a discussão e elaboração dos capítulos.

A observação participante, técnica componente de pesquisas etnográficas, possibilita uma aproximação e um possível vínculo na relação entre pesquisador e pesquisado, uma vez que o pesquisador passa a frequentar o local de estudo e aos poucos vai suavizando as diferenças entre os atores. Essa técnica, ao combinar o distanciamento (observação) e envolvimento (participante), pode contribuir para um olhar mais aprofundado sobre o objeto

de estudo, inserido na sua realidade cotidiana (CAPRARA e LANDIM, 2008). Apesar dessa pesquisa não ser uma etnografia, é necessário compreender as raízes das técnicas de investigação que serão utilizadas para o seu uso em potencial. Compreendemos também que essa técnica traz consigo diversos desafios relacionados ao tempo disponível para o campo, que é reduzido em comparação ao tempo do campo da antropologia; à observação de lugares privados, como uma consulta, em que a presença do pesquisador poderia ser dificultada e aos aspectos éticos que envolvem o uso dessas informações, já que é necessário o esclarecimento das intenções da pesquisa a todos os envolvidos (KNAUTH, 2010).

As ações desenvolvidas pelos trabalhadores da AB em relação aos usuários com obesidade foram analisadas também a partir dos discursos destes trabalhadores sobre o fenômeno da obesidade nos dias de hoje. Foram realizadas 11 entrevistas com profissionais da unidade sendo 5 enfermeiras, 3 médicos, 2 profissionais do NASF e 1 agente de promoção ambiental (APA), gerando um total de 7,8 horas de áudio, com tempo médio por entrevista de 42 minutos. A fim de preservar a identidade dos entrevistados, as extrações das entrevistas foram codificadas em E (1 a 5) para as enfermeiras, M (1 a 3) para os médicos, N (1 a 3) para profissionais do NASF e APA. A quadro 1 mostra o perfil dos entrevistados:

Quadro 1- Perfil dos profissionais entrevistados segundo código, sexo, idade, ano de formação, faculdade, especialização, tempo na UBS, trajetória prévia e tipo de vinculação. São Paulo, 2020.

Cód	Sexo	Idade (anos)	Ano de formação	Faculdade (pública ou privada)	Especialização/pós saúde pública ou saúde coletiva ou saúde da família	Tempo na UBS Jardim São Nicolau	Trajetória prévia na saúde pública?	Tipo de vinculação	Observação
E1	F	47	2003	Privada	Sim	15 anos	Sim	CLT	
E2	F	38	2011	Privada	Sim	7 meses	Sim	CLT	
E3	F	50	2001	Privada	Sim	8 anos	Sim	CLT	
E4	F	43	2003	Privada	Sim	11 meses	Sim	CLT	
E5	F	49	2003	Privada	Sim	15 anos	Sim	CLT	
M1	F	40	2010	Pública	Sim	3 meses	Sim		Programa mais médico
M2	M	28	2018	Pública	Não	1 ano e 2 meses	Não	CLT	Primeiro emprego
M3	M	29	2018	Privada	Não	6 meses	Não	CLT	Primeiro emprego
N1	F	31	2009	Privada	Não	4 anos	Não	CLT	
N2	F	32	2011	Privada	Sim	3 anos	Não	CLT	
N3	F	28	2012	Privada	Não	4 anos	Sim	CLT	

Fonte: Elaboração própria. São Paulo, 2020

As entrevistas tinham o intuito de compreender as concepções de obesidade que os profissionais detêm, assim como o seu posicionamento diante de tal fenômeno no cotidiano de trabalho e na organização do processo de trabalho na AB, com suas dificuldades e fortalezas. Minayo e Sanches (1993) consideram que "o material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos" (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 245). O roteiro das entrevistas semiestruturadas está no Apêndice 1 e foi elaborado a partir das leituras de outras dissertações e teses. Após início do campo e realização da primeira entrevista algumas perguntas foram reformuladas e o roteiro definido. Para a seleção dos entrevistados optou-se por utilizar os critérios de inclusão: profissionais com formação de nível superior, relação com atividades voltadas a pessoas com obesidade e aceite para participar da entrevista.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise de dados inclui desde a internalização dos conceitos e teorias que dão sustentação para a pesquisa até as etapas que compõem a exploração do material produzido e sua interpretação. Minayo (2012), apresenta que na análise qualitativa busca-se compreender determinado objeto a partir dos atores pesquisados e dos pesquisadores, considerando que essa compreensão é "parcial e inacabada", para uma posterior interpretação. Em suas palavras a interpretação é:

> "é um ato contínuo que sucede à compreensão e também está presente nela: toda compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação, isto é, de apropriação do que se compreende. A interpretação se funda existencialmente na compreensão e não vice-versa, pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido". (MINAYO, 2012)

A análise do conteúdo possibilita a descoberta do que está por trás de uma manifestação de ideias ou palavras e busca estabelecer novas conexões - menos evidentes - ancoradas na teoria e nas contradições e contexto que circundam o objeto (GOMES, 2010). Nesse sentido, os materiais produzidos através das entrevistas semiestruturadas foram submetidos à técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2008). As gravações em áudio foram ouvidas e transcritas integralmente para compor a análise. Como apresentado anteriormente, as anotações do diário de campo foram utilizadas para contextualizar o campo de estudo e contribuíram para a aproximação com a realidade do serviço.

As pesquisas que trabalham com a análise de conteúdo temática costumam apresentar três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência a partir/interpretação. Inicialmente, foi feita uma leitura flutuante do material coletado e transcrito, com o objetivo de observar o conjunto. Posteriormente, retomamos a leitura do material para uma maior aproximação com os dados e iniciar reflexões sobre possíveis categorias e temas de análise (BARDIN, 2008). Com luz no referencial teórico e no conceito de processo de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992) apresentado nesta dissertação

anteriormente, foram definidas categorias a partir dos elementos que compõem o processo de trabalho (tema) (Quadro 2):

Quadro 2 - Tema, categorias e explicação sobre as categorias feitas para a análise das entrevistas da dissertação. São Paulo, 2020.

Tema	Categorias	Explicação sobre a categoria
Força de trabalho	Divisão do trabalho	Diferenças entre categorias profissionais
	Formação para o trabalho	Presença ou ausência de capacitação sobre alimentação ou obesidade
	Rotatividade dos profissionais	Reflexos da rotatividade na rotina de trabalho
Objeto do trabalho	Concepção de obesidade	A concepção que os profissionais apresentam sobre obesidade
	Causas da obesidade	As causas que os profissionais atribuem ao desenvolvimento da obesidade
	Consequências da obesidade	As consequências para os usuários que os profissionais acham que a obesidade pode causar
	Perfil dos usuários	O perfil dos usuários com obesidade atendidos na UBS
	Exemplos pessoais	Exemplos pessoais ligados a sobrepeso e obesidade
	Sentimento	Sentimento dos profissionais ao trabalhar com casos de obesidade
Instrumentos para o trabalho	Materiais de suporte ao trabalho	Materiais que os profissionais utilizam para dar suporte ao trabalho nos casos de obesidade atendidos
	Atividades desenvolvidas para pessoas com obesidade	Atividades que os profissionais identificam como direcionadas para pessoas com sobrepeso e obesidade

Finalidade do trabalho	Idealizado x real	Como os profissionais acham que deveria ser o trabalho e as diferenças com a prática diária
	Percepção sobre o trabalho	A percepção (dificuldades e motivações) sobre o trabalho na ESF
Organização do trabalho	Atividades esporádicas	Atividades que os profissionais participam esporadicamente
	Fluxo de atendimento	Fluxo de atendimento para as pessoas com obesidade
	Modelo assistencial	Metas estabelecidas
	Organização da agenda	Responsabilidade pela organização da agenda, critérios, tempo de consulta
	Semana típica	Descrição da semana típica dos profissionais (atividades desenvolvidas no dia a dia)
Operando o processo de trabalho	Diagnóstico	Como foi feito o diagnóstico do caso
	Descrição de caso	Caso eleito por cada profissional ligado à obesidade
	Conduta com o caso	Qual foi a conduta profissional no caso descrito
Sugestões para o trabalho		Sugestões que os profissionais apresentam para a melhoria do trabalho e para o cuidado de pessoas com obesidade

Fonte: Elaboração própria. São Paulo, 2020

Com auxílio do software NVivo, todas as entrevistas foram categorizadas. A seguir, foi feita a extração dos arquivos por categoria e iniciou-se a leitura horizontal do material buscando as conexões entre o conteúdo das entrevistas. A partir de cada tema, foi feita uma síntese dos pontos mais relevantes eleitos pela autora.

Por fim, a partir das sínteses dos temas, com base no referencial teórico e nos objetivos específicos desta dissertação, foi feita a distribuição dos resultados em três seções dentro do capítulo 5. A primeira seção dos resultados intitulada "**O trabalho e o corpo gordo: a concepção e a causalidade da obesidade na contemporaneidade**" apresenta uma discussão sobre a concepção de obesidade e sua causalidade segundo os profissionais entrevistados e como essa concepção molda o processo de trabalho na ESF; a segunda seção intitulada **"Entre a compreensão e a prática: a organização do processo de trabalho na atenção básica e seus efeitos sobre o cuidado das pessoas com obesidade**" discute os elementos que influenciam o processo de trabalho e seus impactos sobre as atividades desenvolvidas com os usuários com obesidade. E a terceira seção dos resultados **"As contradições entre a concepção do fenômeno obesidade e a realidade das práticas dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: a (in)satisfação de trabalhadores com os resultados do trabalho"** discute como os profissionais expressam as contradições produzidas pelas diferenças entre a concepção sobre obesidade que detém e as práticas de saúde que desenvolvem na rotina de trabalho.

4.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Vale destacar que como todos os estudos acadêmicos, essa dissertação possui limitações. No decorrer do processo, notamos que a inclusão de entrevistas com trabalhadores da gestão, tanto local como da OSS, poderiam fornecer um olhar mais completo ao estudo de caso, especialmente para entendermos mais sobre o monitoramento e avaliação do trabalho realizado na UBS. Além disso, por mais que o objeto de estudo fosse o trabalho em saúde desde o início da dissertação, a compreensão mais aprofundada sobre o referencial teórico foi se dando ao longo do processo de pesquisa. Assim, o roteiro de entrevista utilizado não foi organizado da mesma maneira que a análise dos dados (com os componentes do processo de trabalho), o que gerou dificuldade na extração das informações e certa insuficiência de dados sobre a percepção dos profissionais sobre o trabalho na ESF. É relevante destacar que as limitações apresentadas no estudo geraram efeitos nos resultados encontrados.

4.5 CUIDADOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi desenvolvida a partir dos princípios éticos que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme apresentado na Resolução CNS 466/12. Para a realização das entrevistas foi solicitado previamente o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). A realização da pesquisa de campo só teve início após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Anexo 5). A fim de preservar a identidade dos entrevistados, as extrações das entrevistas foram codificadas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O TRABALHO E O CORPO GORDO: A CONCEPÇÃO E A CAUSALIDADE DA OBESIDADE NA CONTEMPORANEIDADE

Nesta seção pretendemos discutir, a partir da percepção dos profissionais de saúde, a concepção de obesidade e suas possíveis causas na contemporaneidade. Analisar a fala dos profissionais sobre obesidade pode ajudar a compreender o momento histórico, político e econômico que estamos vivendo no campo da saúde pública e as implicações desse cenário nos processos de trabalho na AB.

Sendo a comida o elemento central para a manutenção da vida nesses corpos, não só na "sua materialidade como também nos aspectos culturais e simbólicos" (SANTOS, 2008, pg. 23) e o corpo a via de expressão dos padrões, normas, patologias e contradições sociais, o comer em uma sociedade marcada pela desigualdade também produz corpos diversos.

Mundialmente, a definição de obesidade está ligada com a relação entre o peso do indivíduo e a altura, com a medida do IMC. O parâmetro internacional é a principal sustentação para seu diagnóstico e está relacionado a diferentes riscos e níveis de prejuízos à saúde. Além disso, o reconhecimento do corpo obeso ou gordo[14] traz consigo diversos estigmas e enquadramentos sociais em diferentes partes do mundo.

Como vimos anteriormente, dentro do SUS a obesidade é majoritariamente concebida como fator de risco e como uma doença (DIAS et al, 2017) e a AB, entre outras coisas, "visa a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde" (BRASIL, 2017). Ou seja, a concepção de obesidade como fator de risco é organizadora dos processos de trabalho na AB do SUS, tanto na definição dos instrumentos, da finalidade e das práticas

[14] Santos (2008) discute a diferença entre o ser gordo e o ser obeso diante da sociedade. Para a autora, diferente do corpo obeso, cujo reconhecimento está ligado ao parâmetro internacional, o reconhecimento social sobre o corpo gordo tem raízes culturais e parâmetros de aceitabilidade variáveis a depender da região (SANTOS, 2008). Assim, por mais que o IMC possa enquadrar os indivíduos em uma determinada classificação de obesidade, esse indivíduo pode ser lido pela sociedade como aceitável e dentro dos padrões estéticos estabelecidos ou não.

de saúde voltadas para o objeto de trabalho, que nesse caso é o indivíduo com obesidade e suas necessidades.

A percepção dos profissionais entrevistados sobre a obesidade não se diferencia da concepção hegemônica: a maioria dos profissionais percebe o aumento na prevalência de obesidade na população como um problema de saúde pública, especialmente por considerarem tal condição como pré-disposição ou fator de risco para doenças cardiovasculares e diabetes. A partir da experiência prática, o profissional M3 percebe a relação entre a obesidade e algumas doenças e considera o excesso de peso como um fator de risco.

> "É um fator de risco para vários tipos de doença do ponto de vista médico. Tem o discurso que 'Eu tenho sobrepeso, mas to bem com meu corpo' e isso não tem problema nenhum pra mim também. Eu por exemplo, eu sou obeso grau I, ainda não consegui chegar no sobrepeso ainda, mas eu to muito feliz com meu corpo. Não me estresso com isso, não olho pro espelho e me sinto mal, mas isso não quer dizer que eu não possa ter um problema de saúde por isso no futuro né? Então uma coisa que eu acho importante a gente estar sempre de olho, não só por questão de adequação social, porque é esperado que a gente tenha um padrão de peso esperado, por questão estética, construto social, mas a gente acha que isso tem um motivo de saúde por trás, não tem como no dia a dia, na prática, a gente vê, quem é o paciente mais hipertenso, mais diabético? O obeso com certeza tá na frente, então se a gente consegue controlar o fator de risco, melhora" (M3).

A fala anterior demonstra que o profissional tem uma compreensão de que existe um padrão estético de corpo estabelecido e esperado pela sociedade, a partir da vivência do próprio corpo gordo, mas que apesar disso como profissional de saúde tem como papel controlar o fator de risco e prevenir o desenvolvimento de outras doenças. Destaca-se que mesmo ele tendo a compreensão dos riscos do excesso de peso para a sua saúde isso não necessariamente produz mudanças no seu peso corporal mas o aproxima dos usuários que ele atende.

Na modernidade, a obesidade, considerada como uma epidemia e um problema de saúde pública, coloca sobre o corpo gordo um lugar de doente social, preguiçoso e improdutivo que necessita intervenção para adaptar-se à normalidade (VIGARELLO, 2012). Nessa direção, espera-se que o trabalhador de saúde ao reconhecer um corpo gordo ou ao

fazer o diagnóstico deve intervir sobre esses corpos para sua "adequação", em outras palavras, para a busca do peso normal segundo a classificação do IMC.

A compreensão sobre o risco no campo da saúde pública, como uma probabilidade de ocorrência de determinada doença ou condição de saúde em determinada população, é um elemento fundamental quando pensamos em prevenção de doenças e na organização de um sistema de saúde, assim negá-la seria um grande equívoco. A questão que pretendemos discutir é como a conceituação de obesidade como risco, sem que se considere as raízes estruturais da ISAN pode produzir processos de trabalho na AB insuficientes para o enfrentamento da obesidade.

No que tange às práticas em saúde, a percepção do risco do excesso de peso, se não contextualizada à realidade de cada território, à rede intra e intersetorial e ao usuário atendido, pode produzir um cuidado determinista, pouco humanizado, estigmatizante, com foco na perda de peso e distanciado da promoção da alimentação saudável e da melhoria da qualidade de vida do usuário. Por outro lado, uma prática em saúde na perspectiva mais liberal, por exemplo quando o profissional de saúde omite informações sobre os riscos do excesso de peso e os benefícios de uma alimentação mais saudável pois o usuário está satisfeito com seu corpo e sua saúde, também pode produzir um cuidado equivocado.

Apesar do olhar sobre a obesidade como doença ser hegemônico na sociedade dos dias de hoje, isso não foi sempre assim. A percepção sobre o excesso[15] de gordura corporal no mundo ocidental já esteve também ligada à riqueza e fartura de alimentos em uma sociedade de restrições de produção de alimentos e grande precariedade sanitária; esteve também ligada à beleza e formosura do corpo feminino; a um comportamento pecaminoso e guloso dos glutões medievais. O conflito com a imagem corporal gorda, se intensifica na segunda metade do século XIX, com uma maior exposição dos corpos na mídia e na moda, popularização dos espelhos, valorização da estética e magreza, desenvolvimento da ciência e da medicina (VIGARELLO, 2012).

[15] Partindo dos parâmetros atuais de excesso de peso.

A noção de risco, por sua vez não era inexistente nos séculos anteriores, mas a sua percepção se alterou ao longo do tempo, assim como os níveis de tolerância para o peso corporal, os parâmetros de saúde e doença ligados ao peso e as formas de cuidado com o corpo. Hoje, o neoliberalismo vigente transfere cada vez mais a responsabilidade do Estado para os indivíduos no que diz respeito ao controle de riscos à saúde e condições de vida. Esse fator somado ao maior aporte de informações sobre saúde e seus riscos, "geram mais ansiedades e ampliam as responsabilidades e escolhas na medida em que adoecer passa a ser um cálculo inadequado dos riscos e fundamentalmente da ação sobre eles" (SANTOS, 2008, pg. 28).

O campo da promoção da saúde assume os fatores de risco como centrais para a organização da AB. Costa, Misoczky e Abdala (2018) apresentam a ideia do dilema promocionista, como uma atualização para o dilema preventivista apresentado por Arouca[16]. Para os autores, a lógica da promoção da saúde, que dá sustentação para o desenvolvimento da APS no mundo, não enfrentou a contradição central da medicina: em que o cuidado médico compõe a dinâmica do capital, atendendo para além da necessidade dos indivíduos, a necessidade de reprodução do capitalismo. Apesar de considerar os múltiplos fatores que interferem no processo de saúde-doença, enfoca na prevenção dos fatores de risco e empoderamento individual e comunitário, como vias para a mudança no estilo de vida, demonstrando a incorporação do ideário neoliberal à lógica da promoção da saúde e em suas práticas (COSTA, MISOCZKY e ABDALA, 2018).

Castiel e Álvarez-Dardet (2007) ao analisarem a atribuição de responsabilidades no campo da promoção da saúde, discutem a relação entre risco, responsabilidade e culpa em uma sociedade marcada pela individualização. Para os autores, a lógica da promoção da saúde, que é produto dos tempos de dominação dos interesses individuais sobre os coletivos, tem como base a normatização de estilos de vida e comportamentos saudáveis. Com sua

[16] Segundo os autores, a tese de Sérgio Arouca "examinou como foram produzidas as regras da formação discursiva da medicina preventiva e as relações com instâncias não discursivas, estudando as articulações com o modo de produção capitalista, a fim de compreender a simultaneidade e a contradição medicina preventiva-medicina curativa". Concluiu-se que "mesmo apresentando-se como um projeto de mudança da prática médica, a introdução das medidas preventivistas ao cuidado médico ficou limitada a uma leitura liberal da medicina, constituindo-se, então, em um espaço conservador e funcional ao capitalismo" (COSTA, MISOCZKY e ABDALA, 2018, p 991).

pretensão de controle sobre o futuro, produz uma saúde persecutória, de vigilância constante sobre as ameaças para manutenção da vida e enaltece a responsabilização individual sobre a condição de saúde. Os indivíduos que não possuem comportamentos saudáveis ou que se expõem a riscos à saúde ou que não fazem um autocuidado suficiente carregam a culpa e estão passíveis de regulação moral e intervenção. Argumentam assim que os profissionais de saúde, como os promotores da saúde, concentram-se na busca dos fatores de risco para poderem prescrever os comportamentos capazes de controlar os riscos.

Nessa perspectiva, a organização do processo de trabalho na AB parece reproduzir um *looping* de prescrição de comportamentos saudáveis para prevenção ou controle de riscos à saúde. Em relação ao cuidado das pessoas com obesidade isso não é diferente, a perspectiva predominantemente individualizante que orienta as políticas do SUS, consequentemente é reproduzida pelos profissionais de saúde. A fala do médico M1 demonstra a lógica da patologização da obesidade e sua associação com o desenvolvimento de outras doenças. Ao descrever a presença de usuários de origem oriental no território atendido pela UBS, o médico M1 relatou que as mudanças no padrão de alimentação e distanciamento da sua cultura de origem implicam também em mudanças metabólicas desses usuários:

> M1: "(...) mas eles se comportam como se fossem um obeso, porque eles mudaram geograficamente…"
>
> Pesquisadora: "Mas o que é se comportar como se fosse obeso?"
>
> M1: "Metabolicamente, eles têm o colesterol muito mais alto, o índice de depressão e doenças psíquicas muito maior".

Apesar de não falar sobre o peso desses usuários, o discurso apresenta por trás a ideia de que o metabolismo do corpo gordo está sempre ligado a alterações no nível de colesterol adequado e a diagnósticos de sofrimento psíquico. O discurso médico não está diferente do que tem sido demonstrado em estudos (BARROSO, MOURA, PINTO, 2020; WANDERLEY e FERREIRA, 2010; TAVARES, NUNES e SANTOS, 2010) que buscam a relação entre excesso de gordura corporal e desenvolvimento de outras doenças, entretanto pode apontar a estigmatização da obesidade e o pré-julgamento enraizado nas práticas em saúde.

O estigma da obesidade como um desvio da normalidade social e a necessidade de correção desse desvio recaiam sobre os indivíduos vistos como "incapazes de controlar a si mesmo" (SANTOS, 2008, pg. 31). A busca pelo corpo magro e tonificado é difundida pelas pessoas especialmente pela associação desse padrão de corpo à felicidade, ao sucesso e ao autocuidado (SANTOS, 2008). Ademais, a discriminação de pessoas com obesidade e o ambiente estigmatizante são fatores que contribuem para a manutenção ou até aumento do peso corporal dos indivíduos afetados (BREWIS, 2014).

A fim de obter mais subsídios para a discussão do processo de trabalho na ESF, nos questionamos para além da concepção sobre obesidade, quais seriam as causas que os profissionais atribuem ao desenvolvimento dessa "doença / fator de risco".

De maneira geral, os entrevistados apresentaram uma compreensão ampliada das possíveis causas da obesidade, não havendo apenas a interpretação de que seja um resultado de processo individual apesar da responsabilização dos indivíduos e famílias. A maioria atribui a obesidade como consequência de uma vida "corrida", "estressante" "sem tempo" decorrente das condições de trabalho e da rotina dos usuários. A profissional E1 exemplifica essa ideia a partir da sua própria vivência:

> "Pra você se alimentar de forma saudável você tem que ter alguns passos e algumas rotinas que, vamos dizer que na minha opinião, mais de 90% da população não tem e não consegue. [A pessoa] pode até pensar em querer, mas conseguir… Eu tiro por mim, hoje eu só estou trabalhando. Trabalho 8 horas, então eu saio da minha casa às 9 horas da manhã e retorno para minha casa entre 20 e 20:30 da noite, são quase 12 horas fora. Quando eu chego na minha casa eu tenho todos os meus afazeres" (E1) .

A condição do trabalho no mundo capitalista contemporâneo tem se caracterizado por situações cada vez mais precárias e instáveis. Em um cenário de aumento significativo do desemprego, crescimento do trabalho informal e intermitente e com a destruição e precarização dos direitos sociais historicamente conquistados, temos visto um aumento da exploração do trabalho na era digital. Como apresenta Antunes (2018), o novo proletariado de serviços impulsionado pelo desenvolvimento tecnológico de informação e comunicação, está

cada vez mais suscetível a um trabalho intermitente e de assalariamento, como é o caso dos trabalhadores do UBER, home office ou dos "empreendedores de si" (ANTUNES, 2018).

O documentário dirigido por Marcelo Gomes intitulado *"Estou me guardando para quando o carnaval chegar"*[17], que mostra a realidade das fábricas produtoras de jeans no interior de Pernambuco, é um bom exemplo do ideário neoliberal de empreendedores de si e das transformações no mundo do trabalho. No filme, os trabalhadores que ganham por hora trabalhada, com jornadas extenuantes de trabalho e expostos a diversos riscos a saúde, ainda se consideram "donos" do seu próprio tempo por terem flexibilidade na organização do seu horário. Contraditoriamente, trabalham o ano todo com o objetivo de conseguir ter tempo para aproveitar seu carnaval no litoral, momento destinado ao descanso e ao prazer.

Apesar de não ser um filme que aborda a alimentação, o comer como elemento central da vitalidade humana também fica exposto às condições de trabalho desses indivíduos. Alguns profissionais entrevistados na UBS fizeram a correlação entre a intensificação do trabalho e o crescimento da obesidade, atribuindo a redução do tempo para a desenvolvimento de atividades de autocuidado ligadas à alimentação e à atividade física. As comidas prontas e mais práticas, nesse caso, pareciam ocupar um espaço significativo na rotina desses usuários. Segundo os profissionais:

> " (A obesidade) tá aumentando porque o povo brasileiro em geral, o dia tá sendo muito corrido, índice de desemprego é muito grande, então as pessoas vão atrás vorazmente das oportunidades e acabam deixando a alimentação, atividade física de lado, então a gente pega pacientes, "Dr. eu não almocei hoje, às 16h comi um salgado". Você sente o cheiro de cigarro, então a pessoa já vem ansiosa, mercado de trabalho não tá fácil, sem contar que tem que bater metas e metas, as empresas exigem metas e metas, elas querem números. Então os pacientes não se cuidam, chegam em casa tarde, tem que acordar cedo, então não fazem a própria comida, fazem preferência por fast food e etc. Consequentemente não conseguem perder peso, pro paciente obeso também é difícil perder peso, por causa disso, problema sério" (M2).

[17] Documentário brasileiro (2019), "'Estou Me Guardando Para Quando o Carnaval Chegar' apresenta uma pequena cidade do Agreste pernambucano, Toritama, que é considerada a capital nacional do jeans. Esse microcosmo mostra o capitalismo moderno e suas transgressões". Direção e roteiro de Marcelo Gomes; Produção João Vieira Jr. e Nara Aragão; Fotografia Pedro Andrade; Trilha Sonora O'Grivo; Estúdio Carnaval Filmes e Rec Produtores Associados Ltda.; Montadora Karen Harley e Distribuidora Vitrine Filmes. Disponível nas plataformas pagas do Youtube e Netflix.

> "A gente tá trabalhando cada vez mais, isso demanda uma energia fora do horário de trabalho, o tempo que a gente teria para o autocuidado, e inclui a alimentação aí, fica prejudicado" (M3).

A exploração do trabalho é parte constituinte do modo de produção capitalista, assim como os adoecimentos relacionados ao trabalho. Entretanto, em períodos de intensificação da exploração, como os de crise do capital, as novas modalidades de vínculo e precarização das condições de trabalho acentuam o adoecimento físico e mental dos trabalhadores. Temos vivenciado aumento das jornadas de trabalho e terceirização, fragilização das leis trabalhistas, diminuição das fronteiras entre a vida privada e atividade laboral, menor domínio sobre o processo de trabalho, a gestão do trabalho caracterizada por desempenho e assédio moral, além do desemprego estrutural crescente (ANTUNES, 2018). O autor complementa:

> "A pressão pela capacidade imediata de resposta dos trabalhadores às demandas do mercado, cujas atividades passaram a ser ainda mais controladas e calculadas em frações de segundos, assim como a obsessão dos gestores do capital por eliminar completamente os tempos mortos dos processos de trabalho, tem convertido, paulatinamente, o ambiente de trabalho em espaço de adoecimento" (ANTUNES, 2018, p. 160).

Essa rotina de trabalho ou busca por tal, também foi atribuída pelos profissionais de saúde ao desenvolvimento de estados de sofrimento psíquico cada vez mais frequentes, como são os quadros de ansiedade e depressão. Os impactos sobre a saúde mental dos usuários atendidos são entendidos como uma das causas da obesidade, mas também como consequência de tal processo. A profissional E3, ao falar sobre a relação entre alimentação e ansiedade, apresenta as mesmas questões que atribui aos usuários:

> "Eu acho que as pessoas comem mais porque elas ficam ansiosas, porque a gente tá vivendo uma população que ta ficando doente, uma coisa leva a outra, quando eu to ansiosa, eu como mais, um dos problemas é esse, a gente come mal, porque a gente é ansioso, porque trabalha muito, é muita correria e tá levando você fazer essa alimentação totalmente desregrada, no meu ver é isso" (E3).

O aumento do adoecimento psíquico também está ligado ao processo de individualização do trabalho e rompimento dos laços de solidariedade entre trabalhadores. As novas formas de trabalho cada vez mais fragmentadas, a lógica de controle deste trabalho por metas e competitividade e o enfraquecimento de instituições coletivizantes como os sindicatos

de categoria tem desenhado um cenário de isolamento dos trabalhadores e com poucas perspectivas de transformação (ANTUNES, 2018). Lipovetsky (2004) também discute que mais do que a pressão sobre a produtividade dos trabalhadores, o aumento de sintomas psicossomáticos está ligado ao "enorme avanço da individualização, o declínio do poder organizador que o coletivo tinha sobre o individual" (p.84).

Nos dias de hoje, a pressão pelo prazer e a necessidade de preencher esse espaço solitário com o consumo, como via para se obter a felicidade, é propagandeada constantemente pela publicidade. Diante de uma sociedade neoliberal e da diminuição do poder regulador das instituições coletivas, os indivíduos são "promovidos" a sujeitos de si, responsáveis pela sua autoconstrução e pelas suas escolhas na busca da satisfação. Entretanto, essa ideia de liberdade pode provocar ansiedade e insatisfação especialmente porque o tempo, a renda e a capacidade individual para essa busca são determinados pela posição na estrutura de classe e são extremamente desiguais (LIPOVETSKY, 2004; SALECL, 2012).

Nesse contexto, a comida ocupa lugares diversos na vida desses trabalhadores e, assim como a vontade de comer e a escolha do que se come, é condicionada pelo sistema de produção em voga. Não se come apenas para suprir as necessidades básicas biológicas; o comer é social e político (BRASIL, 2014). Nessa sociedade de consumo, é também uma via de busca de prazer e conforto diante de uma rotina extenuante e uma forma de "vincular-se a um projeto de vida subjetivo […] galgar um espaço supostamente mais valorizado" (VIANA et al, p. 449). A fala da profissional N1, demonstra um pouco da percepção sobre o papel que a comida ocupa na busca de prazer, diante de uma rotina dos usuários marcadas pelo stress, e como isso pode ter efeitos na construção de hábitos alimentares da família.

> "É, o que eu acho que a pessoa não tem nenhuma coisa boa que tá acontecendo naquele período da vida dela, só problema stress, ela chega em casa, abre o armário relaxa e comer para ela é uma compensação de prazer né. É o momento que ela tem de felicidade ali. E isso acontece, infelizmente, com os pais que os filhos vão vindo desde pequenininho aí vão fazendo igual, criam os mesmos hábitos digamos, aí tem os piquititicos que também estão ficando sobrepeso mais rápido né" (N1).

A profissional E5 atribuiu a fatores como o isolamento das crianças e o uso crescente de celular a dificuldade de estabelecimento de relação interpessoais de solidariedade e o desenvolvimento da obesidade.

> "criança ansiosa no celular, porque não faz uma atividade física, não corre, não joga bola, não brinca, não conversa com o outro, então as crianças estão se tornando uns monstrinhos, não sabem dividir, nem a comida, porque antigamente, você via uma criança, se tinha uma laranja, você dividia em 10 e ninguém ligava, hoje vai fazer isso, dividir um chocolate, um pacote de bolacha, não dá. Tudo isso acaba sendo um agravo para a questão da obesidade, a **falta de afetividade, a solidão**" (E5 - grifo próprio)

É interessante notar na fala anterior, a correlação feita entre a obesidade e a solidão. O processo de individualização, por influenciar a formação de laços societários e de empatia, também pode ter efeitos no modo de comer e na constituição dos hábitos alimentares dos indivíduos. A adoção de determinados hábitos alimentares é resultante do processo contínuo de socialização, sendo a aprendizagem sobre regras e normas alimentares transmitida pelas instituições, como a família, os serviços de saúde e a escola (SANTOS, 2008). Diez Garcia (2013) ao refletir sobre a comensalidade contemporânea, a caracteriza:

> "pela escassez de tempo para o preparo e consumo de alimentos; pela presença de produtos gerados com novas técnicas de conservação e de preparo, que agregam tempo e trabalho; pelo vasto leque de itens alimentares; pelos deslocamentos das refeições de casa para estabelecimentos que comercializam alimentos – restaurantes, lanchonetes, vendedores ambulantes, padarias, entre outros; pela crescente oferta de preparações e utensílios transportáveis; pela oferta de produtos provenientes de várias partes do mundo; pelo arsenal publicitário associado aos alimentos; pela flexibilização de horários para comer agregada à diversidade de alimentos; pela crescente individualização dos rituais alimentares"(DIEZ GARCIA, 2013, pg 484).

Nesse ambiente, momentos de alimentação em conjunto estão cada vez mais raros. O espaço da mesa ainda é reconhecido como principal espaço de comensalidade, pois além de ser o espaço para compartilhar a comida, possibilita o convívio social, a construção do bem comum, o estreitamento de laços afetivos e familiares e a trocas de saberes (SCAGLIUSI et al, 2016; PETRINI et al, 2012; DIEZ GARCIA, 2013). Entretanto, a depender das condições do trabalho e moradia das pessoas, a mesa não necessariamente é o local possível e/ou escolhido para as refeições. Dentro de casa, o sofá e o quarto são reconhecidos como espaços

possíveis para o comer compartilhado, especialmente em famílias mais pauperizadas. Destaca-se ainda a presença da televisão nas refeições como um elemento que compõem os hábitos alimentares (SCAGLIUSI et al, 2016).

Momentos de encontro para preparar e comer, também estão relacionados à construção de hábitos alimentares e influenciam no comportamento alimentar das pessoas (PETRINI el al, 2012; DIEZ GARCIA, 2013). Os sujeitos mais expostos a um ambiente alimentar recheado de informações sobre alimentação, com menos tempo para o comer compartilhado e com menos tempo para dedicar-se a alimentação aparece como uma das razões que dificultam a manutenção de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2014).

Na contemporaneidade, mesmo com seu tempo acelerado, com a valorização crescente do presente, do "viver aqui e agora", existe a busca de mais tempo para o prazer. Dentro da lógica do mercado e do consumo, e diante de um futuro incerto, os sujeitos buscam "renovar a sua vivência do tempo, revivificá-la por meio das novidades que se oferecem como simulacros de aventura" (LIPOVETSKY, 2004, pg 79). Diante disso, nos questionamos: como a alimentação estaria relacionada com a busca dessa renovação do eu no presente, da juventude e do prazer?

Para discutir esse ponto e sua relação com a causalidade da obesidade, seguiremos com a reflexão sobre o alimento como mercadoria e o papel da racionalidade nutricional nesse cenário. O modelo econômico capitalista desloca o alimento da concepção de direito humano, e insere o alimento-mercadoria na roda da fortuna do mercado financeiro. Assim, o consumo de alimentos é atravessado em todas as suas dimensões pelos interesses da lucratividade e sua produção busca mecanismos para otimizar esses lucros. A indústria de alimentos e a indústria farmacêutica, juntamente com a publicidade de alimentos, têm papel central nessa disputa (MACHADO, OLIVEIRA e MENDES, 2016).

Os investimentos massivos na publicidade, assim como o desenvolvimento tecnológico dos grandes conglomerados industriais, aumentam a produção, a distribuição e o consumo de produtos alimentícios de baixo custo e alta palatabilidade pelo mundo inteiro. As indústrias, além de produzirem a demanda por determinados alimentos ou nutrientes a partir

do marketing, se adequam às necessidades de uma vida marcada pela exploração do trabalho e pouco tempo, e oferecem produtos práticos e fáceis para consumo. Além disso, essas poucas empresas transnacionais têm cada vez mais controle sobre o sistema alimentar mundial e todas as etapas da cadeia produtiva (MACHADO, OLIVEIRA e MENDES, 2016).

Apesar da resistência das culturas alimentares, a globalização da economia alimentar penetra nas mais diversas civilizações, produzindo alterações nas práticas alimentares visando uma padronização (DIEZ GARCIA, 2013). A homogeneização do comer é interessante para a indústria mundializada, assim como a crescente racionalização sobre o mesmo. Viana et al (2017) apresentam o conceito de racionalização nutricional, sua relação com a medicalização da comida e os efeitos sobre as práticas alimentares. Em um cenário com vasto acervo de informações sobre o comer e os alimentos, existe uma construção pautada na supremacia da ciência, de que um conhecimento maior sobre os alimentos e seus nutrientes seria via de potencialização da saúde humana e da construção de um padrão alimentar ideal, padrão esse que produziria indivíduos saudáveis e com melhor desempenho individual (VIANA, et al, 2017).

Entretanto, submetida à lógica do capital, a racionalização nutricional também se torna uma via para criação de novos nichos de mercado. O conceito apresentado pelos autores "se refere às práticas alimentares atentas ao permanente cuidado em manter na alimentação o equilíbrio dos nutrientes, em detrimento do prazer de comer e dos valores com que alimentação marca o convívio social a ele associado" (VIANA, et al, 2017, p. 450). Nesse processo de fragmentação da comida e suas representações, a indústria utiliza da racionalidade para produzir mais confusão sobre o que seria uma alimentação saudável. Os indivíduos, responsabilizados pelo seu autocuidado se veem cada vez mais incertos ou incapazes de fazer suas escolhas em um mercado recheado de opções e necessitam da uma opinião externa para poder se alimentar (VIANA, et al, 2017).

Esses mesmos indivíduos pressionados a construir uma alimentação mais saudável, pela necessidade do autocuidado e busca da saúde constante, também estão inseridos na sociedade que busca a satisfação a partir do prazer imediato. Nesse contexto, a indústria coloca-se tanto como fornecedora de produtos "saudáveis", ricos em determinados nutrientes,

funcionais, com as cápsulas mágicas; como fornecedora do prazer com alimentos gostosos, saborosos, adaptados às condições de trabalho e vida dessa população. Ambas situações demonstram a capacidade da indústria em se adequar às narrativas presentes na sociedade e apresentar mercadorias para o consumo.

O consumo dos alimentos-mercadoria parece ser também uma forma de se refazer no tempo, de aumentar a juventude, a saúde e o prazer, de alcançar certo status social e o corpo perfeito. Santos (2008) discorre sobre o papel da publicidade na construção dos hábitos alimentares e da dieta contemporânea. O "gosto light" aparece como uma via de atrelar a disciplina alimentar e o prazer:

> "A publicidade promove uma poética da vida cotidiana e a cultura do consumo tem algumas vezes sido concebida como uma anti-cultura, aberta à flexibilidade, mobilidade e ao novo. A dominação da mídia visual e a cultura da imagem, estilos de vida difundidos: juventude, beleza, fitness, energia, movimento, liberdade, romance, exótica, luxo; fazem parte dos discursos que os indivíduos se apropriam para construir as suas experiências alimentares. A disciplina e o controle se encontram com o prazer que produzirá, dentre outros elementos, uma reconstrução do gosto alimentar que também pode ser denominado de "gosto light". O gosto light que busca articular as complexas relações entre o gosto com as dimensões do prazer, da disciplina e a preocupação com a saúde, se legitimará a partir de uma nova aliança entre a gastronomia e as ciências da nutrição. Uma nova disciplina do gosto alimentar, considerando o gosto um dos aspectos mais pessoais e íntimo dos indivíduos, se constitui em um desafio para os profissionais do campo da alimentação e nutrição nesta proposição da construção de si" (SANTOS, 2008, pg 42).

Atrelar a vida e o trabalho moderno ao gosto light parece um desafio gigante colocado para os profissionais de saúde trabalhar no seu dia a dia e essa ideia é reforçada nas políticas públicas de enfrentamento da obesidade. Os profissionais, como detentores do saber técnico, são responsabilizados em contribuir com a reeducação alimentar ou (re)aprendizagem alimentar dos usuários, visando a construção de novos hábitos alimentares, mais saudáveis e a adequação do peso corporal. Ao mesmo tempo, no mundo onde a ideia da livre escolha e sua racionalização são pulsantes, o fracasso nessa construção de novas práticas alimentares é transferido aos indivíduos atendidos (SANTOS, 2008).

Na constituição do alimento- mercadoria, temos a configuração do alimento fetichizado, o alimento que tem uma valoração social superior. A depender do nicho social esses alimentos podem ser as preparações gourmets e artesanais; preparações culinárias de determinados restaurantes; produtos ultraprocessados diversos; alimentos orgânicos, entre outros. A profissional N3, ao ser questionada sobre as possíveis causas da obesidade na população atendida fez a relação entre a ampliação do poder de compra dos usuários e a escolha de produtos não saudáveis:

> "Tem um pouco a ver também com a questão do poder aquisitivo, das pessoas terem um poder de compra agora, "antes eu não podia comer e agora eu posso, então agora eu vou comer o que eu quiser" e o que eu quiser mas nem sempre é o que é saudável" (N3).

Complementou falando que essas escolhas e o estímulo para comer estão ligados aos tipos de alimentos produzidos e comercializados pela indústria e as porções oferecidas em refeições fora de casa.

> "a gente é estimulado a comer muito, basta você olhar a porção de um prato feito, você vai num restaurante não é para um pessoa comer, é no mínimo para duas, é uma porção exagerada, uma criança é estimulada a comer as famosas porcarias, doce, bala, tudo é super saborizado, você dá uma fruta pra a criança, ela acha sem gosto porque ela já tá tão viciada em sazon, corante, coisas artificiais, que ela realmente não sente, se você dá uma pera para ela, ela vai achar sem gosto porque ela não vai sentir" (N3).

As falas dos profissionais aproximaram as causas da obesidade com os obstáculos para a adoção das recomendações, apresentados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (2014). A falta de tempo, a habilidade culinária pouco desenvolvida e o pouco recurso financeiro foram reconhecidos como fatores que influenciam nas escolhas alimentares das famílias e no desenvolvimento da obesidade. A questão de gênero também é apontada como um fator que influencia nas escolhas alimentares. Como exemplo, dois profissionais descreveram casos em que a opção por alimentos mais práticos estava ligada à pouca habilidade culinária do pai da família ou ao menor tempo que a mãe tinha para cuidado da alimentação da família, devido ao trabalho.

> "à noite principalmente as mulheres que cuidam de casa, trabalhando fora, não tem tempo pra sair pra fazer uma caminhada, chega vai fazer comida, vai

> cuidar dos filhos e eu acho que é isso mais a praticidade das pessoas, relatam muito isso né, "ah, não tenho tempo, opto pelo mais prático" (N1).

> "é interessante que tem muita mãe trabalhando e o pai desempregado, os pais é que vem no grupo, essa questão de trocar o pai pela mãe, mexeu muito na alimentação das crianças, porque ele não tem prática para fazer o alimento do filho como a mãe. Ele sempre prefere os industrializados, miojo, macarrão que é mais fácil, alimentos prontos, ou fritura, mais fácil ele fritar o bife, a batata frita do que cozinhar o chuchu" (E5).

O Guia discute que a manutenção de hábitos alimentares mais saudáveis e consequentemente controle dos riscos à saúde deve ser responsabilidade de todos os membros da família, além das outras instituições públicas e do próprio Estado (BRASIL, 2014). Ou seja, para além da responsabilização individual.

Estudos que avaliam a relação entre o padrão alimentar e a saúde, apontam que o consumo de alimentos ultraprocessados está relacionado ao avanço das doenças crônicas no mundo, assim como o risco de desenvolvimento de sobrepeso e obesidade. Apesar dos alimentos ultraprocessados serem mais pobre nutricionalmente, como menos fibras, vitaminas e minerais e terem uma maior densidade energética em comparação aos alimentos in natura, estes apresentam-se como alimentos mais adaptados à vida moderna. Por serem mais convenientes e altamente palatáveis, tem ocupado cada vez mais espaço na alimentação das pessoas. A alta palatabilidade e a composição nutricional rica em gorduras e açúcares, faz dos alimentos ultraprocessados, alimentos muito prazerosos e atraentes (MONTEIRO el al., 2019; MENDONÇA et al.,2016).

Em uma sociedade que busca satisfazer o desejo pelo prazer e tem seu tempo cada vez mais comprometido pela exploração do trabalho, comer também é um caminho para a construção da felicidade. A profissional E1 colocou como uma das causas para o desenvolvimento da obesidade, a conveniência que os alimentos têm por serem uma fonte de prazer dentro de casa e que por mais que se tenha orientação dos profissionais para a restrição de alguns alimentos nem sempre essas recomendações fazem sentido para os usuários.

> "Então se a única coisa que na cabeça dela ela entende que vai fazer vai ficar feliz é comer, ela vai comer, porque assim é mais fácil pela facilidade, porque é muito mais fácil você ser feliz comendo, por que a comida tá dentro da sua casa, do que você ser feliz dançando que também vai te liberar

> hormônio que vai te fazer feliz, é muito mais fácil você ser feliz comendo, do que você feliz saindo para fazer uma caminhada diária" (E1).

Vale destacar que a mesma profissional também aponta como uma das causas da obesidade o estigma e a discriminação sofrida pelas pessoas com obesidade.

Os resultados apresentados até aqui, sobre a concepção de obesidade e a compreensão das causas que levam a essa situação demostram que existe uma tensão expressada pelos profissionais no que diz respeito ao papel que eles têm que desempenhar (controle dos riscos à saúde e intervenção sobre os corpos gordos) e a realidade de trabalho e vida da população atendida. Parte dessa tensão pode ser explicada pelo fato de tanto os profissionais de saúde como os usuários atendidos ocuparem a mesma posição de classe. Alguns relatos evidenciam o reconhecimento entre os grupos, ambos submetidos às condições de trabalho exploradas, inseridos em um contexto alimentar controlado pela indústria de alimentos e que buscam individualmente por momentos de prazer na vida, mesmo que isso produza riscos.

É importante destacar que apenas uma profissional apresentou em sua fala um olhar mais crítico sobre a organização do sistema alimentar e sua potencial influência no desenvolvimento da obesidade. Demonstrando que o debate sobre o sistema alimentar e as consequências para a saúde da população ainda parece estar distante do serviço de saúde.

Aos mesmo tempo que há uma interpretação crítica sobre as causas, existe a reprodução de discursos que reforçam a responsabilização central dos indivíduos nas suas escolhas alimentares e seu peso corporal. Reprodução essa que era esperada uma vez que os profissionais são agentes do Estado e no SUS os processos de trabalho são organizados nos pilares da promoção da saúde, quando construída com base em uma perspectiva neoliberal.

Por fim, no atual contexto sócio histórico, a reflexão crítica sobre o corpo gordo, as implicações dessa gordura para saúde e a organização do processo de trabalho na ESF precisam estar em sintonia com as reflexões sobre a organização do trabalho na modernidade e a organização do sistema alimentar. Conceber a obesidade como doença e risco, sem alterar as raízes que a provocam, parece ser bastante interessante aos que lucram com o adoecimento.

Por outro lado, os trabalhadores, usuários do serviço de saúde e profissionais de saúde, seguem na busca constante por satisfação com seu corpo, sua alimentação e seu trabalho.

5.2 ENTRE A COMPREENSÃO E A PRÁTICA: A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS EFEITOS SOBRE O CUIDADO DAS PESSOAS COM OBESIDADE

A partir da discussão sobre a concepção de obesidade e as interpretações das suas causas pelos profissionais, nesta seção pretendemos fazer uma reflexão sobre como está organizado o processo de trabalho na ESF, com enfoque nas atividades que são desenvolvidas para as pessoas com obesidade e o fluxo para atendê-las. Discutiremos sobre elementos que influenciam o trabalho a partir da percepção dos profissionais e seus impactos sobre o cuidado desses usuários. Assim como as sugestões levantadas pelos entrevistados para o enfrentamento da obesidade.

Durante dois meses de pesquisa de campo acompanhando a rotina de trabalho na UBS Jardim São Nicolau, notou-se que a rotina ali observada não se diferenciava muito da rotina preconizada para a ESF em âmbito nacional. O “bom dia, posso ajudar?” na recepção falado pela agente comunitária; as filas de espera para atendimento ou para a retirada de remédios; o barulho da senha para ser atendido ou a chamada dos profissionais para a consulta; a movimentação dos agentes comunitários nos corredores entre uma reunião e outra atividade; a busca constante por prontuários perdidos; os grupos de prática de atividade física sempre cheios na parte de fora da unidade; e a correria dos técnicos de enfermagem na vacinação do sarampo foram algumas das cenas corriqueiras na unidade nesse período.

Nos espaços fechados - dentro dos consultórios, na copa, na sala de grupo ou na sala de reunião - as cenas eram outras. A discussão de casos, o atendimento aos usuários, as reuniões gerais ou espaços de formação dos profissionais compunham esses espaços. A rotina dos profissionais da eSF é organizada por uma agenda feita pela gerente da unidade e preserva a lógica de organização por linhas de cuidado e de produção de consultas e grupos. Assim, dentro das 40 horas semanais que cada profissional cumpre, o tempo é dividido principalmente entre consultas individuais, reuniões de equipe, visitas domiciliares e grupos.

Todas essas atividades foram consideradas pelos entrevistados como atividades que abarcam o cuidado das pessoas com obesidade. Existe certa autonomia e flexibilidade para adequações nessa agenda; porém, as metas determinadas e o acompanhamento das linhas de cuidado ainda são preservados.

Nesta unidade a reunião de cada equipe acontecia durante uma hora por dia, de segunda a sexta-feira, sendo que quinzenalmente a reunião durava duas horas para discussão dos casos acompanhados pelos profissionais do NASF. A profissional E4 explicou como funciona a reunião de duas horas e reforça a necessidade desse tempo para o acompanhamento dos casos:

> "Então, tem a reunião NASF de duas horas, porque assim, NASF é atendimento dos profissionais que a gente não tem na unidade, então é aquilo que foi apresentado para você logo no começo, nutricionista, fisio, assistente social, psicólogo. Aí é essa discussão que a gente bombardeia eles de casos e a gente marca então atendendo, em visita, aqui na unidade e a gente não tem esse espaço para discutir depois, o retorno, e é nessa reunião de duas horas que a gente faz o retorno, e aí a gente aproveita sempre a reunião de duas horas para fazer um PTS (projeto terapêutico singular) e às vezes até dois , se der tempo né, projeto terapêutico singular do paciente, com a melhor estratégia de trabalhar, principalmente para os pacientes acumuladores, pacientes usuários de drogas, que dão um pouco mais de trabalho, a gente faz o PTS" (E4).

O espaço da reunião de equipe tem a potencialidade de ajudar a organizar o trabalho e o cuidado de forma compartilhada, com discussão dos casos, discussão do processo de trabalho e capacitação dos profissionais. O fracionamento do tempo dedicado à reunião de equipe ao longo dos dias da semana é interessante por um lado, já que proporciona o encontro diário dos profissionais mas, por outro lado, o tempo para a discussão dos casos e para o desenvolvimento de educação permanente[18] parece ficar secundarizado pela alta demanda do território por atendimentos, cobranças de metas e campanhas específicas.

---

[18] Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a educação permanente "caracteriza-se como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional" (BRASIL, 2018, p.10).

Outra atividade que compõe a rotina dos profissionais é a visita domiciliar. As visitas domiciliares são destinadas especialmente para usuários acamados e restritos ao domicílio, ou usuários que não estão indo à unidade, mas que são considerados casos complexos. As visitas a casos de obesidade mais graves foram descritas pelos profissionais como exemplos. Na semana típica dos entrevistados, são destinados um ou dois turnos da semana para essas visitas.

Os trabalhadores entrevistados relataram que os grupos são uma via importante para o cuidado dos usuários com obesidade. Os grupos nessa UBS são organizados principalmente entre os profissionais do NASF, as enfermeiras e as ACSs. Os casos de sobrepeso e obesidade que a eSF considera que precisam de um acompanhamento mais contínuo e próximo são encaminhados para os grupos organizados pelo NASF, especialmente para o grupo "Na medida", organizado pela nutricionista ou agendados diretamente para consulta individual, em casos mais complexos ou de maior IMC. Os relatos a seguir ilustram um pouco o fluxo de atendimento desses usuários:

> "A gente encaminha para a nutricionista. A gente faz a consulta, pesa, mede, faz IMC, quando a gente descobre que está com sobrepeso, a gente encaminha para a nutricionista. A gente tem a nutricionista do NASF. (...) a gente passa esses casos e enquanto isso a gente pede para eles estarem vindo participar do grupo 'Na medida' que é toda quinta feira 14h. A nutricionista que vê se precisa de um atendimento individual ou se dá para fazer nesse grupo mesmo" (E2).

> "Como eu faço: pacientes de sobrepeso eu trabalho por ciclos, então eu trabalho com saúde do adulto, eu tenho um cronograma, uma planilha com todos os adultos que passam comigo e tem sobrepeso, ai esses eu discuto com NASF, geralmente eu marco com os grupos com a nutricionista, já encaminha e já vamos fazendo o atendimento, as orientações, convido para ir nos grupos. Tem muitos que trabalham e aí passa pelo menos uma vez, duas vezes pra gente passar a orientação nutricional, controle dos exames a cada seis meses, quando a pessoa não tem que tomar medicação. Aí quando precisa, faz compartilhado com o médico da equipe e com o NASF para poder atender, isso são com os adultos, com os idosos a gente tem a mesma coisa, tem a planilha do idoso, tem listados os que estão com sobrepeso" (E5).

A realização de grupos como oferta da ESF é uma tecnologia de cuidado que o NASF utiliza muito no seu dia a dia de trabalho. "O processo grupal, desde que bem pensado em sua

finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado" (BRASIL, 2013, p.121). Nesse sentido, a presença do NASF no serviço possibilita que essa prática seja mais ampliada e consequentemente fortalece um cuidado mais integral. Além disso, o grupo como um espaço de encontro e troca entre sujeitos pode produzir um cuidado mais integral, menos "patologizante", "envolvendo e produzindo desejos no real social, processos de subjetivação solidária e alianças" no próprio território (BRASIL, 2013, p.124). Entre os grupos da UBS estão, "Alongamento", "Tabaco", "Terapia corporal", "Auto monitoramento glicêmico - AMG" (para pacientes insulino dependentes), "Grupo de gestante", "Xiang Gong", "Zumba", "Memória e estimulação", "Planejamento reprodutivo", "Sob medida", "Grupo pequeninos", "Grupo de mulheres", entre outros.

Apesar dos grupos serem uma oferta de cuidado mais acessível aos usuários do que as consultas, a lógica de organização do grupo muitas vezes se distanciava de uma construção coletiva e se caracterizava mais como uma consulta compartilhada ou agrupamento de várias pessoas com o mesmo diagnóstico. Como exemplo, podemos citar o caso do grupo do AMG organizado pelas equipes eSF da UBS estudada. Era um grupo onde todos os usuários insulino dependentes de uma equipe eram chamados para receber orientações, receber a insulina e por vezes passavam por uma consulta com o médico e com a enfermeira da equipe para verificar a saúde dos pés e os resultados dos últimos exames.

Considerando o horário de funcionamento da unidade e que a maioria dos usuários trabalha em horário comercial, os grupos, apesar da sua potencialidade na ampliação do cuidado como espaços mais propícios a educação em saúde e construção compartilhada do conhecimento, ainda ficam, na prática, muito limitados às pessoas que tem horário disponível, não sendo acessível a todos. Mesmo assim, para os que podem frequentar a unidade, especialmente os idosos do território, os grupos ofertados parecem contribuir para o cuidado em saúde e para a promoção de hábitos de vida mais saudáveis.

Na UBS estudada, ainda que o cuidado compartilhado entre eSF e NASF fosse feito majoritariamente de forma fragmentada (casos de dor para o fisioterapeuta, de obesidade para nutricionista, de sofrimento psíquico para o psicólogo), a equipe NASF foi entendida pelos

profissionais da eSF como um suporte - profissionais com saberes específicos que podem apoiar o cuidado dos casos que os profissionais da eSF têm mais dificuldade de trabalhar -, ampliando a capacidade de cuidado e qualificando a atenção à saúde prestada. O fluxo de atendimento a pessoas com obesidade que chegam ao serviço, especialmente nos casos de IMC mais alto e com comorbidade, em grande maioria passa pelos cuidados de algum profissional da equipe NASF, demonstrando a importância dessa equipe no cuidado das pessoas com obesidade.

As consultas com profissional médico ou enfermeiro, assim como com os profissionais do NASF, foram consideradas pelos entrevistados como um espaço de cuidado às pessoas com obesidade. Na rotina de trabalho da UBS, as consultas eram organizadas por ciclo de vida ou linha de cuidado, ou seja, na agenda dos profissionais da eSF existia um tempo reservado para o atendimento de gestantes, crianças menores de um ano, pessoas com diabetes e/ou hipertensão arterial, pessoas com tuberculose e hanseníase, e idosos. Não existia um horário específico para o atendimento de pessoas com sobrepeso e obesidade. Ao serem questionados, os profissionais relataram desconhecer a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade do município.

Apesar da semana típica de trabalho ser composta por diversas atividades que incluíam os usuários com obesidade, isso não necessariamente está atrelado à qualidade do que é ofertado. Os profissionais relataram que, além do suporte da equipe NASF, quando tinham dúvidas sobre orientações ligadas à alimentação buscavam suporte em materiais encontrados na internet, como artigos, notícias ou sites com informações que considerem interessantes. Apenas a nutricionista do NASF apontou que utilizava o Guia Alimentar para a População Brasileira como material de apoio ao seu trabalho.

De maneira geral, os profissionais reconheceram a falta de material informativo fornecido pela própria UBS e que muitas vezes utilizavam recursos próprios para a elaboração de materiais, apontando um problema de distanciamento entre os materiais que já foram produzidos pelo Ministério da Saúde ou pela SMS-SP e sua utilização na prática do serviço. A não apresentação desses materiais aos profissionais da eSF, pode demonstrar uma fragilidade

na capacidade de matriciamento e capacitação dos profissionais das eSF pela equipe NASF e/ou uma fragilidade nos repasses de materiais educativos pelos diferentes níveis de gestão.

> "Folder aqui não tem, mas eu sei que tem um dos cadernos que tem a questão da obesidade e tem a nutricionista que a gente sempre pode reportar" (E1).

> Pesquisadora: "Mas se você não tem esse suporte, e você precisa de alguma coisa, o que você faz?"
> E2: "Coloco no Google."
> Pesquisadora: "Tem algum material que você goste, que você segue?"
> E2: "Quando aparece a dificuldade assim eu falo, eu também não sei, vamos ver juntos? e ai a gente vai descobrindo, você pode fazer isso e substituir por aquilo, mas eu também não sei, porque a gente pega o que aparece."

> E3: "Não, lá onde eu trabalhava eu era a menina do folder, tudo que você pedisse eu tinha folder, eu tenho bastante folder pronto, eu tenho um de criança, falando dos alimentos saudáveis, os 10 piores alimentos, alguma coisa assim, eu acho que tenho, mas eu usava quando eu fazia grupo de criança."
> Pesquisadora: "E uma coisa que venha da secretaria?"
> E3: "Não, eu não tenho, só se tiver e ninguém me passou ainda, mas eu desconheço."

Uma profissional médica apresentou outro ponto como fragilidade para cuidado das pessoas com obesidade: a ausência de um protocolo. Em seu relato, apontou a ausência de um protocolo desestimula a priorização do cuidado, como se apenas os casos que tivessem protocolos ou linha de cuidado estabelecidos fossem os casos que deveriam ser acompanhados.

> "Eu não tenho um tempo nem um ambiente onde eu possa colocar os obesos, ainda não foi estabelecido um protocolo. Como não tem um protocolo que te respalde, você não vai cumprir tanto aquilo, eu to sendo sincera" (M1).

Na APS, os protocolos de atenção básica servem de subsídio para a tomada de decisão dos profissionais. Os protocolos se propõe a padronizar as ações, dar um respaldo técnico-científico e induzir o modelo assistencial e o processo de trabalho no serviço de saúde (WERNECK, 2009). Apesar dos limites ligados ao uso descontextualizado dos protocolos, a presença desse instrumento apareceu como um fator indutor de conduta e de suporte aos profissionais em meio a um cenário de intensificação do trabalho e falta de formação.

O cuidado e as atividades ofertadas aos usuários com obesidade são atravessados por diversos aspectos ligados à organização da ESF no município. Para os profissionais, o trabalho na UBS é dificultado pelo pouco tempo determinado paras as consultas individuais, pela alta rotatividade dos profissionais médicos e pela alta demanda de trabalho, aspectos esses que compreendemos também como reflexos do modelo de gestão adotado.

As mudanças na gestão do trabalho e, consequentemente nos processos de trabalho, estão em consonância com as transformações no mundo do trabalho e com a reestruturação produtiva iniciada na crise econômica mundial na década de 1970. Como via de recuperação das taxas de lucro e acumulação de capital, com início do protagonismo do capitalismo financeirizado, novas formas de organização do trabalho e de relação entre Estado/Sociedade/Mercado foram implantadas também no Brasil. Os ideais neoliberais ligados ao Estado mínimo, controle do gasto público, privatização de empresas estatais, redução da intervenção do estado sobre mercado, redução dos gastos com pessoal e flexibilização da força de trabalho pautaram a reforma do Estado Brasileiro a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso (CARNEIRO e MARTINS, 2015).

Na reorientação do Estado a favor do mercado, o modelo de administração gerencial, ou o gerencialismo, pautado pela lógica do setor privado de eficiência produtiva, desburocratização do aparato estatal e orientado por resultados e desempenho individual, se fortaleceu nos serviços públicos a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1995 (CARNEIRO e MARTINS, 2015; CARNUT e MENDES, 2018). Esse modelo de gestão "requer que o Estado se afaste do campo da produção e prestação de bens e serviços, e se concentre na sua função reguladora" (CARNEIRO e MARTINS, 2015, p. 47).

Martins e Molinaro (2013), em seu ensaio sobre a reestruturação produtiva e seus impactos nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde, discutem como a reforma do Estado brasileiro contribuiu para a entrada do conceito de flexibilização dentro do serviço público, com a quebra do regime jurídico único que normatizava sobre as contratações do serviço público e com a permissão de contratação por CLT em instituições públicas e posteriormente com a Lei de Responsabilidade Fiscal 101, que estipulou um percentual máximo para despesas com pessoal. A implementação da AB nacionalmente, que estava se

expandindo no período da reforma do Estado, se tornou um ambiente propício para a implantação e proliferação da lógica de enxugamento da máquina do Estado e sua nova forma de regular o trabalho.

No setor saúde, houve a incorporação dessa lógica de Estado, através do modelo de gestão adotado: o gerencialismo. O gerencialismo se expressa na terceirização da execução da política de saúde e gestão do trabalho em saúde para instituições de caráter privado sem fins lucrativos como Organizações Não Governamentais, Cooperativas, Associações de Moradores, Fundações de Apoio, Associações Religiosas, Oscip, Organizações Sociais, Fundações Estatais. Possibilitando a flexibilização nas relações de trabalho e na sua forma de contratação, remuneração, qualificação e autonomia dos profissionais (CARNEIRO e MARTINS, 2015; CARNEIRO, NASCIMENTO e COSTA, 2011).

Sob o argumento da melhor eficiência, o município de São Paulo definiu o gerencialismo como modelo de gestão e como uma via para ampliação da atenção básica da cidade a partir de 2001 (CARNEIRO, NASCIMENTO e COSTA, 2011). Ao município fica a responsabilidade de regular a execução da política pública de saúde a partir da contratualização e elaboração dos contratos de gestão. No município de São Paulo, devido à enorme extensão territorial, a parceria pública privada varia conforme a divisão administrativa e suas coordenadorias regionais e o contrato de gestão estabelecido entre a secretaria municipal de saúde e a instituição contratada. A UBS desse estudo é gerida pela organização social SECONCI e tem em seu contrato de gestão por objeto

> "o gerenciamento e execução das ações e serviços em unidades de saúde da Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Penha, em consonância com as Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde- SUS, diretrizes em SMS-SP e em conformidade com os documentos do Comunicado de Interesse Público n05/2015 NTCSS a Manifestação de Interesse que são partes integrante deste contrato de Gestão" (CONTRATO DE GESTÃO, 2016)

O documento precedente discorre também sobre os parâmetros para pagamento e avaliação de desempenho por linha de serviço, indicadores utilizados para a avaliação, metas de produção para eSF e outros acordos e obrigações pactuadas entre empresa contratada e contratante (CONTRATO DE GESTÃO, 2016). Fica evidente que o Estado se ausenta da

responsabilidade de execução da política pública e como alternativa para regular a execução do contrato pelas empresas contratadas estabelece parâmetros quantificáveis de avaliação e monitoramento. A partir do mecanismo gerencialista de gestão de resultado, o repasse financeiro total para a OSS contratada é condicionado ao cumprimento de pelo menos 85% dos parâmetros estabelecidos no contrato de gestão e valores inferiores a 85% sofrem com a perda de orçamento progressivamente.

É inegável que a avaliação e o monitoramento do trabalho são fundamentais para a organização do processo de trabalho, para "rever suas estratégias e métodos de trabalho" (CARNUT e MENDES, 2018, p.117), como elementos para autorreflexão individual e coletiva, como via para a consolidação dos direitos sociais e participação da sociedade nas decisões públicas. Entretanto, submetidos à lógica da produtividade capitalista e sem a participação dos trabalhadores e usuários na sua elaboração e execução, se distanciam da sua intencionalidade social e servem como via de controle de gastos e controle sobre os profissionais de saúde (TESTON, et al., 2018).

A avaliação por desempenho adotada na saúde é um instrumento de gestão que gera a superintensificação do trabalho na busca pela "otimização" dos recursos financeiros e da maior extração da mais valia do setor. Como os custos no setor saúde são majoritariamente ligados à contratação da força de trabalho, especialmente na atenção básica, a contenção dos gastos e a busca por maior eficiência do trabalho recaem sobre os trabalhadores de saúde e seu desempenho. Ou seja, a avaliação do trabalho em saúde, sob o paradigma gerencialista, se reduz ao controle da produção de atividades quantificáveis, serviços e procedimentos em saúde e responsabilização individual dos profissionais (TESTON, et al., 2018; MARTINS e MOLIANO, 2013; CARNEIRO e MARTINS, 2015; CARNUT e MENDES, 2018).

As metas de produção, como o próprio nome diz, estabelecem os números esperados para determinada atividade dentro de um determinado período de tempo. Na atenção básica, são a materialização do controle sobre o trabalho sob a lógica da produção de serviços. O relatório de produção é disponibilizado semestralmente no site da OSS contratada para a gestão da UBS Jardim São Nicolau. Na planilha fornecida no site da OSS, podemos ver que as metas mensais estão direcionadas para as eSF e contam com os indicadores de número de

consultas de médico ESF, número de consultas de enfermagem ESF, número de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, número de consultas individuais e procedimentos da equipe de Odonto esperados por mês e os números obtidos por cada UBS da rede assistencial (SECONCI, 2019).

Apesar do relatório de produção só trazer esses indicadores, no período de campo da pesquisa vimos que os profissionais também estão submetidos a outras formas de monitoramento do trabalho como com a entrega de lista de acompanhamento das linhas de cuidado para a gestão local, metas estabelecidas de vacinação e outros procedimentos, e, para os profissionais do NASF, a meta de grupos e atendimentos por mês. A cobrança de metas de produção apareceu nas falas dos entrevistados como uma dificuldade encontrada no dia a dia de trabalho para o cuidado das pessoas com obesidade, especialmente pelo seu efeito sobre o tempo de atendimento. A enfermeira E5 relatou que o processo de trabalho sofreu mudanças significativas ao longo dos 15 anos de serviço e destacou que a intensificação da cobrança sobre o trabalho:

> Pesquisadora: "Seu trabalho mudou muito nesse tempo?"
>
> E5: "Ah mudou, porque quando você entra na estratégia, que você pega todo o histórico no Ministério da Saúde, o que é o programa saúde na família, quais são as diretrizes, a filosofia **na teoria é uma coisa, mas na prática, muda bastante.** Você começa vendo o perfil epidemiológico do território, isso sempre, só que vai criando novos programas, novas necessidades sanitárias, epidemiológicas, então você vai crescendo junto, só que às vezes frustra um pouco porque o programa é muito bonito, se você for ver a cartilha do programa saúde da família, é muito bonito e eu que tive a oportunidade de trabalhar com a longitudinalidade, mais tempo, o retorno é muito bom, porque você acompanha, os nascimentos, o tratamento que é efetivo, tem sucesso, às vezes você acaba perdendo um paciente que tem um vínculo muito grande com a família, você pega vínculo com todo mundo, não tem como trabalhar no programa saúde da família e não ter vínculo com as pessoas, porque você atende a família, e é um conjunto de ações, eu não posso olhar só pra mãe se ela me fala que o filho dela ta com uma certa necessidade e falar para ela trazer o filho outro dia. Então **hoje com essa questão de gestão, meta, produção, sempre existiu, mas hoje exige muito mais, essa questão de você ter que atender não sei quantos as vezes a falta de médico é muito ruim**, eu fiquei 8 anos com médico, eu mudei várias vezes, a princípio foi PACS, depois em 2005, começou com o primeiro médico da família, eram duas equipes aqui então a gente começou a desenvolver nosso programa, atender todos os ciclos de vida, fazer as visitas

> domiciliares, tudo o que preconiza o programa, então era muito bom porque você conseguia ir na casa, fazer atendimento domiciliar, dar o retorno para o médico, ai o médico ia também, então dava para fazer várias prevenções da saúde e uma coisa bacana da saúde da família é que você não trabalha só com a doença, sempre pra nós o mais importante é a prevenção. Quanto mais você previne, menos chance do paciente adoecer, o tratamento é muito mais efetivo**, só que com o tempo isso vai mudando, por causa de muita meta, falta de médico**, aí você não consegue consolidar na equipe, ai fica ruim o trabalho porque é bom quando você consegue acompanhar o território" (grifo próprio)

As metas de produção estabelecidas orientam em grande medida a prática em saúde pela definição da agenda dos profissionais. O tempo destinado para as consultas é uma consequência do número de consultas esperada para médicos e enfermeiros, que implica respectivamente em 15 minutos e 20 minutos para os atendimentos. Ao serem questionados sobre as dificuldades para o acompanhamento de usuários com obesidade no dia a dia do serviço, os profissionais médicos, especialmente, queixaram-se do tempo destinado para as consultas:

> M2: "Infelizmente o nosso tempo no SUS, na UBS é 15 minutos, não tem tempo de trabalhar isso, o máximo você faz o diagnóstico de obesidade, IMC elevado, mas aí a gente consegue trabalhar em outras áreas, encaminhando para nutrição, psicólogo. (...) Aqui no serviço, a gente tem uma grade de atendimento muito corrida, pouco tempo de atendimento, um paciente a cada 15 minutos, isso é uma conta básica que até tenho curiosidade em saber como chegaram nesse número, porque é pouco tempo".
> Pesquisadora: "Você sente que é pouco?"
> M2: "Sim, muito, você se coloca no lugar do paciente, 15 minutos, a gente quer atender, examinar, fazer anamnese, exame físico, tem que dar diagnóstico, conduta e se necessário, pedir exame complementar, algum tipo de exame de imagem, esse a gente consegue SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) que é mais rápido, mais prático, agora se for tomografia, ressonância, tem que preencher outro formulário, demanda tempo. Então é bem corrido, a gente tem que ser agilizado".
>
> M3: "A consulta é planejada para ser de 15 minutos".
> Pesquisadora: "E como é isso?"
> M3: "É péssimo, não é legal não. Eu tive muita dificuldade quando eu cheguei para conseguir nem para fazer a consulta, porque pra fazer em 15 minutos eu faço, porque na verdade, você não tá nem atendendo tão bem a pessoa, mas pra aceitar que é assim e não vai mudar, não vai ser diferente só porque eu gostaria que fosse".

Com o tempo destinado às consultas, o processo de trabalho em saúde fica direcionado para a solução das queixas apresentadas pelos usuários atendidos. O médico M3, no decorrer de sua entrevista, aponta que as metas impostas ao seu trabalho alteraram a sua prática médica e ele teve que fazer adaptações e priorização de ações, assim justificando a lógica da queixa-conduta aplicada nas consultas. Colocou em sua fala a dificuldade de adaptação com a ideia de impossibilidade de mudança no tempo de atendimento, demonstrando sensação de impotência na tomada de decisão sobre padrões pré-estabelecidos. Ao falar sobre as ações desenvolvidas com pessoas com obesidade, o médico falou sobre as consultas:

> M3: "O contato que a gente tem é durante a consulta e durante a consulta a gente fala assim: "o senhor tá obeso e tem que fazer isso e isso" mas não tem como a gente elaborar muito sobre isso. De início **quando eu ainda tava desapegado da meta, eu fazia uma orientação um pouquinho melhor**: "Que horas o senhor acorda? Que horas o senhor vai dormir? O que o senhor come de manhã? O que o senhor almoça? Que horas janta? Come alguma coisa no meio da manhã no meio da tarde? O que que é?". Fazia um cardapiozinho, desenhando um receituário para o paciente poder ver, dividi o prato na metade, divide a metade da metade, umas orientações meio da cabeça assim, nada muito elaborado, porque é uma coisa para eles conseguirem lembrar, **mas acaba que na consulta de 15 min não dá**. Eu via que esses pacientes que atendia no início, muitos deles conseguiram ter resultado de perda de peso, redução de pressão, controle de diabetes e eles referem que foi muito bom que eles ensinam os outros a fazer do mesmo jeito. Aí eu até sinto um pouco mal quando vem um paciente hoje eu não vou conseguir fazer isso porque eu tenho os 15 min e ser muito apegado na produção".
>
> Pesquisadora: "Mas porque mudou isso?"
>
> M3: "Então, porque nos primeiros meses, eles têm uma tolerância porque você tá começando então "Ah você tá começando…", nunca me falaram da estratégia e tal, no primeiro mês, nem agenda eu tinha direito, a agenda era um negócio meio abstrato, então eu tinha mais flexibilidade e mesmo assim era "Ah mas você não bateu a meta né, mas você tá começando então ok". Então **quando acabou a tolerância, ai a coisa ficou mais complicada. A gente começa a cortar as coisas.** Então assim, isso era uma coisa que eu fazia com todos os pacientes sobrepeso e obeso eu fazia essa orientação, cortei. Então por exemplo, eu fazia o exame físico mais completo, ausculta cardíaca, avaliava abdômen, apalpava, ai cortei. **Agora só direcionado para queixa, por exemplo o paciente que não é hipertenso, não é diabético, veio com queixa de dor no ombro, eu só faço exame do ombro**, eu faço os dois ombros, tem gente que só faz do ombro com dor. Fica uma coisa bem

> focada, bem pronto socorro mesmo, eu acho que isso é uma das coisas que não acho muito legal". (grifo próprio)

Por mais que o médico recém-formado tivesse a intenção de praticar uma clínica mais integral, o modelo da produtividade impregnado na AB do município atravessou seu processo de trabalho e consequentemente sua prática de cuidado. Diante da necessidade do usuário e considerando que o cuidado na ESF é ao longo da vida, talvez realmente não haja a necessidade de abordar a questão alimentar em todas as consultas; entretanto, a impossibilidade dessa prática determinada pelo tempo de consulta, mesmo com a necessidade detectada pelo profissional de saúde, pode secundarizar as ações ligadas a alimentação.

As questões mais agudas tendem a ser mais olhadas e tratadas, lógica que se aproxima mais do modelo biomédico do que de um modelo de cuidado mais ampliado e integral, que se propõe a promover saúde e prevenir doença. Matuda et al (2015) apontam em seu estudo que a busca pela produtividade também influencia na forma de interação entre os profissionais, gerando tensões entre uma prática interprofissional mais colaborativa e uma prática mais tradicional centrada em procedimentos.

A queixa sobre o tempo de consulta foi mais presente entre os médicos do que entre as enfermeiras. Em contrapartida, a rotatividade médica apareceu mais entre as enfermeiras, como uma dificuldade para a organização do processo de trabalho e como fator de sobrecarga dessas profissionais. A dificuldade de fixação de profissionais médicos na AB já é bastante conhecida e discutida na literatura. A precariedade das condições de trabalho, a sobrecarga de trabalho, o número elevado de atendimentos, os problemas estruturais, a pouca valorização dentro da categoria médica, a pouca autonomia para atuação, a baixa resolutividade das ações e uma rede deficitária de suporte nos outros níveis de atenção à saúde são alguns dos fatores que justificam essa rotatividade (BOURGET, 2019; CAMPOS e MALIK, 2008; ALBUQUERQUE ET AL, 2017)

Os dois médicos que permaneceram durante todo o período do trabalho de campo, relataram que não pretendiam continuar nesse trabalho por muito tempo. Eles relataram que por mais que a ESF seja um espaço de muito aprendizado, especialmente para os profissionais recém-formados, a falta de plano de carreira, o distanciamento do perfil para esse trabalho e a

baixa valorização social e financeira dentro da categoria médica, são pontos que tiram o interesse no trabalho:

> Pesquisadora: "Uma curiosidade, porque ficar na atenção primária não é tão interessante para os médicos?"
>
> M2: "Então, você já deve ter conversado com o colega, ele também não quer ficar na atenção primária, porque é uma área que suga bastante, **não tem como crescer como profissional,** se você pegar clínica médica, eu tenho colegas que fizeram, estão fazendo medicina da família, não me recordo agora se são 2, 3 anos, já sai médico da família, também não sei se ele consegue fazer alguma pós em outra coisa, preciso estudar isso, ver isso mais profundamente, mas **vamos supor, entra na clínica médica, faço 2 anos de clínica médica, mais 2 anos de cárdio, dá pra fazer mais 2 anos de arritmia ou ECO, então já conseguiu alavancar sua carreira, sua experiência lá pra cima, virou especialista do especialista, aqui a gente fica muito generalista**, aqui fica muito **refém das especialidades**, a gente faz algum diagnóstico a gente precisa do especialista para bater o martelo e resolver, então a **gente não resolve muita coisa, a gente resolve, lógico, mas precisamos do especialista**, sem contar que a **remuneração não é aquelas coisas**, em comparação a especialista, que é bem mais remunerado. Ganhamos bem em relação às outras profissões, recém-formado ganha muito bem, mas em relação aos nosso pares, a gente não ganha tão bem assim. E é mais por característica do profissional, eu tenho colegas da minha sala que, você olha para ele, não é nem pela aparência nada, mas o perfil e já vê que vai ser médico da família, eu acho que não é só querer ser médico da família, eu acho que a medicina da família te escolhe, e perfis também".
>
> "Então não sei, **eu gosto muito da estratégia, da medicina de família, mas eu acho que como carreira não é uma coisa que eu pretendo seguir muito nao** sabe? (...) Mas talvez tenha também a questão de necessidade, uma vez que você se forma, tem duas opções: ou vai fazer prova de residência, ou vai trabalhar. Se trabalhar tem que ter residência, ou [trabalhar] como generalista, ai você vai cair ou na saúde da família, ou na urgência e emergência. Então essas são as duas coisas que podem acontecer. **Teoricamente o médico da saúde fica na UBS e o emergencista na emergência, só que tem esse limbo recém-formado que a gente fica meio perdido**. Ai eu gosto de urgência e emergência, mas se eu ficar nesse pique todo dia eu vou ficar maluco, então como eu já tenho esse negócio de ser mais tranquilo, eu vim pra estratégia" (M3 - grifos próprios).

Como efeitos dessa rotatividade, temos a sobrecarga dos trabalhadores que seguem no serviço e uma quebra de vínculos de cuidado dos usuários e consequentemente da efetivação

de um cuidado longitudinal. A mudança constante do profissional médico também gera a quebra do trabalho em equipe, sendo necessária uma constante repactuação e reorganização do processo de trabalho (BOURGET, 2019). Durante o tempo de campo, foi possível verificar que existia uma rotatividade elevada e dificuldade de contratação de profissionais médicos na UBS. A incompletude das eSF gerava sobrecarga para os médicos que estavam na unidade e especialmente para as enfermeiras das equipes que estavam sem médicos, que tinham que negociar um espaço na agenda dos profissionais médicos para atendimento de casos mais urgentes. No final do período de campo, a médica E1 saiu da unidade. Em entrevista, a enfermeira E5, que era da mesma eSF da médica, relatou como a falta de médicos alterou sua rotina de trabalho e produzia angústias tanto pela forma de condução dos atendimentos quanto pela não assistência de parte da população:

> "A rotina é o agendamento porque o enfermeiro precisa atender 156 consultas no mês, **mas por conta da falta dos médicos, que sempre tá ocorrendo,** você acaba pegando dia de RTA (Recepção técnica acolhedora), que cada enfermeiro tem 1 dia e você acaba atendendo não só no seu dia do RTA, mas nos outros dias também. Muitos acolhimentos e isso desestrutura um pouco, porque você tem sua agenda programada, com as pessoas agendadas, devem ser bem assistidas e avaliadas, e por conta do número grande de acolhimentos, você acaba precisando fazer as coisas mais rápido um pouco pra funcionar né, isso causa um pouco de angústia" (E5).
>
> "(...) **Quando tem o médico você consegue dividir, quando não tem médico a agenda dobra**, enche mais rápido, porque todo mundo quer passar com enfermeiro, só que eu não tenho autonomia para fazer exame, então eu tenho que marcar com outro médico, de outra equipe, assim acaba demandando um número grande (de atendimentos), porque já estavam faltando médico e agora quase eu não consigo vaga para a minha equipe para poder agendar" (E5).

A mesma enfermeira também relatou que a falta de flexibilidade na jornada de trabalho dos médicos era um dos motivos que dificultava a permanência desses profissionais:

> "Então, porque antes, eles pegavam o médico que tinham no programa uma parceria, eles tinham que pegar o médico 40 horas semanais, mas eles tinham o chamado pactuação, ele poderia trabalhar nesse dia no AMA, no hospital, ou as vezes ele tinha consultório, e ele ia fazer as consultas dele, tinha mais flexibilidade" (E5).

Segundo seu relato, no começo de sua carreira (há 15 anos) existia certa flexibilidade na gestão do trabalho do médico, ou seja, por mais que o contrato fosse de 40 horas, esses

profissionais podiam cumprir esse horário em outros serviços, e isso segundo a profissional foi um dos fatores que contribuiu para a permanência de um médico que trabalhou 8 anos com ela na unidade. Quando essa flexibilidade acabou o médico saiu e desde então, outros 5 profissionais médicos passaram pela sua equipe. Informação esta, que vai de encontro com os dados encontrados na pesquisa de Borget (2019), que aponta que a carga horária de 40horas/semanais como um dos fatores que influencia o desligamento precoce dos médicos na AB.

Os atravessamentos apresentados anteriormente são apenas alguns dos fatores que interferem na organização do processo de trabalho na AB e consequentemente no cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade da UBS estudada. O modelo de gestão adotado na AB, o subfinanciamento do SUS e a precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que se intensificam as formas de controle sobre esse trabalho, refletem o momento histórico que vivemos, de restrição de investimento financeiro em políticas sociais para minimização dos danos gerados ao capital. Nesse contexto, a responsabilização de um único setor e seus trabalhadores para o enfrentamento de um complexo cenário de obesidade parece ser insuficiente.

Os profissionais, a partir da hipótese de ocupação de um cargo de mais poder como a presidência da república (penúltima pergunta da entrevista), levantaram sugestões para o enfrentamento da obesidade. Dentre as sugestões no setor saúde destacaram-se: qualificação dos grupos já existentes e elaboração de mais grupos dentro da UBS, como grupo de caminhada; maior investimento nas hortas dentro da unidade de saúde como uma via de educação alimentar e nutricional; mais espaços de capacitação dos profissionais de saúde sobre obesidade; contratação de mais profissionais de saúde, especialmente profissionais do NASF como nutricionista e educador físico; construção de uma rede de atenção secundária destinada ao cuidado e acompanhamento dos casos com obesidade.

Fora do setor saúde as sugestões foram: acesso à educação de qualidade para todos; educação alimentar e nutricional nas escolas; mais investimento na alimentação escolar; maior intervenção do Estado para regulação da alimentação do trabalhador, com fornecimento de alimentação mais saudável nas empresas; geração de emprego e renda para acesso a alimentos

de melhor qualidade; educação alimentar e nutricional na mídia com a promoção de hábitos alimentares mais saudáveis através de propagandas; investimentos em equipamentos públicos para a realização de atividade física.

As sugestões apresentadas demonstram que os profissionais compreendem a obesidade como resultado de múltiplos fatores e que as atividades desenvolvidas para o enfrentamento do cenário de aumento da obesidade no país precisam passar por melhorias no setor saúde e fora dele. Apesar dessa compreensão, os profissionais transparecem o sentimento de ter pouca ou nenhuma governabilidade sobre essas sugestões. Diante dessa constatação, salta aos olhos a ausência da menção da participação social dos usuários e dos próprios profissionais como agentes políticos de transformação.

A UBS estudada fica localizada na região que foi berço do Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL) desde o final da década de 1960. O movimento, liderado por mulheres, teve início nas paróquias da região com reivindicações ligadas principalmente à criação de novos centros de saúde na região e melhorias na assistência à saúde de sua população. Ao longo dos anos, "expandiu-se até a reivindicação de espaços para influenciar, diretamente, na alocação dos recursos financeiros públicos na área da saúde e na escolha do modelo assistencial de prestação de serviços de saúde" (BÓGUS, 1997, p. 19). O movimento que tinha em suas bases teóricas a compreensão sobre o processo de determinação social da saúde-doença, foi uma das experiências pioneiras de organização comunitária e de ocupação de espaços deliberativos no período pré Constituição de 1988 e criação do SUS (BÓGUS, 1997).

Os conselhos de políticas públicas, criados no período da redemocratização do país, seriam uma forma de reduzir o distanciamento e construir um canal de comunicação entre o governo e os movimentos sociais para a implementação e execução das políticas (BÓGUS, 2009). Os conselhos compostos por conselheiros representantes da gestão (25%), dos trabalhadores (25%) e dos usuários (50%) representam os interesses do seu segmento a partir do conhecimento das realidades locais. No setor saúde, mais especificamente na AB do município de São Paulo, em cada UBS existe um Conselho Gestor de Saúde. De caráter deliberativo e permanente, o órgão colegiado tem a "função de planejar, avaliar, fiscalizar e

controlar a execução das políticas e das ações de saúde. Portanto, atua no planejamento das ações a serem desenvolvidas nas Unidades de Saúde do território e na Supervisão Técnica de Saúde" (p.12) e "a principal função do Conselho é a de participar da gestão da unidade, entendendo que essa gestão deve ser participativa e compartilhada" (p.14) (SÃO PAULO, 2016).

Estudos apontam que existem limites nestes conselhos no que diz respeito à baixa participação de usuários e desarticulação comunitária, desconhecimento das responsabilidades dos papéis no conselho e baixa resolutividade das ações. Produzindo, por muitas vezes sobreposição dos interesses particulares aos coletivos e burocratização do espaço deliberativo (FERNANDES, SPAGNUOLO e BASSETTO, 2017; BUSANA, HEIDEMANN e WENDHAUSEN, 2015).

Na UBS Jardim São Nicolau, o conselho gestor era ativo e estava dentro dos parâmetros apresentados anteriormente. Durante a vivência no campo, acompanhamos a eleição do conselho gestor do próximo período e uma das reuniões feita com um representante da empresa responsável pelos ônibus da região e representantes da prefeitura, onde discutiram a necessidade de ônibus nas ruas próximas a unidade, para facilitar o acesso à UBS. O conselho gestor e as reuniões configuram-se como espaços teoricamente mais abertos à proposições coletivas de gestão local entretanto existe a assimetria de poder entre os participantes.

Apesar da existência formal desse colegiado, o cenário de mobilização social que encontramos hoje na região se difere daquele do período de ascensão das lutas democráticas vivenciado anteriormente. Em relação aos profissionais de saúde, a mobilização política desses trabalhadores pareceu estar limitada ao espaço do colegiado e burocratizada. Em algumas falas, o aparecimento do sentimento de impotência para as mudanças na organização do trabalho e a ausência de sugestões para o enfrentamento da obesidade que incluíssem os usuários como atores políticos podem ser sintomas de como a esfera política e de mobilização estão distanciados do dia a dia de trabalho na AB.

Kezh, Bógus e Martins (2016), ao discutirem os entraves à participação social de representantes dos trabalhadores no conselho municipal de Guarulhos, São Paulo,

argumentam que, além desses representantes serem de perfis diversos (trabalhadores que estão na assistência direta, representantes de categorias profissionais, gestores locais, entre outros), existe uma expectativa que esse local de representação seja ocupado por um perfil de profissional com maior conhecimento técnico-científico, o que pode contribuir na inibição de uma representação mais política.

Apesar de ser um cenário distinto do campo estudado, essa experiência nos mostra um pouco a complexidade do espaço que os trabalhadores de saúde ocupam, o "entre". Apesar de serem parte dos representantes do poder público, vivenciam na prática do cuidado e no encontro com os usuários as contradições entre a intencionalidade do desenvolvimento de algumas iniciativas, a compreensão da complexidade do processo de saúde doença e os limites impostos pela lógica de gestão do serviço. Ao mesmo tempo, estão submetidos a um modelo de contratação frágil em relação aos estatutários, pressionados pela lógica de desempenho, pela organização da agenda de trabalho com sobrecarregada de atividades programadas assistenciais. Além disso, por vezes os trabalhadores não moram próximo ao local de trabalho.

Por esses motivos, é compreensível que exista um distanciamento da esfera política do trabalho. Além desses aspectos, a formação dos profissionais e o perfil desses trabalhadores também são fatores centrais que influenciam em uma prática em saúde engajada politicamente.

Vimos que as atividades desenvolvidas na realidade da UBS Jardim São Nicolau englobam ações de tratamento, promoção e prevenção do sobrepeso e obesidade, especialmente através das consultas e dos grupos. Por outro lado, a potência desse trabalho é reduzida pela lógica de organização imposta para a ESF no município. Com um histórico de flexibilização da forma de contratação dos profissionais e pautada na busca por melhor utilização dos recursos financeiros, essa organização conduz os trabalhadores de saúde à uma prática de cuidado fragmentada, protocolar e voltada para o cumprimento das metas de produção estabelecidas. Os profissionais de saúde têm pouca autonomia e tempo para a definição do seu processo de trabalho, para domínio do objeto de trabalho e sua finalidade. Por esse motivo, acabam sendo reprodutores de práticas pré determinadas.

5.3 AS CONTRADIÇÕES ENTRE A CONCEPÇÃO DO FENÔMENO OBESIDADE E A REALIDADE DAS PRÁTICAS DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A (IN)SATISFAÇÃO DE TRABALHADORES COM OS RESULTADOS DO TRABALHO

Esta seção pretende dialogar com os resultados apresentados nas duas seções anteriores e discutir as contradições que são produzidas na ESF pelo descompasso entre a compreensão que os profissionais detêm sobre a obesidade e a forma como organizam o seu processo de trabalho. Quais são os impactos na (in)satisfação dos profissionais? Em que medida essa (in)satisfação afeta a qualidade da prática de saúde realizada na ESF e consequentemente no cuidado das pessoas com obesidade?

O trabalho como elemento central na sociabilidade capitalista e via de obtenção de recursos materiais para a manutenção da vida é também espaço para a construção e expressão da subjetividade dos trabalhadores de saúde. Assim, o objetivo desta seção também é discutir a satisfação desses profissionais com o trabalho na ESF diante das mudanças no mundo laboral e da exigência de perfil de trabalhador mais flexível e adaptável.

Ao pedirmos para os profissionais nos falarem sobre algum caso de obesidade que acompanharam - o primeiro caso que viesse à cabeça deles - destacaram-se casos complexos e de obesidade mórbida que envolviam sofrimento psíquico, casos de obesidade infantil e casos de "sucesso" em que os usuários atendidos perderam peso. Após descrever a história de uma mulher que conseguiu perder peso e virou atleta, a profissional N1 demonstrou satisfação com a condução desse caso:

> "Ela acordava mais cedo, acordava no escuro, a academia abria no shopping e ela ia, aí depois toda cansada ainda ia trabalhar, que ela fazia limpeza doméstica, faz ainda. **É um caso bem bonito, eu acho que é um caso bem que é possível né, a gente mesmo tendo pouca condição é possível se a gente quiser né. Mesmo com quatro filhos….e trabalhando um monte né?"** (N1 - grifo próprio).

O caso descrito exemplifica que a conduta direcionada a uma pessoa com obesidade foi orientada para a redução do peso corporal, tanto como demanda da usuária como expectativa dos profissionais envolvidos com o caso. Isso não implica dizer que essa seja a

única intencionalidade do cuidado ofertado, já que as condutas foram diversas e muito ligadas à qualificação da alimentação. Entretanto, a mensuração de um bom trabalho parece ser mais validada pelos próprios profissionais quando culmina com a perda de peso, sendo uma fonte de satisfação profissional e êxito do trabalho realizado. No trecho anterior a profissional N1 valorizou que, mesmo diante das diversas barreiras impostas pelo trabalho e vida da usuária, ela conseguiu ultrapassar os desafios e conquistou o tão desejado "corpo e estilo de vida saudável".

Como discutimos na seção 5.1, cabe ao profissional de saúde o papel de normatizar os corpos através de intervenções para prevenção dos riscos à saúde. Assim, o trabalho em saúde muitas vezes ganha sentido para os profissionais quando existe uma resolutividade do problema apresentado; quando os usuários seguem as recomendações e prescrições feitas pelo profissional ou quando o desfecho do tratamento se aproxima do padrão mais saudável e de menor risco. As condutas descritas pelos profissionais ao longo das entrevistas demonstraram um pouco isso:

> "A maioria das vezes a gente consegue ir na parte nutricional, **perda de peso**, só que precisa ter uma força de vontade grande do paciente **tem que trabalhar muito alinhado, se não o resultado não vem" (**M2 - grifos próprios)
>
> "O paciente já é sabidamente obeso, ele se sente obeso, alguns querem ajuda já de início e outros a gente tem que trabalhar um pouco mais. Falar olha, vamos perder um pouco de peso, sua pressão tá muito elevada, vamos cuidar da alimentação, **perder peso**, isso vai melhorar sua pressão, qualidade de vida, você vai poder se sentir melhor, aquela calça apertada que não cabe mais e você vai conseguir usar ela, e já outros não querem, eu gosto assim, você tenta ofertar algo diferente, alguma ajuda e **ele é meio resistente,** grande parte, mas também tem uma boa parcela que tá a fim de ser ajudado" **(**M2 - grifos próprios)
>
> **"Mas é difícil adesão, porque é difícil, mudar hábito**, cultura porque a vida toda eu comi gordura, fritura, porque no passado minha mãe cozinhava com banha, mas aí eu costumo falar assim "então, tem uma certa época da vida que a gente comia tudo isso lá trás, mas agora a gente tem mais idade, têm um metabolismo que não funciona 100%, é mais dificultoso, você não quer viver bem? Não quer ter mais qualidade de vida? Então chegou a hora de mudar os hábitos", eu vou fazendo devagar, eu falo assim, "inclui uma fruta, come um pouquinho de arroz, de feijão, monte de salada", ainda falo desse jeito" (E4- grifo próprio).

As raízes do desenvolvimento da obesidade, determinadas socialmente, não são tomadas como objeto das práticas de saúde, que tem como parte da finalidade a mudança de hábitos de alimentação e atividade física e perda de peso. Tais práticas têm potencial para atender apenas uma parte das necessidades em saúde dos usuários, o que leva a não adesão mencionada pelos profissionais.

Consequentemente, ambos se frustram por não conseguirem atingir a meta estabelecida. Os usuários por vezes sentem-se culpados, mesmo que muitas vezes nem tenham participado do estabelecimento da meta; e os trabalhadores frustrados por não responderem o que lhes foi colocado como finalidade do seu trabalho: a mudança do comportamento do usuário. A fala da enfermeira E1 demonstrou um pouco isso:

> **"Eu me sinto chateada por ele não fazer,** mas eu não deveria me sentir porque é uma resposta dele para ele mesmo. Tem pouquíssimos casos que a pessoa não compreende mas a grande maioria dos casos a pessoa sabe que aquilo não tá fazendo bem para ela mas ela olha para você, nos seus olhos, e fala assim: 'mas nesse momento é o que me deixa feliz'. **O profissional consegue chegar até tal lugar,** mas assim o importante é que você vai também ser assim, que a pessoa entende que aquilo não tá fazendo bem para ela mas naquele momento ela não tem uma outra coisa que vai fazer tão bem pra ela quanto comer, quanto não sair de casa e **a gente vai tentando fazer com que ela faça diferente**" (E1 - grifo próprio)

O estudo de Burlandy et al (2020), aponta os desafios do modelo assistencial biomédico, ainda fortemente presente na ESF, para lidar com a obesidade. Destaca que a dificuldade de adesão ao processo terapêutico no tratamento da obesidade produz frustrações nos profissionais de saúde, ligadas à sensação de impotência e ao despreparo para lidar com esses casos. Os achados demonstram que existe um paradoxo proferido pelos profissionais, que compreendem a obesidade como resultado de uma complexa rede de fatores e ao mesmo tempo indicam que a baixa adesão dos usuários é decorrente da falta de responsabilização na mudança de hábitos alimentares (BURLANDY et al, 2020).

Os resultados apresentados no artigo de Burlandy et al (2020) coincidem com alguns dos achados desta dissertação. Os profissionais entrevistados na UBS Jardim São Nicolau apesar de reconhecerem a complexidade do fenômeno da obesidade, reproduzem práticas de cuidado focadas em mudança de comportamento e com a responsabilização individual. Nesse

sentido, as frustrações produzidas são decorrentes do processo de trabalho que toma como objeto o peso dos indivíduos e não as necessidades do grupo social atendido na UBS.

Apesar das frustrações, os trabalhadores demonstraram que reconhecem diversos pontos positivos do trabalho na ESF. Alguns profissionais destacaram o vínculo com os usuários e o cuidado longitudinal como elementos que dão sentido para o trabalho:

> "Eu brinco aqui com as meninas (ACS), elas falam 'Nossa, mas a gente tá orientando sempre', e eu digo 'Vocês vão ser eternas orientadoras, vocês vão orientar até o última dia de vida, porque a gente tem que passar a informação, e **a gente não vai cansar nunca'**, **'ah mas que trabalho de formiguinha', ai eu falo 'formiguinha manca'**, porque ainda tá com dificuldade de adesão do pessoal" (E4 - grifos próprios).

> "Tão bacana quando você vê que no fim do mundo desse, tem gente que nem imagina que existe, **mas se fizer diferença na vida de 1, de 2, já é alguma coisa**, então eu não me vejo fazendo outra coisa, tem muita oportunidade nessa área, mesmo que seja **um trabalho de formiga**, aos poucos você vai chegando, mas é gratificante. Você vê que eu não paro um minuto mas quando **eu vejo esse retorno, é muito gratificante**, você saber, orientar, todos os grupos que eu faço planejamento familiar, eu falo, explico um monte de coisa, eles saem e falam que não sabiam daquilo e eu falo que eles são multiplicadores, tem que falar para o idoso, adolescente que ta em casa, que tema unidade de saúde, **ficou com dúvida, tem que vir aqui,** de todos os fatores, então eu gosto de ser enfermeira e passar essas coisas para as pessoas" (E5 - grifos próprios).

Os médicos destacaram a resolutividade nas ações e o funcionamento adequado da rede de atenção à saúde como elementos positivos:

> "Eu acho que o SUS é um sistema muito interessante, nesses moldes no Brasil, acho que poucos países têm, lógico você pega países da Europa, a demanda é diferente, não tem uma demanda social muito grande, a gente não tem o índice de desemprego que tem aqui, os problemas, de fome, de miséria, então as demandas são outras, a gente consegue ajudar bastante gente, mesmo com os problemas que o SUS tem, **a gente consegue ajudar muita gente,** eu **hoje recebo muitos retornos aqui finais felizes,** a gente faz diagnóstico de neoplasia, tem um resultado bom no setor secundário e terciário, que são hospitais, a gente consegue vagas, encaminhar, as coisas acontecem no SUS, muitas vezes a população reclama, reclama, mas São Paulo, eles reclamam de barriga cheia, na minha região, (nome da cidade), é extremamente precária a saúde pública, ao ponto de faltar medicação. Aqui você prescreve esses remédios para hipertensão, diabetes, os comuns não faltam, se faltar nas farmácias, vão encontrar em outras aqui perto, então a gente tem tratamentos, recursos, era para ter mais, mas a gente já entra em outro assunto, política e não vamos sair daqui hoje, mas acontece, SUS tá me

> surpreendendo eu não tinha esse conhecimento do quão bom o SUS é, muito bom, gente que vem de plano de saúde, **elogiando nosso atendimento aqui**, que lá demorava mais do que aqui, algumas coisas, aqui a gente pede um exame, paciente vem recolher amanhã cedo, consigo ver ele na tela do meu computador em 1, 2 dias" (M2 - grifo próprio).
>
> "Então tem duas coisas, tem a questão que eu acho que é interessante mesmo, da saúde pública, da **oportunidade que você tem de ser resolutivo, você resolver grande parte dos problemas, não só doenças, os problemas mais no geral, atenção primária, ser um pouco invasivo,** é uma coisa q eu acho interessante" (M3 -grifo próprio).

Por fim, o trabalho em equipe também foi apontado como um ponto positivo:

> "Acho que a **estratégia é legal porque é um trabalho mais multidisciplinar, tem equipe, possibilidade de discutir caso, os pacientes voltam a gente vê um dia se eles têm alguma dúvida** e eu sou muito sincero, a não sei, não tenho ideia do que pode ser isso, **você pode voltar na semana que vem e eu dou uma lida, estudo em casa, converso com colega e a gente resolve.** e eu acho que isso é legal na estratégia, a gente tem mais flexibilidade, tem um jogo de cintura e resolver algumas coisas que em outros momentos você não teria, como num consultório, num PA, não seria tão fácil de resolver, e aqui tem os agentes comunitários, então, por exemplo eu vi um exame de um paciente que eu pedi e chegou pra mim uns exames alterados. Tem como você pedir para seu indivíduo a gente vai na casa, tem vezes que deu alteração no exame, então é legal ter essa questão de ser mais flexível com tudo, com a agenda, acho isso legal" (M3 - grifo próprio).

O reconhecimento de pontos positivos do trabalho não anula os desafios que ainda precisam ser enfrentados para a melhoria das condições de trabalho na ESF. Ao falarem suas percepções do trabalho, os profissionais de saúde sinalizam uma falta clareza ou falta de domínio sobre o processo de trabalho na ESF. Por exemplo, vários profissionais afirmam que na ESF "se vê de tudo", "se faz de tudo", "se atende de tudo". Fica evidente que os profissionais ficam apartados da compreensão da totalidade do trabalho e dos limites dele. Reproduzem o discurso da necessidade da polivalência do trabalhador em vez de falarem sobre a exploração a que estão submetidos, e por vezes apresentam uma ideia romantizada e idealizada do trabalho como "formiguinhas mancas" que não devem se cansar nunca.

Em seu artigo, Vieira e Chinell (2013) questionam a "vertente analítica que enfatiza o cotidiano de trabalho como instância privilegiada de superação das contradições que hoje

caracterizam o campo do trabalho e da educação no SUS" (VIEIRA e CHINELLI, 2013, p.1591) e abordam as consequências das mudanças no mundo do trabalho sobre os trabalhadores técnicos. As políticas de desprecarização das relações de trabalho no SUS, como "Política de Educação Permanente em Saúde" e "Humaniza SUS", foram criadas no começo dos anos 2000 com o intuito de contribuir para a valorização dos trabalhadores do SUS por meio de fortalecimento da formação para o trabalho, participação desses trabalhadores na tomada de decisão e qualificação do processo de trabalho. Entretanto, ao longo dos anos têm se mostrado limitadas e ineficazes para alterar as relações de trabalho no SUS, e, ao contrário, têm reforçado a responsabilização dos trabalhadores de saúde sobre sua satisfação com o trabalho:

> "ambas as políticas, ao operarem com a perspectiva de reforço das possibilidades da micropolítica no ambiente de trabalho, acabam por enfatizar que o grau de satisfação/insatisfação no trabalho depende, em grande medida, da própria atuação dos trabalhadores. No entanto, quando esse discurso ganha uma dimensão mais ampla, pretendendo transformar o sistema de saúde como um todo, o resultado é o deslocamento da realidade concreta na qual os trabalhadores se inserem, minimizando as tensões, constrangimentos e limites que atravessam a situação real em que os encontros entre trabalhador-usuário acontecem. As políticas vêm sendo conformadas em um intenso contexto de disputa e se insere em uma conjuntura bastante desfavorável à ampliação dos direitos sociais" (VIEIRA e CHINELLI, 2013, p.1594).

Complementam apontando que o trabalho em saúde, por ser uma atividade que depende majoritariamente do trabalho vivo[19], também incorporou o modelo de competência na sua base teórica ideológica, ou seja, para além dos saberes técnicos, os trabalhadores de saúde precisam desenvolver habilidades de lidar com a imprevisibilidade do trabalho e suas condições. O novo paradigma produtivo, reforçado nas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde no SUS, centra a organização do processo de trabalho na necessidade do usuário, exigindo do trabalhador da saúde a capacidade de trabalhar em equipe, de forma humanizada e solidária, mesmo nas mais adversas condições de trabalho (VIEIRA e CHINELLI, 2013). Entretanto, a ênfase dada às necessidades dos usuários muitas vezes

[19] Trabalho vivo: conceito que se refere a um tipo de trabalho em que tem predomínio do trabalho humano e relacional sem a necessidade de submissão à uma maquinaria (MARX, 1994b).

secundariza as necessidades dos trabalhadores de saúde ligadas às condições de trabalho e formação profissional, forjando um perfil de trabalhador altruísta:

> "Tudo se passou e ainda se passa como se esses trabalhadores fossem portadores de uma solidariedade e um altruísmo imanentes que deveriam levá-los a engajar-se em políticas e programas supostamente capazes de reduzir o imenso déficit sanitário do país e, assim, contribuir para colocá-lo definitivamente no rumo do desenvolvimento" (VIEIRA e CHINELLI, 2013, p.1596).

Por fim, discutem que a efetivação do SUS como preconizado na reforma sanitária precisa de políticas que promovam primeiramente melhorias nas condições de trabalho, formação e reconhecimento dos trabalhadores de saúde para assim consequentemente se aproximar das necessidades dos usuários atendidos (VIEIRA e CHINELLI, 2013).

Apesar de não serem a via única para a mudança nas relações de trabalho no SUS, as iniciativas de formação de profissionais de saúde da AB representam um esforço para melhoria nas condições de trabalho e qualificação da AB. A revisão feita por Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016) demonstrou que ainda é um desafio o modo como as atividades formativas são realizadas no país, com enfoque nas doenças e com a valorização do conhecimento especializado em detrimento de uma formação focada na "dimensões subjetivas, preventivas e sociais para a prestação do cuidado" (ARANTES, SHIMIZU E MERCHÁN-HAMANN, 2016, p.1503). Apontam a necessidade de uma formação que considere a complexidade social/econômica/cultural brasileira e seja capaz de contribuir com a articulação do setor saúde com outros setores a fim de produzir ações que impactem na determinação social da saúde.

Além da necessidade de uma formação mais ampliada e crítica sobre a necessidade dos usuários, como apontada pelos autores, é relevante destacar que essa formação precisa ser atrelada a efetiva valorização de espaços de participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão sobre o seu processo de trabalho, com mais tempo destinado a educação permanente no dia a dia do serviço, bem como mais investimento na melhoria das condições gerais do trabalho.

Na lógica de trabalho baseada em desempenho individual, produtividade e técnica, os espaços de formação parecem ser secundarizados. Na UBS estudada, vimos que o tempo destinado à educação em serviço ocupa um espaço reduzido na agenda dos profissionais, especialmente dos médicos. Segundo os profissionais entrevistados os cursos e capacitações que incluíam a temática da obesidade ainda eram poucos e pontuais. Os relatos trouxeram perspectivas diversas:

> "Para obesidade infantil sim. Obesidade adulto não. Isso a gente aprende no dia a dia, aprende até com ela (nutricionista) também, lembrando, a nutricionista já falou em reunião" (E4).

> "Olha, eu fiz bastante (cursos), eu fui em bastante palestra, mas de obesidade em específico não lembro assim de nada. Mas teve já falando de doenças crônicas de uma maneira geral, mas quando fala muito em doenças crônicas eles focam em diabetes e pressão alta" (N1).

> "Pra mim não, mas a nutricionista tá sempre realizando algum curso, o CREN é muito atuante aqui, então eles oferecem bastante espaço, não para mim, mas poderia ter" (N2).

> "Eu já tive vários, do CREN, com crianças, há um tempo eu fiz um [quando era a outra OSS] de endocrinologia, falando sobre o risco, como tá a obesidade no mundo no século XXI, eu já fiz algumas coisas assim e eu sempre tô envolvida com as nutricionistas, agora isso faz um tempo. O último que eu fiz foi ano passado que nós trabalhamos com a parte da criança no CREN e continua nesse processo, e continua nesse processo, ainda não finalizamos essa capacitação, estamos desenvolvendo" (E5).

> "Não tive capacitação para pessoa com obesidade. Eu tive capacitação em outros temas né? Por motivos que eu não sei, eu imagino que tenha pressão até político por transformar as UBS em espaço que consegue absorver algumas demandas de urgência" (M3).

De forma geral, os profissionais relataram que no período mais recente as capacitações estavam mais ligadas à obesidade infantil, ao tratamento de doenças crônicas ou ao atendimento de urgências. Além disso, que a mudança da OSS responsável pela UBS também alterou a frequência de cursos, que segundo os profissionais são mais raras. As falas demonstraram também que as formações sobre a temática da obesidade são seletivas, ou seja, apenas alguns profissionais participam, com priorização para a nutricionista do NASF e algum representante da enfermagem. Por esse motivo foi referido que a troca de informações

técnicas e a formação dos outros profissionais acontecia no dia a dia do serviço, com as capacitações internas nas reuniões de equipe ou reuniões técnicas.

A realidade do serviço estudado, juntamente com a reflexão apresentada no artigo Vieira e Chinelli (2013), revela pontos relevantes de discussão. A mudança no mundo do trabalho exige dos trabalhadores, incluindo os da saúde, um perfil dinâmico, flexível, multifuncional e com qualidade técnica que consiga produzir resultados nessa nova dinâmica organizacional. Isso é dizer que se espera um perfil capaz de ser produtivo mesmo nas mais precárias condições de trabalho, sendo o cumprimento dessa condição um marcador da qualidade do trabalhador. Em outras palavras, um trabalhador que se distancia ou não consegue se adaptar ao trabalho em saúde baseado na competência individual tem menor reconhecimento do seu trabalho. Chiavagatto e Navarro (2012) discutem essa ideia e apontam que as pessoas que não se adaptam ao mundo competitivo do trabalho são excluídas do modelo de sucesso e realização pessoal.

Não é que o trabalhador deva desenvolver seu trabalho restrito à técnica, sem se adaptar às condições materiais existentes no trabalho. Pelo contrário, um trabalho crítico, criativo e que responda às necessidades da população pode ser favorecido por condições de trabalho favoráveis, com seus aspectos organizacionais, de formação e de valorização profissional. Entretanto, exigir essa competência do trabalhador com condições insuficientes produz um cuidado insuficiente e por vezes deshumanizado.

Souza (2015) corrobora com essa reflexão ao fazer uma crítica à teoria da micropolítica do trabalho vivo de Mehry. Contrapõe-se a ideia de que o trabalho em saúde seja um espaço privilegiado para as disputas políticas e mudanças no processo produtivo capitalista, já que os sujeitos envolvidos no ato do cuidado, profissional e usuário, estão submetidos a condições desumanizantes e alienadas em seu processo de trabalho. O trabalho em saúde não segue uma lógica própria, mas reproduz a lógica geral do trabalho, mesmo que o produto desse trabalho seja imaterial, através do cuidado em saúde:

> "A produção imaterial permanece como resultado do trabalho humano formatado como uma mercadoria na sociedade capitalista e sujeita a tal lógica. Não causa surpresa as formas flexíveis de precarização e intensificação que os trabalhadores da produção imaterial são submetidos no conjunto das atividades dos serviços e especialmente no segmento da saúde.

> Tanto o fato de ser imaterial quanto relacional não implica que a atividade laboral terá poder de maior liberdade e será detentor de caráter emancipatório, pois a produção do cuidado é intangível e relacional, porém, isso não significa que não componha o rol de mercadorias na sociedade e que o trabalho vivo se sobrepunha à subsunção do trabalho abstrato" (SOUZA, 2015, p. 96).

Assim, contraditoriamente, quanto maior a dedicação dos profissionais de saúde para suprir as necessidades dos usuários, maior a chance de adoecimentos, absenteísmo e desgaste ao lidar com os usuários. Em outras palavras, o cuidado desumanizado é prioritariamente resultado das relações capitalistas de produção, fortemente marcadas pela exploração e alienação do trabalho.

> "Desse modo, não existe uma frieza padronizada no atendimento, existe um caráter contraditório, pois os mesmos trabalhadores compromissados, solidários e humanistas são os mesmos desgastados, adoecidos e tensos, alterando a qualidade de seu trabalho. Não cabe à pesquisa quantificar a força de trabalho que se encaixa em um perfil ou em outro, entretanto, assumimos que outras componentes de ordem cultural, educacional, inclusive, individuais forjarão atitudes dos profissionais que se realizam enquanto humanos e se relacionam os usuários nessa perspectiva, porque o caráter contraditório do trabalho de criação e realização humana e, ao mesmo tempo, exploração-estranhamento persiste" (SOUZA, 2015, p. 100).

Nos campos de saúde coletiva e saúde do trabalhador, Laurell e Noriega (1989) abordam a produção de padrões de desgaste dos trabalhadores nos mais diferentes tipos de trabalho. Esse padrão está ligado ao tipo de processo de trabalho estabelecido, ao processo de valorização desse trabalho e às cargas de trabalho. As cargas de trabalho são entendidas como as exigências sobre a organização do trabalho e sobre o trabalhador, tanto com materialidade interna (controle, tensão psíquica, etc.) quanto externa (físicas, biológicas, etc.). A correlação entres essas cargas gera no corpo do trabalhador uma necessidade de adaptação e possivelmente um comprometimento das capacidades biopsíquicas efetivas ou potenciais para desenvolvimento do trabalho, podendo gerar desgaste ou adoecimento.

Nesse sentido, a falta de funcionários, o excesso de atribuições e a carga horária elevada podem ser elementos que geram o aumento da carga de trabalho dos profissionais da UBS estudada. Outros elementos ligados à gestão do trabalho, como avaliação por produtividade e controle excessivo sobre o trabalho foram abordados na seção anterior. Todas

essas cargas influenciam na forma como os profissionais trabalham e consequentemente no cuidado ofertado às pessoas com obesidade.

O déficit de médicos nas equipes e a diferença no tempo de permanência no trabalho, especialmente entre os médicos e as enfermeiras, foram pontos que chamaram atenção na análise dos dados. Vale ressaltar que a carga horária de trabalho de todos os profissionais entrevistados era de 40 horas semanais, sendo a maioria do sexo feminino, com exceção dos médicos. As enfermeiras eram as profissionais com mais tempo de trabalho na atenção básica. Os trabalhadores relataram que a rotatividade de profissionais tem influência sobre a continuidade do cuidado das pessoas com obesidade na UBS e que a falta de médicos, problema vigente na UBS na época do trabalho de campo, gerava a sobrecarga das profissionais da enfermagem.

> "Desde de que eu cheguei eu tive uma médica que ficou comigo 1 mês e pediu a conta. Aí chegou (outro médico) ficou 1 mês. Eles não aguentam, pedem a conta e vão embora. **Então eu sou médica, sou tudo da equipe, só que fica bem difícil**, porque fico dependendo dos médicos das outras equipes, eles ajudam bastante, mas é bem complicado" (E3 - grifo próprio)

Outro reflexo da rotatividade médica sobre o trabalho da enfermagem está ligado às diferenças no mercado de trabalho. O médico M3, no decorrer de sua entrevista, falou sobre a cobrança pela produtividade no trabalho e os efeitos na alimentação das pessoas. Exemplifica a partir do trabalho na própria UBS, contando que as enfermeiras faziam horas extras no trabalho para conseguir dar conta de todas suas atribuições e produtividade e que isso poderia gerar efeitos na saúde dessas profissionais. Situação diferente acontecia com os médicos, que não tinham esse mesmo "hábito". Como explicação para essa situação, o profissional aponta as diferenças no mercado de trabalho para médicos e enfermeiras:

> "Pro médico não é tanto problema porque se a UBS fica sem médico é pior, mas então por exemplo, **as enfermeiras, chegam mais cedo e vão embora mais tarde**, não estão batendo o ponto para registrar essas horas que elas ficam a mais, porque elas sabem que assim, não pode fazer banco de horas né, mas ao mesmo tempo que pode a empresa não paga hora extra também, mas enfim...e pra elas é melhor entrar aqui onde elas vão conseguir, onde que o enfermeiro vai ganhar, 9 mil reais por mês, não vai ganhar em lugar nenhum então pra manter elas tão aqui, **estão fazendo isso que a coisa que com certeza tem impacto na saúde, tem impacto na vida pessoal,** é complicado. Os médicos a maioria acho que fazem o horário mais certinho,

> eu as vezes fico um pouquinho mais por causa de algum atraso com paciente e tudo, mas também não fico fazendo...por exemplo, tenho que ver os exames, eu não vou ficar aqui além do meu horário para ver os exames, eu vou ver ao longo da semana, **se eu não tiver tempo, paciência, né?** Mas **elas não, como elas tem muitas tarefas administrativas elas acabam tendo muita coisa todo dia pra fazer de papelada, preencher, lançar planilhas, lançar coisas no sistema**, tem coisas que tem que lançar duas vezes, porque tem que lançar no SIGA que é do SUS e planilha pro controle interno da empresa por exemplo, aí tem dois lançamentos, por exemplo teve a campanha de hepatite C, tem enfermeiro que ´fez 250 teste rápidos, tem que registar todos os teste, nome do paciente, cartão do SUS, data horário, tudo isso aí consome tempo que durante o dia eles não tem, aí eles ficam fazendo no trabalho, então é uma coisa um pouco difícil" (M3 - grifos próprios)

As diferenças entre o trabalho do médico e enfermeira na ESF reacendem a discussão sobre trabalho manual e trabalho intelectual (MENDES GONÇALVES, 1992) apresentada nas considerações teóricas. Ambas categorias, médicos e enfermeiras, estariam desenvolvendo um trabalho mais intelectual, ou seja, um trabalho que tem mais "poder sobre o conjunto do processo" (p.40), entretanto o trabalho da enfermagem ainda é mais manual em relação ao trabalho médico e recai sobre as enfermeiras da ESF um acúmulo de atribuições.

As enfermeiras, além do trabalho assistencial, têm dentre suas atribuições um trabalho mais administrativo e são as responsáveis pela organização da equipe. Dentre as atividades desenvolvidas por essas profissionais estão: coordenação da equipe técnica de enfermagem, gestão de listas de acompanhamento dos usuários por linha de cuidado, monitoramento do trabalho das agentes comunitárias, organização da agenda do médico da equipe, organização das atividades desenvolvidas pela equipe para além dos atendimentos, supervisão da unidade, entre outras atividades. É inegável que as atividades mais administrativas são parte constituinte do trabalho assistencial. Porém, a centralização dessa tarefa sobre as enfermeiras produz aumento das cargas de trabalho dessas profissionais, podendo gerar processos de estresse, acidentes de trabalho e perda de qualidade no cuidado prestado (BIFF, et al, 2020).

Em um dos momentos vivenciados no campo de pesquisa, uma reunião técnica que contava com a presença de gerente, médicos, enfermeiras, farmacêutico e representante NASF, uma cena chamou a atenção: todas as profissionais enfermeiras anotavam enquanto os médicos não anotavam os pontos e encaminhamentos da reunião. Essa situação deixou

evidente que os profissionais médicos se abstiveram da responsabilidade de gestão do próprio trabalho e do trabalho da equipe, limitando-se às atividades assistenciais, que consomem praticamente toda a agenda desses profissionais. É claro que isso poderia variar de acordo com o perfil dos profissionais e não pretendemos afirmar que isso acontecia em todas as reuniões, porém essa cena foi ilustrativa dos reflexos da lógica organizacional centralizada na enfermagem sobre o trabalho em equipe na ESF. A categoria da enfermagem, por mais autonomia que tenha no trabalho na ESF, ainda ocupa um lugar de subordinação ao trabalho do médico, especialmente em um contexto de falta de médicos em algumas equipes. Os trechos a seguir ilustram as diferenças no trabalho da ESF:

> "Porque o médico atende a cada 15 minutos e a gente a cada 20 minutos porque em uma consulta a gente notifica uma doença compulsória, a gente coleta papanicolau, tudo isso tá dentro da nossa consulta que o médico não faz, **se ele descobre que tem Sífilis, ele traz aqui e eu tenho que encaixar na minha agenda para notificar,** descobre hepatite, notifica, chega uma criança com sarampo, o médico não notifica, quem notifica é a gente e é um monte de papel que você preenche. O que sobra do médico é a gente que faz, **a gente é meio secretária do médico também"** (E3 - grifo próprio).

> "Geralmente todos os acolhimentos da UBS são feitos pelo enfermeiro. O enfermeiro resolve bastante coisa, tem autonomia, depois o que ela não pode resolver, ela passa para o médico, mas ela já passa de uma maneira mais técnica, já vê os sinais vitais, já pega a quantidade de medicamento, quais são os medicamentos que toma, **fica mais fácil o processo para o médico**" (E4 - grifo próprio)

Os achados nesta dissertação também dialogam com o trabalho de Biff et al (2020), que identificou os elementos ligados ao aumento ou redução da carga de trabalho de enfermeiras da ESF em diversas regiões do país. Elementos como precariedade do ambiente de trabalho com falta de materiais e estrutura física deficiente, excesso de demanda nas UBS aliada a complexidade das necessidades e vulnerabilidade dos usuários atendidos, déficit de funcionários, excesso de atribuições, carga horária elevada e falhas na gestão do trabalho são apontados como responsáveis por aumentar a carga de trabalho. Por outro lado, o trabalho em equipe, o vínculo positivo com os usuários, o funcionamento adequado das redes de atenção, a resolutividade nas ações e os instrumentos de trabalho em quantidade e qualidade adequados aparecem como elementos que contribuem para reduzir a carga de trabalho. Assim,

“condições, organização e relações de trabalho (...) dialeticamente, geram aumento das cargas de trabalho quando deficitárias e redução quando satisfatórias” (BIFF, et al, 2020, p.156)

Em algumas falas também foi possível identificar a ideia de vocação, de ajuda e de doação ao trabalho como elementos de satisfação profissional e motivação para o trabalho. Rodrigues (2001) em seu ensaio reflexivo discute as raízes do modelo vocacional/religioso ainda fortemente presente na concepção da enfermagem e a necessidade do reconhecimento da enfermagem como um trabalho, para dar sustentação para reivindicações de melhoria nas condições de trabalho. Aponta que, contraditoriamente, “essa concepção de enfermagem enquanto vocação e do enfermeiro enquanto aquela pessoa que ajuda, que se doa, não é compatível com o modo como vivemos, em que o trabalhador enfermeiro precisa vender a sua força de trabalho para garantir a sua existência” (RODRIGUES, 2001, p.78).

Apesar das mudanças nessa concepção ao longo do tempo e aproximação da concepção de enfermagem como trabalho (RODRIGUES, 2001), essa ideia ainda está presente no discurso dos profissionais de saúde, não só na enfermagem. Os profissionais entrevistados ainda carregam fortemente em seu discurso a ideia de trabalho em saúde como um trabalho de ajuda aos outros, de ajuda aos mais “vulneráveis”, se distanciando da categoria do trabalho e da noção de acesso aos serviços de saúde como direito da população.

Sobre esse distanciamento, Mendes Gonçalves (1992) afirma que a educação e a saúde muitas vezes são associadas ao não-trabalho, uma vez que se atribui aos objetos da saúde e da educação um caráter especial, nobre, como se o trabalho em saúde e educação não estivessem submetidos às mesma leis, injunções e explorações do trabalho. Nesse contexto, o trabalhador de saúde carrega um peso moral de queixar-se do trabalho.

Em síntese, vimos que a falta de domínio sobre o processo de trabalho resulta em profissionais que buscam uma satisfação com trabalho a partir do cumprimento da finalidade que é imposta por um modelo assistencial biomédico e voltado para a produção de procedimentos. Ou seja, a finalidade ao invés de ser determinada pelos profissionais e usuários a partir da compreensão das necessidades de saúde da população que é atendida pela UBS, se materializa em metas a serem alcançadas. No caso das práticas de saúde voltadas

para pessoas com obesidade, a finalidade acaba se voltando para a perda de peso e a mudança do comportamento de risco, mesmo que os profissionais compreendam que a determinação da obesidade tem raízes na organização social.

Foi possível identificar elementos que influenciam na carga de trabalho e dão ou não sentido a este. A busca pelo trabalho em saúde idealizado, altruísta e capaz de modificar a condição de saúde da população apareceu fortemente no discurso dos trabalhadores mesmo com as diversas dificuldades elencadas nas relações de trabalho e na formação dos profissionais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo percorrido para a escrita dessa dissertação, que inicialmente partiu do incômodo vivenciado na residência em saúde da família, chega ao seu fim com diversas descobertas e novas inquietações. A construção desse estudo foi um processo rico de reflexão e construção coletiva. A mobilização de novos saberes, através de troca com os trabalhadores entrevistados, leituras e discussões em sala de aula e nos grupos de pesquisa foram fundamentais para compreender um pouco mais sobre o processo de trabalho na ESF, com sua complexidade e contradições.

Olhar para o trabalho em saúde na ESF a partir do cuidado das pessoas com obesidade foi desafiador por tentar produzir um diálogo entre campos com origens e bases teóricas diversas, como é o caso de nutrição, saúde coletiva e SAN. Esse estudo, ancorado no referencial da saúde coletiva marxista, apresentou o conceito de trabalho como elemento central para a compreensão da sociedade capitalista e como determinante da condição de saúde, alimentação e SAN da população. Vimos que o processo de trabalho em saúde, por sua vez, tem o objetivo de responder às necessidades de saúde, que não são naturais, mas determinadas pela inserção dos sujeitos nas classes sociais. Responde assim às necessidades de reprodução social e, de forma cíclica, produz e reproduz novas necessidades de saúde.

O trabalho, compreendido como um dos elementos centrais na determinação social da saúde, produz desigualmente os adoecimentos e a possibilidade de resolução dos problemas de saúde nos diversos grupos sociais. Dentre os processos de trabalho, inclui-se o processo de trabalho em saúde que, apesar da sua especificidade, ligada à finalidade, instrumentos e força de trabalho, também está submetido à intensificação da exploração e precarização das condições materiais para sua execução como o trabalho em geral. Encontra-se aqui uma contradição central: espera-se que os trabalhadores de saúde consigam resolver os problemas de saúde gerados pela condição de trabalho dos outros, ao mesmo tempo em que também estão vivendo essa exploração. Vimos que essa condição impõe certos limites ao trabalho na ESF relacionado ao enfrentamento à obesidade crescente no Brasil.

A obesidade, como uma manifestação da ISAN e expressão das condições de trabalho e vida nesse modo de produção, é uma condição que extrapola o campo de ações e políticas públicas no setor saúde para ser enfrentada. Dentro do setor saúde vimos que, a partir do encontro com os usuários atendidos e da própria experiência como trabalhadores, os profissionais de saúde têm uma compreensão ampliada a respeito da determinação dos modos de comer e o desenvolvimento da obesidade.

Apesar disso, em seus processos de trabalho acabam tornando-se reprodutores de práticas padronizadas que buscam a normatização dos corpos gordos que são atendidos na UBS. Submetidos a uma organização do trabalho na ESF com suas características de gestão do trabalho e do cuidado cada vez mais pautados pela lógica da produtividade, os profissionais de saúde desenvolvem ações direcionadas às pessoas com obesidade com um espectro restrito, prioritariamente voltadas à mudança de hábitos alimentares e de atividade física. O cuidado com ênfase na responsabilização individual e na perda de peso por vezes produz insatisfação e frustração com o trabalho na ESF, tanto para os usuários quanto para os profissionais.

Não é de se estranhar que na ESF as práticas em saúde tenham espectro restrito, uma vez que estão alinhadas com a perspectiva do Estado de manutenção da ordem vigente. Assim, caracterizam-se como uma oferta de cuidados mínimos para a recuperação da força de trabalho e prevenção de riscos para a saúde que geram gastos financeiros para o Estado. Os profissionais de saúde da ESF, como representantes desse Estado, reproduzem essa lógica sem necessariamente ter consciência disso, mas, pelo contrário, desenvolvendo um trabalho quase que ativista. Por outro lado, a terceirização dos contratos de trabalho para administração por OSS e a falta de investimento público no setor produzem condições de trabalho cada vez mais exploradas na ESF, elemento contraditório que aproxima os incômodos dos profissionais de saúde aos dos outros trabalhadores que são atendidos na UBS.

O sofrimento com o trabalho e a sobrecarga expressaram-se de formas distintas entre os profissionais de saúde. A divisão social e sexual dentro do trabalho em saúde coloca diferenças significativas entre os profissionais médicos e enfermeiras. Essas últimas assumem um acúmulo de atribuições e estão diante de um mercado de trabalho mais reduzido, de menor

remuneração e valorização social. Ademais, fatores como a avaliação do trabalho por produtividade na ESF, a dificuldade de fixação de profissionais da medicina, e o tempo insuficiente para a formação e atualização dos profissionais que atuam na ESF foram reconhecidos como elementos que aumentam a carga de trabalho e dificultam o enfrentamento à obesidade.

É inegável que o trabalho em saúde na ESF tem um papel no enfrentamento da ISAN que deve ser aprimorado. E também que o SUS, especialmente em seu caráter público e universal, deve ser defendido. A fortaleza da ESF está na possibilidade de uma compreensão mais próxima das necessidades de saúde da população, na possibilidade de coletivização dos problemas vivenciados na comunidade e na atenuação dos danos gerados pela condição de trabalho e vida à saúde dos usuários.

Por outro lado, os desafios do trabalho na ESF também são enormes. O trabalho em saúde é cada vez mais alienado, com pouca autonomia para a definição dos processos de trabalho por parte dos profissionais. Estes ainda são submetidos a contratos de trabalho mais flexíveis e ao sucateamento do serviço. O número de profissionais de saúde é insuficiente para as demandas apresentadas no território e, por outro lado, a cobrança por desempenho e produtividade são acentuados. Ademais, o processo de trabalho está cada vez mais organizado para garantir o projeto de fortalecimento do capital financeirizado no setor.

Em relação aos processos de trabalho na ESF voltados às pessoas com obesidade, além dos desafios que foram mencionados anteriormente, destaca-se a necessidade do fortalecimento de uma concepção de ISAN que extrapole a noção de risco à saúde e que se aproxime das raízes causadoras da obesidade. Em outras palavras, para que os processos de trabalho na ESF respondam mais adequadamente às necessidades dos usuários parece ser preciso uma aproximação com o campo da saúde coletiva e com a concepção de determinação social da saúde.

Para além da compreensão sobre os impactos das condições de trabalho sobre a alimentação e o peso corporal dos usuários, parece fundamental que os profissionais de saúde tenham mais domínio sobre o seu processo de trabalho para produzir práticas que contribuam

para o aprimoramento das condições de saúde da população. Nesse caminho tornam-se fundamentais disputas para contratação de mais profissionais em regimes de trabalho mais estáveis que possibilitem um trabalho com mais tempo para espaços coletivos e comunitários. Há a necessidade de formação constante dos profissionais que atuam na ESF, a partir da definição conjunta com os usuários das necessidades de saúde do território atendido, e também de criação e manutenção de espaços de discussão nos serviços, para que trabalhadores se apropriem das finalidades dos processos de trabalho e incorporem os usuários no planejamento do cuidado.

Os achados da pesquisa tornam-se particularmente interessantes no momento histórico que estamos vivendo. A pandemia mundial da Covid-19, que agrava a crise estrutural do capitalismo, demonstra os limites do modelo de desenvolvimento neoliberal e escancara os impactos desse modelo sobre a possibilidade de vida do povo e sobre os direitos conquistados (ROBINSON, 2020; BRAGA, 2020).

Os trabalhadores de saúde, que estão na linha de frente do enfrentamento ao vírus, são colocados na condição de heróis por grande parte da população e do poder público. Entretanto, não possuem condições adequadas de trabalho, com falta de equipamentos de proteção individual e com jornadas de trabalho extenuantes. O imaginário social do profissional de saúde como provedor de uma tarefa quase que "divina" expressa forte desvinculação do reconhecimento do profissional da saúde como um trabalhador, elemento que também encontramos na realidade da UBS estudada. Essa lógica, reforçada por parte da mídia, dos políticos e pelo próprio campo da saúde pública, coloca sobre o trabalhador da saúde a (auto)culpabilização e a (auto)responsabilização pelas suas condições materiais e subjetivas de trabalho.

Além disso, o empobrecimento geral da população, com crescimento do desemprego e aumento da exploração e dos trabalhos informais, anuncia um período de condições mais precárias de alimentação e de fome, que tende a refletir na saúde das pessoas que são atendidas na ESF. Os impactos da pandemia sobre o acesso, o consumo de alimentos e os

modos de comer já são alarmantes (FAO, 2020), uma vez que a prática alimentar está relacionada com a inserção dos indivíduos no mundo do trabalho e com a sua renda.

A compreensão de que a obesidade é resultado da organização sistêmica requer a busca de saídas mais profundas e amplas, medidas que extrapolem as ações emergenciais que vemos nesse momento, que sejam intersetoriais e que contribuam para a construção de um novo tipo de sociabilidade. O sistema alimentar globalizado a serviço dos interesses da indústria alimentícia vai seguir buscando vias de garantir o aumento de seus lucros. A continuidade da defesa da alimentação como um direito conquistado e as lutas pela retomada e pela ampliação das políticas de SAN, pela construção de um sistema alimentar soberano e pela reforma agrária seguem mais necessárias do que nunca.

Além disso, segue sendo uma tarefa dos pesquisadores que querem construir um outro tipo de sociabilidade ir contra os modelos mais individualizantes de processos de trabalho no SUS e produzir estudos que fortaleçam os modelos de assistência não biomédicos que coletivizam as questões de saúde e alimentação. Nesse sentido, vale citar a importância da manutenção dos ACS como sujeitos políticos e comunitários e o fortalecimento de espaços de participação social na ESF.

Por fim, sem a pretensão de esgotar a discussão sobre as contradições no processo de trabalho da ESF, os achados nesta pesquisa apontam que a superação do cuidado individualizante, ancorado na culpa e no estigma, que é ofertado a pessoas com obesidade, passa também pela luta política e social para além das vias institucionais. A denúncia das contradições inerentes ao sistema capitalista, seus reflexos na concretização de um sistema de saúde como preconizado pela reforma sanitária e sobre seus trabalhadores são formas de resistência e de enfrentamento à política de morte e fome vigente no país e no mundo hoje.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza; CORDEIRO, Guilherme; MURAKAMI, Vivian Yuki Cucatti; TAVEIRA, Bruna Letícia Souza; CARVALHO, Ingrid Lorrane Ferreira de; LIMA, Rebeca Ludmila de ; MARQUES, Isabel Carolina dos Santos. Satisfação de médicos no trabalho da atenção primária à saúde. Revista APS, Minas Gerais abr/jun; 20(2): 221 - 230, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15878

ANTUNES, Ricardo. O privilégio da servidão [recurso eletrônico] : o novo proletariado de serviços na era digital / Ricardo Antunes. - 1. ed. - São Paulo : Boitempo, 2018.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, maio 2016.

ARANTES, Luciano José, SHIMIZU, Helena Eri e MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 1 Maio 2020] , pp. 1499-1510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015.

ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=pt&nrm=iso>

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. 5. ed. Portugal: Edicoes 70, 2008. 281 p.

BARROSO, Mateus Lemos; MOURA, Antônio Matheus Wilson Abreu; PINTO, Nilson Vieira. Correlation between general and abdominal obesity in diabetic and/or hypertensive active women. Research, Society and Development, Itabira, v. 9, n. 7, p. e179973679, may 2020. ISSN 2525-3409. Available at: <https://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/3679>

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete Salete. Políticas Sociais: Fundamentos e História. São Paulo: Cortez, 2009.

BIFF, Daiane et al . Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 147-158, Jan. 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100147&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2020. Epub Dec 20, 2019. https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019.

BÓGUS, Claudia Maria. A Formação Política e o Fortalecimento da Participação Popular em Saúde: O Caso dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde do Movimento de

Saúde da Zona Leste de São Paulo. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-03102014-091149/publico/DR_323_Bogus_1997.pdf

BÓGUS, Claudia Maria. Conselhos gestores de políticas públicas no município de São Paulo: identidade, limitações e potencialidades na perspectiva da promoção da saúde. Tese de Livre Docência, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/6/tde-31102013-152144/publico//livre_docencia_CMB.pdf

BOSCHETTI, Ivanete Salete. Assistência social e trabalho no capitalismo. São Paulo: Cortez, 2016.

BOTELHO, Fernanda Cangussu; FRANÇA JUNIOR, Ivan; GUERRA, Lúcia Dias da Silva; RODRIGUES, Samara Ferrari; TONACIO, Larissa Vicente. Scientific literature on food and nutrition security in primary health care: A scoping review, Global Public Health, 1:15, 1744-1692, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1783565

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude. A profissão do sociólogo preliminares epistemológicas. Petrópolis: Vozes, 2000.

BOURGET, Monique Marie Marthe. Fatores de permanência e desligamento de médicos em serviços de atenção primária à saúde na zona Leste do município de São Paulo. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019. Disponivel em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-31012020-163837/publico/MoniqueMarieMartheBourgetVersaoCorrigida.pdf

BRAGA, Ruy. A tempestade perfeita: Autoritarismo, trabalho e pandemia. DILEMAS: REVISTA DE ESTUDOS DE CONFLITO E CONTROLE SOCIAL, v. 13, p. 1-12, 2020.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, n. 34 - Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas., 2013.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2010.

BRASIL. Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006 - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18, Set 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a. 212 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde : PNaPS : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. 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. 2013. Disponível em: . Acesso em: 17 jul. 2013.

BRASIL Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2016:* Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico Brasília: MS; 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma gerencial do Estado de 1995. Revista de Administração Pública, v. 34, n. 4, p. 7–26, 1 jan. 2000.

BREWIS, Alexandra A. Stigma and the perpetuation of obesity. *Soc Sci Med*. 2014;118:152-158. doi:10.1016/j.socscimed.2014.08.003

BURLANDY, Luciene et al . Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 36, n. 3, e00093419, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305007&lng=en&nrm=iso>.

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Participação popular em um conselho local de

saúde: limites e potencialidades. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 442-449, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200442&lng=en&nrm=iso>

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CAISAN). Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios -- Brasília, DF: CAISAN, 2014. 39 p.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CAISAN). Mapeamento da Insegurança Alimentar e Nutricional com foco na Desnutrição a partir da análise do Cadastro Único e do SISVAN 2014 -- Brasília, DF: CAISAN, 2016

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; SOARES, Cassia Baldini. Necessidades de saúde e o cuidado da enfermagem em saúde coletiva. In: SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS; Célia Maria Sivalli. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri. SP: Manole, 2013.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) / Célia Maria Sivalli Campos. - São Paulo: C. M. S. Campos; 2004. 193 p. Tese (Doutorado) – Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem dos campi de Ribeirão Preto e São Paulo da USP.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli. Reconhecimento das necessidades de saúde do adolescente. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. Enfermagem e saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole; 2009.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 2, p. 347-368, Apr. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2020. https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007.

CANZIAN, Fernando. Nas favelas, moradores passam fome e começam a sair às ruas. Folha de São Paulo Online, 2020. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/03/nas-favelas-moradores-passam-fome-e-comecam-a-sair-as-ruas.shtml

CAPRARA, Andrea.; LANDIM, Lucyla Paes. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. Interface (Botucatu), v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.

CARNEIRO, Carla Cabral Gomes; MARTINS, Maria Inês Carsalade. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 45-66, abr. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100045&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 mar. 2020. Epub 16-Dez-2014. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00029.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; NASCIMENTO, Vânia Barbosa do; COSTA, Ieda Maria Cabral. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 971-979, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400014&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2020. https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400014.

CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. Capital- Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. Argum., Vitória, v. 10, n.2, p. 108-121, maio/ago. 2018. Disponível em: http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19528/14168

CARNUT, Leonardo; NARVAI, Paulo Capel. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. Saúde soc., São Paulo , v. 25, n. 2, p. 290-305, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200290&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Nov. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016144614

CASTIEL, Luis David e DIAZ, Carlos Álvarez-Dardet. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 136 p. ISBN 978-85-7541-233-6. https://doi.org/10.7476/9788575412336

CASTOR, Caio; SILVA, José Cícero da; DOMENICI, Thiago. "Insegurança alimentar é um eufemismo para a fome", diz pesquisador. 2018. Disponivel em: <https://apublica.org/2018/09/inseguranca-alimentar-e-um-eufemismo-para-a-fome-diz-pesquisador/?fbclid=IwAR22nZkSib_tWbZ1MPan9lugzJxhEMliQhv2UiGckCuyge9_Nor95n68VM0#.W5JRrYX2gjE.facebook>. Acesso em: 01/10/2018

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, J. et al. (Org.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 295-316.

CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga.; NAVARRO,Vera Lúcia. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e avanço da ideologia gerencialista. In:LOURENÇO, E. S.; NAVARRO, V. L. (Org.). O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

COELHO, Heloisa da Veiga. A assistência ao usuário de drogas na atenção básica: elementos do processo de trabalho em unidade básica de saúde que interferem nas práticas / Heloisa da Veiga Coelho. -- São Paulo, 2012. 224 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Orientadora: Profa. Dra. Cássia Baldini Soares.

CONSEA. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, Julho de 2004.

CORREIA, Marcus Orione Gonçalves. Por uma crítica imanente sobre os limites das políticas públicas de direitos sociais e o Estado na produção do bem comum no modo de produção capitalista. Saude soc., São Paulo , v. 24, supl. 1, p. 55-65, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500055&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Nov. 2018.

COSTA, Rodrigo Prado da; MISOCZKY, Maria Ceci; e ABDALA, Paulo Ricardo Zilio. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. 119 [Acessado 29 Maio 2020] , pp. 990-1001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811916>

CRISPIM, Maria Angélica Correia. Determinações da obesidade na pobreza: regência da acumulação do capital / Maria Angélica Correia Crispim. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2010. 124 f. Disponivel em: http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/4653

DANTAS, André Vianna. Do socialismo à democracia – tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2017.

DIAS, Patricia Camacho et al . Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 33, n. 7, e00006016, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705001&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Nov. 2018. Epub July 27, 2017. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016.

DIEZ GARCIA, Rosa Wanda. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 16, n. 4, p. 483-492, Dec. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2020.

FAO. The Global Report on Food Crises (GRFC) 2020. Disponível em: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000114546/download/?_ga=2.205936144.289200529.1591804320-806192436.1591804320

FERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella; BASSETTO, Jamile Gabriela Bronzato. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 30(1): 125-134, jan./mar., 2017. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/408/40851313017.pdf

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al . Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso>.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Organizadores: GIOVANELLA, Lígia, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 1ª reimpressão: 2009. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575413494

HLPE. Nutrition and food systems: a report by the high level panel of experts on food security and nutrition of the Committee on World Food Security, Rome report 12; september 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Indicadores para população de 14 anos ou mais de idade. Taxa de desocupação e Rendimento médio real habitual das pessoas ocupadas. Município de São Paulo, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Panorama Estado e município de São Paulo, 2019. Disponivel em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). POF 2017-2018: proporção de domicílios com segurança alimentar fica abaixo do resultado de 2004. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018 : análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28896-pof-2017-2018-proporcao-de-domicilios-com-seguranca-alimentar-fica-abaixo-do-resultado-de-2004#:~:text=Em%202017%2D2018%2C%20dos%2068,ou%203%2C1%20milh%C3%B5es

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.

JAIME, Patricia Constante. Histórico das Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição. In: Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição. JAIME, P. C. (org). Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

JAIME, Patricia Constante et al . Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1829-1836, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601829&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Nov. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018.

KEZH, Nilce Helena de Paula; BOGUS, Cláudia Maria; MARTINS, Cleide Lavieri. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 25, n. 4, p. 950-963, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000400950&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Mar. 2020. https://doi.org/10.1590/s0104-12902016166156.

KNAUTH, Daniela. A etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas. In: SCHUCH, P.; VIEIRA, M.S.; PETERS, R. (Orgs.). Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010. p. 109-114.

LANCMAN, S. et al. O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores. [s.l.] USP, 2012.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo; Hucitec; 1989. 333 p.

LOWENKRON, Laura; FERREIRA, Letícia. Anthropological perspectives on documents. Ethnographic dialogues on the trail of police papers. Vibrant, v.11, n.2, 2014.

LUPION, Bruno. Como o Brasil saiu do Mapa da Fome. E por que ele pode voltar. 2017. Disponivel em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2017/07/23/Como-o-Brasil-saiu-do-Mapa-da-Fome.-E-por-que-ele-pode-voltar>. Acesso em: 01/10/2018

MALUF, Renato Sérgio; REIS, Márcio Carneiro dos. Conceitos e Princípios de Segurança Alimentar e Nutricional. In: ROCHA, Cecília; BURLANDY, Luciene; MAGALHÃES, Rosana. Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1667-1676, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600018&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2020. https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600018.

MARX, Karl. Capital : teorias da mais-valia : história crítica do pensamento econômico. 1987. L 4 V.1

MARX, Karl. Maquinaria e trabalho vivo (os efeitos da mecanização sobre o trabalhador). Crítica Marxista, São Paulo, Brasiliense, v.1, n.1, 1994b, p.103-110

MARX, Karl. O Capital. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994a. V.1

MATUDA, Caroline Guinoza et al . Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 8, p. 2511-2521, Aug. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2020. https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. . Novo Modelo de Financiamento para qual Atenção Primária à Saúde?. Revista Domingueira, v. 36, p. 1-11, 2019 http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-36-outubro-2019

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. Sessões Ordinárias Área 5: Estados nacionais e políticas sociais: Economia Política do capitalismo contemporâneo. Rio de Janeiro, 2018

MENDES, Áquilas. Brazilian public health in the context of a State crisis or a crisis of capitalism?. Saude soc., São Paulo , v. 24, supl. 1, p. 66-81, June 2015 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500066&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Nov. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006.

MENDES GONÇALVES, R. B. M. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)

MENDONÇA, Raquel de Deus; PIMENTA, Adriano Marçal; GEA, Alfredo; DE LA FUENTE-ARRILLAGA, Carmen; MARTINEZ- GONZALEZ, Miguel Angel; LOPES, Aline Cristine Souza; BES-RASTROLLO, Maira. Ultraprocessed food consumption and risk of overweight and obesity: the University of Navarra Follow-Up (SUN) cohort study, *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 104, Issue 5, November 2016, Pages 1433–1440, https://doi.org/10.3945/ajcn.116.135004

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4423277/mod_resource/content/1/aula%202_MINAYO_quali%20quanti.pdf

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Dec. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007

MONTEIRO, Carlos Augusto; CANNON, Geoffrey; LAWRENCE, Mark; LOUZADA, Maria Laura e MACHADO, Priscila 2019. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome: FAO; 2019. Disponível em: http://www.fao.org/3/ca5644en/ca5644en.pdf

PERUZZO, Hellen Emília et al . Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, e20170372, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Aug. 2020. Epub Aug 02, 2018. https://doi.org/10.159

PETRINI, Carlo; BOGLIOTTI, Carlo; RAVA, Rinaldo; SCAFFIDI, Cinzia. A centralidade do alimento. Documento do congresso 2012-2016 Slow food. 2012. Disponivel em: http://www.slowfoodbrasil.com/documentos/a-centralidade-do-alimento-carlo-petrini.pdf

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira. Reflexões sobre o Processo Histórico / Político de Construção da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Segurança Alimentar e Nutricional. 2008; 15(2): 1-15

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Lígia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1903-1914, June 2018 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso

PIRES, Álvaro P.. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais. In: POUPART, J. et al. (Org.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 43-94.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 53, n. 2, p. 251-263, June 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Aug. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010.

REIS, João Gabbardo dos et al . Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 24, n. 9, p. 3457-3462, Sept. 2019 . http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903457

RIBEIRO JÚNIOR, José Raimundo Sousa. Alienação das práticas alimentares e urbanização: uma análise da alimentação da classe trabalhadora em São Paulo. 2015. 244 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

RIGON, Silvia do Amaral; BÓGUS, Cláudia Maria. A segurança alimentar e nutricional no Brasil: das concepções norteadoras ao início do processo de consolidação. In: Soberania Alimentar (SOBRAL) e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na América Latina e Caribe/ BEZERRA, Islandia; PEREZ-CASSARINO, Julian (Orgs.) - Curitiba: Ed. UFPR, 2016. 260p.

RIGON, Silvia do Amaral; SCHMIDT, Suely Teresinha; BÓGUS, Cláudia Maria. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00164514, 2016.

ROBINSON, William I. Capitalismo y coronavirus. Artigo de opinião. La jornada. México, 05 de maio de 2020. Disponível em: https://www.jornada.com.mx/2020/05/06/opinion/017a1pol

ROBINSON, William I. Una teoría sobre el capitalismo global: producción, clase y Estado en un mundo transnacional. México: Siglo XXI Editores, 2013.

RODRIGUES, Rosa Maria. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 9, n. 6, p. 76-82, Nov. 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000600013&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2020. https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000600013.

ROSSO, Sadi Dal. Teoria do valor e trabalho produtivo no setor de serviços. Cad. CRH, Salvador , v. 27, n. 70, p. 75-89, Apr. 2014 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792014000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Aug. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792014000100006.

SALUM, Maria Josefina Leuba, Queiroz, Vilma Machado de; SOARES, Cassia Baldini. Pesquisa social em saúde: lições gerais de metodologia – a elaboração do plano de pesquisa como momento particular da trajetória teórico-metodológica. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.

SANTOS, Boaventura de Souza. Um discurso sobre as Ciências na transição para uma ciência pós-moderna. Estudos Avançados, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, 1988.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. O corpo, o comer e a comida : um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador - Bahia. / Ligia Amparo da Silva Santos. - Salvador : EDUFBA, 2008. 330 p.

SANTOS, Viviane Camargo. A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de vila prudente-sapopemba: um estudo de caso. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Orientadora: Profa. Dra. Cássia Baldini Soares. São Paulo, 2007.

SÃO PAULO (CIDADE). PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Básica (eAB), Tempo Médio de Espera(2), Perda Primária(3) e Absenteísmo(4) nas Agendas Local e Regulada, segundo Coordenadoria Regional e Supervisão Técnica de Saúde. Município de São Paulo, 2017. Disponivel em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/infassistenciais/Cobertura_Assistencial_Agenda_SIGA_CRS_STS.pdf

SÃO PAULO (CIDADE). PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Contratos e Parcerias. 2014. Diponivel em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347

SÃO PAULO (CIDADE). PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Estratégia saúde da família. 2013. Disponivel em: http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/saude-e-bem-estar/melhorias-na-saude-municipal/estrategia-saude-da-familia-esf

SÃO PAULO (CIDADE). Prefeituras Regionais da Cidade de São Paulo. 2017. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/subprefeituras/index.php?p=897>. Acesso em: 10/11/2018

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. O que é e como funciona o conselho gestor no SUS / Secretaria da Saúde. - São Paulo: SMS, 2016. p. 110

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA Capital 2015, nº 6, 2017: Estado nutricional da população da cidade de São Paulo. São Paulo: CEInfo, 2017, 83 p

SARTORI, Simone; LATRONICO, Fernanda; CAMPOS, Lucila M.S.. Sustentabilidade e desenvolvimento sustentável: uma taxonomia no campo da literatura. **Ambient. soc.**, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 01-22, mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2014000100002&lng=pt&nrm=iso>.

SCAGLIUSI, Fernanda Baeza; PEREIRA, Patrícia da Rocha; UNSAIN, Ramiro Fernandez; SATO, Priscila de Morais. Eating at the table, on the couch and in bed: An exploration of different locus of commensality in the discourses of Brazilian working mothers. Appetite, 103: 80- 86, 2016. Disponivel em: https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.03.026

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 11, p. 3203-3212, Nov. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011&lng=en&nrm=iso>.

SECONCI. Relatórios de Produção Bruta Anual. Produção segundo semestre 2019. Disponivel em: https://www.sas-seconci.org.br/contratosdegestao

SILVA, Mariana Favareto; QUINTELLA, Siumara Silveira Melo. A categoria da totalidade concreta: o epistemológico e o ontológico na definição de um objeto de investigação científica. Cadernos de Educação: Ensino e Sociedade, Bebedouro-SP, 1 (1): 245-256, 2014. Disponível em: http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cadernodeeducacao/sumario/31/04042014074624.pdf

SOUZA, Felipe . 'Você compra remédio ou comida': as escolhas das famílias que vivem com um salário mínimo em SP. 2017. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2017/08/08/voce-compra-remedio-ou-comida-as-escolhas-das-familias-que-vivem-com-um-salario-minimo-em-sp.htm?fbclid=IwAR3ZwL3yweE7ZgfcOrCNsbd8WbQay2-cEIJEQfQzpVlF5UZiHrPKIk0xCDM>. Acesso em: 01/10/2018

SOUZA, Helton Saragor de. A Interpretação do trabalho em enfermagem nocapitalismo financeirizado: um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado. Orientador Áquilas Nogueira Mendes. - São Paulo, 2015. 238 p.: 30 cm. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública / USP.

SOUZA, Lícia Barcelos de; FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro. Qualificação profissional e representações sobre trabalho e qualidade de vida. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto , v. 14, n. 28, p. 221-232, Aug. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2004000200011&lng=

en&nrm=iso>. access on 15 Apr. 2020. https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200011.

TAVARES, Telma Braga; NUNES, Simone Machado e SANTOS, Simone Machado. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(3): 359-366

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. Saude soc., São Paulo , v. 23, n. 3, p. 869-883, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300869&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Nov. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011.

TESTON, Luci Maria et al . Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe3, p. 226-239, Nov. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700226&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2020. https://doi.org/10.1590/0103-11042018s317.

VENTURA, Magda Maria. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. Rev SOCERJ, 20(5):383-386 setembro/outubro, 2007.

VIANA, Marcia Regina et al . A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 447-456, Feb. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200447&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2020.

VIANA, Nildo; SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*[S.l: s.n.], 2013.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. A construção do objeto de pesquisa. In: _____. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p. 45-52.

VIEIRA, Mônica; CHINELLI, Filippina. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1591-1600, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600011&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2020. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600011.

VIGARELLO, Georges. As metamorfoses do gordo: história da obesidade no ocidente: da Idade Média as século XX/ Georges Vigarello; tradução de Marcus Penchel. - Petropolis, RJ: Vozes, 2012.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 185-194, Jan. 2010 .

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100024&lng=en&nrm=iso>.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço / Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre : Bookman, 2001.

APÊNDICES

Apêndice 1- Roteiro de entrevista semi-estruturada: Profissional de saúde ESF

Data da entrevista:
Nome:
Local:
Cargo/função ocupada na ESF:
Idade:
Tempo de formação:

Perguntas norteadoras

Formação acadêmica e a trajetória profissional
1- Conte um pouco sobre você, sua história e sua formação como profissional de saúde
Objetivo: Conhecer a de onde é, formação acadêmica (faculdade de formação, tempo de formação)

2- Conte como chegou a esse emprego e essa unidade.
Objetivo: Conhecer a trajetória e experiência profissional antes do emprego atual (tempo em que está no cargo/função)

Rotina de trabalho
Objetivo: Analisar o trabalho, destacando os elementos do processo de trabalho (objeto, instrumentos, finalidade) e objetivos.

3- Descreva uma semana típica de trabalho. Dia por dia, os atendimentos e outras atividades que realiza.

4- Descreva outras atividades que não são realizadas semanalmente, mas são previstas (de realização quinzenal ou mensal)

5- Há outras atividades que não foram descritas, mas que acontecem esporadicamente?

Concepção sobre obesidade e perfil dos usuários
Objetivo: Compreender a concepção de obesidade que os profissionais detêm e sobre o perfil das pessoas com obesidade que eles atendem.

6- De forma geral, você avalia que os níveis de obesidade na população atualmente são um problema? Porque? Porque você acha que isso vem acontecendo?

7- É possível afirmar que há moradores da área de abrangência dessa UBS que são obesos? Baseado em que é possível afirmar isso? Como você faz para saber a quantidade de pessoas com sobrepeso e obesidade?

8- Porque você acha que tem pacientes com obesidade nesta região? Na sua opinião quais as possíveis causas dessa situação?

9- De modo geral, pensando no conjunto de pacientes com obesidade aqui da UBS e na sua equipe, você acha que existem características semelhantes no perfil desses usuários?

10- Quais características você destacaria?A que você atribui essa semelhança?

Formação sobre obesidade

11- Teve algum tipo de formação para o cuidado desse grupo populacional? Qual? Quando? Com quem? (linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, cursos)

Processo de trabalho voltado para pessoas com obesidade
Objetivo: Compreender como está organizado o processo de trabalho voltado para pessoas com obesidade, quais as ações desenvolvidas, quais as dificuldades para trabalhar com esse grupo.

12- Quais são as ações implementadas aqui na UBS para atender esses usuários? Por que estas ações?

13- Quais outras poderiam ser implementadas? Por que não são?

14- Conte um caso que você atendeu que tenha relação com obesidade e o que você fez.

15 - Como se sente ao desenvolver as atividades voltadas às pessoas com obesidade na sua rotina de trabalho? Quais as dificuldades?

16- Como funciona a linha de cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade aqui na unidade?

17- Quais materiais você utiliza para dar suporte ao seu trabalho com a população com obesidade?

18- Se você fosse presidente do Brasil, o que proporia para o enfrentamento da obesidade?

19- Tem mais alguma coisa que você gostaria de comentar sobre esse tema?

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família

Olá,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: desenvolvida pela aluna Juliana Giaj Levra de Jesus, que desenvolve sua dissertação de mestrado sob a orientação da Prof Cláudia Maria Bógus. O estudo tem como objetivo geral analisar as práticas de saúde voltadas para pessoas em insegurança alimentar e nutricional nos serviços da atenção básica do município de São Paulo, com recorte ao cuidado a pessoas com obesidade.

Você está sendo convidado porque é trabalhador da Estratégia de Saúde da Família no município de São Paulo. Sua participação não é obrigatória. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como, retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A sua **participação** consistirá em responder ou discutir questões a partir de um roteiro semiestruturado de perguntas para entrevista que será conduzido pelos pesquisadores do estudo. A entrevista terá duração de aproximadamente 1(uma) hora feita em 1(um) encontro e será gravada por aparelho eletrônico de voz com autorização prévia do participante. A entrevista será realizada em uma sala reservada da própria unidade do entrevistado.

A confidencialidade e privacidade das informações prestadas por você serão preservadas pelos pesquisadores e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. A gravação de voz e a transcrição serão armazenadas em arquivos digitais em local seguro, ficando sob os cuidados dos orientadores da pesquisa

por cinco (5) anos após o término da pesquisa conforme Resolução nº466/12. Após esse período de armazenamento, os arquivos digitais serão apagados.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar dos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

O risco da pesquisa (possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual) é mínimo e sua participação é voluntária. Ao participar da pesquisa você corre o risco de sentir algum constrangimento, desconforto emocional ou de ser identificado pela associação ao cargo, embora o sigilo nominal seja assegurado. Se isso ocorrer, os pesquisadores estarão disponíveis para acolhê-lo e para conversar sobre o desconforto. Será garantido atendimento integral se identificado complicações e/ou outras necessidades observadas no momento da entrevista. Além disso, você poderá interromper sua participação durante a entrevista e retomá-la quando e se quiser.

Para que o sigilo seja assegurado da melhor maneira possível, serão tomadas as seguintes medidas: apenas os pesquisadores do projeto terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, os nomes dos participantes e da unidade de saúde serão mantidas no anonimato.

Os participantes da pesquisa não serão remunerados e não terão qualquer recompensa material. Por outro lado, devem se beneficiar indiretamente, porque espera-se que o estudo contribua com a qualificação dos processos e das condições de trabalho na ESF, assim como das políticas públicas.

Os resultados serão organizados sob o formato de dissertação de mestrado, podendo ser apresentados em eventos científicos, encontros com profissionais , ou publicados em artigos científicos. Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para a responsável da pesquisa. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você e pela responsável da pesquisa, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvidas ou solicitação de novas informações sobre o projeto, entre em contato diretamente com a pesquisadora responsável através dos seguintes contatos: (11) 3061-7955 ou no email: jujulevra@gmail.com.

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o CEP tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Em caso de dúvidas e denúncias quanto à questões éticas entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (smscep@gmail.com / (11) 3397-2464) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública (11) 3061-7779.

Esperamos contar com sua colaboração e desde já agradecemos a atenção!

Autorizo gravação de voz ( ) Sim ( ) Não

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

São Paulo, ____ de _____ de 2019.

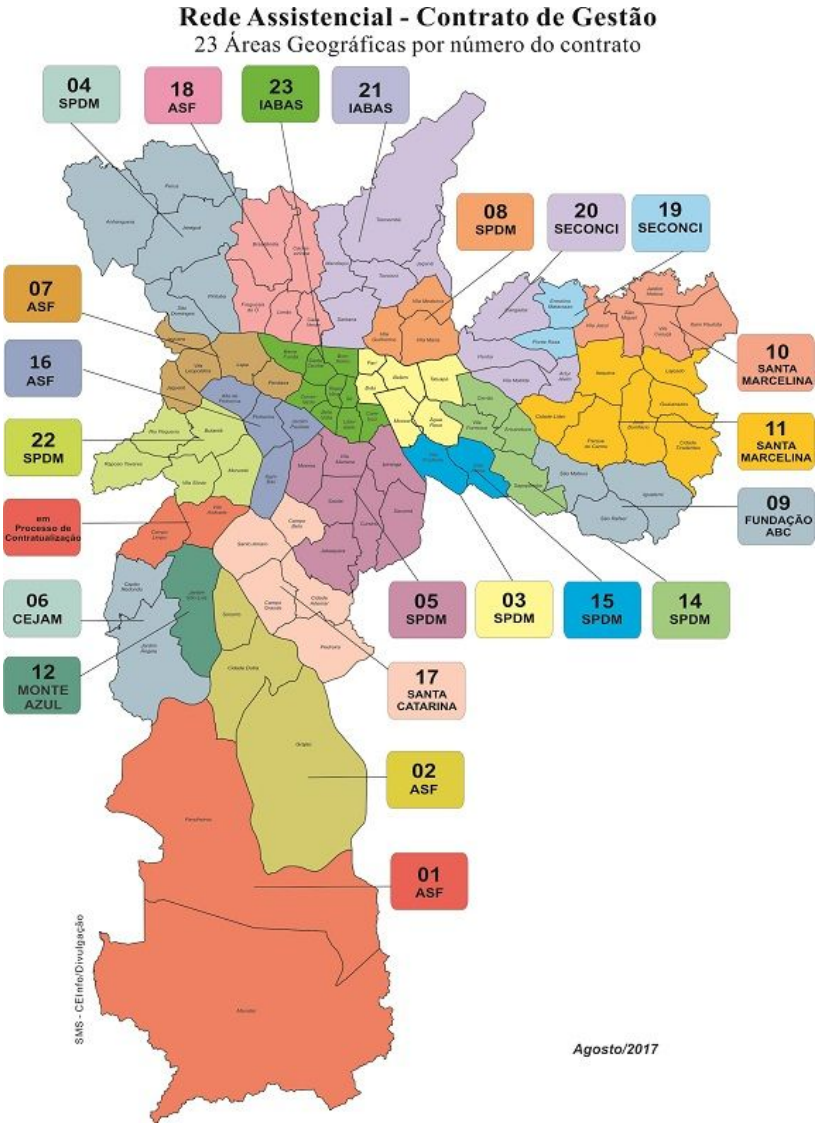
_____ _____

Participante da pesquisa Pesquisador responsável

ANEXOS Anexo 1 - Regiões, Prefeituras Regionais e Distritos do município de São Paulo. Prefeitura do município de São Paulo, 2010.

Disponivel em: https://bit.ly/3fbpxBc

Anexo 2 - Divisão da área geográfica do município de São Paulo conforme número do contrato de gestão com as Organizações Sociais de Saúde[20]. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 2017.



Disponível em: https://bit.ly/3cOFM5P

[20] Legenda: ASF - Associação Saúde da Família/ SPDM - Associação Paulista para desenvolvimento da Medicina/ SECONCI - Serviço Social da Construção Civil/ IABAS - Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde/ CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim / MONTE AZUL - Associação Comunitária Monte Azul/ SANTA MARCELINA - Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina/ SANTA CATARINA - Associação Congregação de Santa Catarina/ Fundação ABC

Anexo 3 - Extrato da notícia ¨Secretaria lança ‘Saúde Muito Além da Mesa’¨. Prefeitura do Município de São Paulo, 2014.

Linha de Cuidado de Sobrepeso e da Obesidade

A linha de cuidados articula as ações existentes na Secretaria e foca a adoção de hábitos saudáveis, especialmente no que diz respeito à alimentação e à prática de atividade física. A porta de entrada para o tratamento do sobrepeso e da obesidade é a Atenção Básica. No primeiro momento, o paciente passa 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 individual 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. Este 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.

Disponivel em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=180813

Emagrecer é Possível

Entre os munícipes que buscaram ajuda na rede municipal de saúde, a fim de conquistar o emagrecimento saudável, é possível destacar o caso da pequena Ana Beatriz (foto), de nove anos. Ela emagreceu três quilos em apenas 20 dias, após adotar a reeducação alimentar indicada pela nutricionista da UBS Jardim Marília (Cidade Líder).

De acordo com a mãe de Beatriz, a doméstica Davina Lima da Costa, de 50 anos, a pequena está em tratamento há quatro meses. "Estou seguindo tudo o que a nutricionista prescreveu. A alimentação dela está totalmente diferente. Agora ela consome produtos light. Ela só não gosta muito do arroz integral, mas come mesmo assim. Além da dieta, ela também faz aulas de zumba para ajudar a perder peso", disse Davina.

O caso do advogado Mauro Bialowas, de 56 anos também chama atenção devido à determinação e força de vontade para emagrecer junto com a esposa, a aposentada Claire Bialowas. "Comecei o processo de emagrecimento há quatro anos, no Centro de Convivência e Cooperativa (Cecco) Mooca. Perdi os 54 quilos nos primeiros dois anos e há dois venho mantendo. Aderimos de imediato ao programa em função do trabalho da nutricionista. Frequentamos com assiduidade, o que nos levou a um bom resultado. Foi mais fácil fazer a reeducação alimentar, pois fiz junto com minha esposa. Um colabora com o outro. Por isso, tivemos uma perda gradual e constante de peso", afirmou Bialowas.

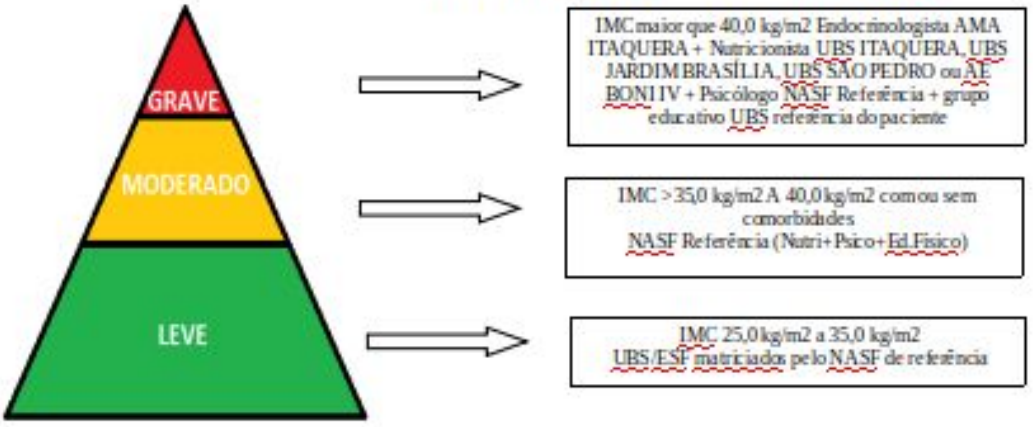
Para Claire, que perdeu 30 quilos, participar da Oficina Peso Saudável no Cecco foi muito positivo, pois a nutricionista passou estratégias para que o casal pudesse se precaver de alguns deslizes. "Não foi muito terrível, justamente porque fiz junto com o meu marido. Um dava coragem para o outro e realmente a coisa fluiu bem", disse.

Anexo 4 - Nota técnica linha de cuidado de sobrepeso e obesidade. STS Itaquera. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 2016.

Nota técnica LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE

A nota técnica serve como norteador da atenção em nutrição e alimentação para a REDE de atenção no território de Itaquera e explicita a ordenação do fluxo bem como os profissionais de referência nas Unidades Básicas de Saúde para cada nível de atenção.

1. FLUXOGRAMA DOS PACIENTES LCSO



2. DESCRIÇÃO DO CUIDADO EM APS

Grave: Atendimento com endocrinologista com retornos a critério médico e atendimento bimensal ou mensal nutricional individual com orientação dietética especializada para indivíduos com obesidade severa e que normalmente estão associadas às patologias endócrinas ou cardíacas. Apoio psicológico com a equipe NASF de Referência em paralelo e grupo educativo pelo técnico responsável pela LCSO. O objetivo desta fase é prevenir riscos e agravos relacionados à obesidade severa além de recuperar o estado nutricional e promover hábitos alimentares saudáveis, melhoria da qualidade de vida e promoção de perda de peso saudável.

Moderado: Atendimento multiprofissional quinzenal em grupo terapêutico-fechado nas UBS sede NASF incluindo a orientação dietética individualizada (consulta específica trimestral) para indivíduos com obesidade moderada e com ou sem patologias endócrinas ou cardíacas associadas. Apoio psicológico em grupo e se necessário adicionar uma consulta individualizada trimestral. Apoio e Incentivo às práticas corporais com o educador físico, após avaliação clínica da equipe nuclear ESF/UBS para aptidão física. O objetivo desta fase é recuperar o estado nutricional e promover a perda de peso saudável.

Leve: Atendimento mensal em grupo educativo aberto em todas as UBS do território. Apoio da equipe técnica de saúde ESF-UBS através do incentivo às práticas

saudáveis de alimentação e de práticas corporais ofertadas em sua UBS ou nos CEUS da região. Importante conter a avaliação clínica da equipe nuclear ESF/UBS para aptidão física e apoio matricial da equipe NASF semestralmente como suporte pedagógico. O objetivo desta fase é promover hábitos alimentares saudáveis, melhoria da qualidade de vida e promoção da perda de peso saudável.

Vale lembrar ainda que havendo necessidade após avaliação da equipe nuclear (médico/enfermeiro) pode-se encaminhar o paciente para o acompanhamento com o endocrinologista em qualquer nível da pirâmide. E o fluxo para cirurgia bariátrica deve ser a opção terapêutica para aqueles pacientes que no decorrer de 2 anos de estímulo não obtiveram a perda de peso mesmo com a intervenção multiprofissional em questão. Nesses casos a equipe NASF referencia para endocrinologista do **AMA ITAQUERA** que encaminha relatório ao regulador solicitando cirurgia bariátrica.

Os gerentes e UBS devem informar a interlocução LCSO mensalmente com as planilhas de monitoramento e a atualização do prontuário de grupo dos pacientes da linha.

Pacientes pós-bariátrica são referenciados para atendimento com endocrinologista e psicólogo do **AMA ITAQUERA** e nutricionistas das **UBS ITAQUERA, SÃO PEDRO, JARDIM BRASÍLIA ou AE JOSÉ BONIFÁCIO IV.**

3. REFERÊNCIA DO TERRITORIO NASF PARA ESF E UBS TRADICIONAIS

<table>
<tr><th>UBS</th><th>NASF A
SEDE SANTO ESTEVÃO
NUTRI MARISTER</th><th>NASF B
SEDE VILA SANTANA
NUTRI BIANCA</th><th>NASF C
SEDE JARDIM COPA
(AGUARDANDO NUTRI)</th><th>NASF D
SEDE VILA RAMOS
NUTRI JEANNE</th></tr>
<tr><td rowspan="2">UBS ESTRATEGIA SAUDE DA FAMÍLIA</td><td>UBS SANTO ESTEVAO</td><td>UBS VILA SANTANA</td><td>UBS GLEBA DO PÉSSEGO</td><td>UBS JARDIM HELIAN</td></tr>
<tr><td>UBS JARDIM SANTA MARIA</td><td>UBS SANTA TEREZINHA</td><td>UBS NOSSA SENHORA DO CARMO
UBS JARDIM COPA</td><td>UBS VILA RAMOS</td></tr>
<tr><td>UBS TRADICIONAIS</td><td colspan="4">UBS ITAQUERA (NUTRI CAROLINA), JARDIM BRASÍLIA (NUTRI CINTIA), SÃO PEDRO (NUTRI RAQUEL), JOSÉ BONIFÁCIO II</td></tr>
<tr><td>AMA / UBS INTEGRADA</td><td colspan="4">ÁGUIA DE HAIA, PARADA XV DE NOVEMBRO, VILA CARMOSINA, JOSÉ BONIFÁCIO I, JOSÉ BONIFÁCIO III</td></tr>
<tr><td>ATENÇÃO ESPECIALIZADA</td><td colspan="4">AE JOSE BONIFACIO IV (NUTRI GISELE)</td></tr>
</table>

4. RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE APOIO PARA ELABORAÇÃO DAS ATIVIDADES

Foi disponibilizado aos nutricionistas: o guia alimentar da população brasileira, dominó, quebra-cabeça e palavras cruzadas, além de fornecimento de material de apoio em PDF.

Anexo 5 - Currículo Lattes

Juliana Giaj Levra de Jesus

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/8267865101842367
ID Lattes: **8267865101842367**
Última atualização do currículo em 08/04/2020

Mestranda do programa de Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) com bolsa CAPES. Especialista em Saúde da Família pela Residência multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Nutricionista pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Foi aluna bolsista pelo programa Ciências Sem Fronteiras da Illinois State University em Normal, Illinois, Estados Unidos (2013-2014). Possui interesse nas áreas de Atenção Primária a Saúde (APS), Saúde da Família, Promoção da Saúde, Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e Culinária. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Juliana Giaj Levra de Jesus
Nome em citações bibliográficas	JESUS, J. G. L.
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/8267865101842367

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública Pacaembu 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (011) 30617955

Formação acadêmica/titulação

2018	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: As contradições intrínsecas ao processo de trabalho na atenção básica no município de São Paulo: um olhar sobre o cuidado da pessoa com obesidade,Orientador: Cláudia Maria Bógus. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
2016 - 2018	Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família. (Carga Horária: 5760h). Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil. Título: O PRESCRITO, O IMPLEMENTADO E O POSSÍVEL: O PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Orientador: Vera Lúcia Luiza e Rondinelli Mendes. Bolsista do(a): Ministério da Saúde, MS, Brasil.
2010 - 2015	Graduação em Nutrição. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2013 - 2014	Graduação em Nutrition and Dietetics. Illinois State University, ISU, Estados Unidos. com **período sanduíche** em Illinois State University (Orientador: CAPES). Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.

Formação Complementar

2018 - 2018	Oficina de educação permanente para implementação Guia Alimentar na AB. (Carga horária: 30h). Faculdade de Saúde Pública, FSP, Brasil.

Cláudia Maria Bógus

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/2777821546207314
ID Lattes: **2777821546207314**
Última atualização do currículo em 06/04/2020

Cláudia Maria Bógus possui graduação em Pedagogia (1987) pela Faculdade de Educação da USP, Especialização em Saúde Pública (1988), Mestrado (1992) e Doutorado (1997) em Saúde Pública e Livre-Docência (2009) em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Participou do Programa de Formação em Saúde Internacional da Organização Pan-Americana de Saúde em WDC (EUA) em 2001. É docente da Faculdade de Saúde Pública da USP desde 2004 e credenciada como orientadora de Mestrado e Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP desde 2005 e junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade desde 2013. Atua na área de saúde coletiva e saúde pública com ênfase em promoção da saúde, educação em saúde, participação social em saúde e políticas públicas em saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Cláudia Maria Bógus
Nome em citações bibliográficas	BÓGUS CM;BÓGUS C;BÓGUS, CLÁUDIA MARIA;Bógus, Cláudia Maria;BÓGUS, CLÁUDIA;BÓGUS, CLÁUDIA M;BÓGUS, CLÁUDIA M.;BOGUS, CLAUDIA MARIA
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/2777821546207314

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617955 Fax: (11) 30833501 URL da Homepage: http://www.usp.br/fsp

Formação acadêmica/titulação

1993 - 1997	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: A formação política e o fortalecimento da participação popular em saúde: o caso dos cursos de formação política de conselheiros de saúde da zona leste de São Paulo, Ano de obtenção: 1997. Orientador: Marcia Faria Westphal. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: conselhos de saúde; particpação social; processo educativo. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
1989 - 1992	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Reforma sanitária e a Educação Continuada: a importância do investimento nos recursos humanos locais de saúde,Ano de Obtenção: 1992. Orientador: Marcia Faria Westphal. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: educação em saúde; participação social; processo educativo. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
2001 - 2001	