

• Amanda Luisa Kessler¹
• Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz²
• Ilaine Schuch²

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre /Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, Departamento de Nutrição. Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência

Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz
elizianeruz@yahoo.com.br

Artigo originado do Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de Amanda Luisa Kessler, defendido em dezembro de 2019, orientado pelas professoras Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz e Ilaine Schuch. Porto Alegre, RS, Brasil.

As trajetórias assistenciais de usuários com obesidade na rede de atenção à saúde de Porto Alegre

The assistential trajectories of users with obesity in the health care network of Porto Alegre

Resumo

Introdução: Partindo de toda a complexidade envolvida no enfrentamento da obesidade, o objetivo deste estudo foi analisar as trajetórias assistenciais de usuários com obesidade pela Rede de Atenção à Saúde do município de Porto Alegre-RS. **Objetivo:** analisar as trajetórias assistenciais de usuários com obesidade pela Rede de Atenção à Saúde do município de Porto Alegre-RS. **Métodos:** Estudo qualitativo e exploratório, com indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica pela rede pública e profissionais de saúde, por meio de entrevista semiestruturada. **Resultados:** A partir da análise de conteúdo, foi possível traçar as trajetórias, destacando todos os pontos de atenção à saúde e profissionais acessados pelos usuários. Evidenciou-se que o cuidado à pessoa com obesidade se encontra fragilizado, ocorrendo em sua maioria em serviços especializados. A cirurgia bariátrica apareceu como uma opção central para o tratamento da obesidade, mesmo antes de se esgotarem outras tentativas de cuidado. Algumas das dificuldades apontadas foram a quase inexistência de equipe multiprofissional e a escassez de outras formas de cuidados. Como potencialidade, destacaram-se a facilidade de acesso e vínculos construídos na AB. **Conclusão:** Apesar dos avanços, o sistema de saúde brasileiro, em especial a Atenção Primária, ainda carece de melhorias, devendo ser vista não somente como primeiro local de acesso e encaminhamento, mas como ponto principal da rede, onde o usuário tenha suas necessidades reconhecidas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Obesidade. Sistema Único de Saúde.

Abstract

Introduction: Starting from all the complexity involved in coping with obesity, the objective of this study was to analyze the care trajectories of users with obesity through the Health Care Network in the city of Porto Alegre. **Objectives:** to analyze the care trajectories of users with obesity through the Health Care Network in the city of Porto Alegre. **Methods:** Qualitative and exploratory study, with individuals who underwent bariatric surgery through the public network and with a health professional, through semi-structured interview. **Results:** From the content analysis it was possible to trace the trajectories, highlighting all the points of health care and professionals accessed by the users. It became evident that obesity care is weakened, mostly occurring in specialized services. Bariatric surgery appeared as a central option for the treatment of obesity, even before other attempts at care were exhausted. Some of the difficulties pointed out were the almost inexistence of a multidisciplinary team and the scarcity of other forms of care. As a potentiality, ease of access, service, and connection stood out. **Conclusion:** Despite the advances, the Brazilian health system, especially Primary Care, still needs improvement,

and should be seen not only as the first place of access and referral, but as the main point of the network, where the user has their needs recognized.

Keywords: Primary Health Care. Obesity. Health UnicSystem.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil passou por diversas mudanças e transições, tanto na esfera demográfica, com aumento da expectativa de vida e da população de idosos, como na esfera epidemiológica e nutricional, com a diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas. Com relação a transição nutricional, cabe destacar que ela é caracterizada pela alta prevalência de excesso de peso na população, em todas as faixas etárias, de renda e em ambos os sexos.¹

O excesso de peso, que compreende casos de sobrepeso e obesidade, esteve presente em 59,4% da população em 2018, segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Vigitel).² Considerado importante fator de risco para doenças crônicas e sendo elas as maiores causas de óbito atualmente, observa-se que no mundo, 44% da carga de diabetes, 23% da carga de doença isquêmica do coração e entre 7% a 41% de determinados tipos de câncer são atribuídos ao sobrepeso e à obesidade.³

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como condição crônica de saúde definida pelo acúmulo excessivo de gordura no organismo que, por sua vez, traz consequências à saúde. O diagnóstico do sobrepeso e obesidade é realizado atualmente por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), através da aferição do peso e estatura do indivíduo.¹

No município de Porto Alegre, segundo dados do Vigitel de 2018, a frequência de adultos com excesso de peso corporal (IMC \geq 25 kg/m²) foi de 59,4%, quarta maior frequência de excesso de peso em relação às demais capitais. Já a frequência de adultos com obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) foi de 20,6% na capital gaúcha, chegando a 22,4% nos homens.²

É importante ressaltar que a obesidade é uma doença de caráter múltiplo e heterogêneo. Envolve não apenas predisposição genética, fatores biológicos e comportamentais, mas trata-se também de uma condição complexa e multifatorial, determinada por fatores históricos, econômicos, sociais e culturais, pela produção de alimentos e políticas públicas de saúde impactando nas escolhas alimentares.^{3,4}

Sob essa perspectiva e justificada por estudos que indicam sua crescente prevalência, a obesidade tem tensionado, de modo especial, as políticas públicas em termos de organização das ações de prevenção e tratamento dentro do SUS.⁵⁻⁷ Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, estando a obesidade como linha de cuidado prioritária. Nesse mesmo ano, foram publicadas ainda as portarias nº 424, que redefine as diretrizes para organização da linha de cuidado, e a nº 425, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, incluindo os critérios para realização de cirurgia bariátrica pelo SUS.^{8,9}

No Rio Grande do Sul (RS), desde 2014, iniciou-se o processo de elaboração de uma Rede Estadual de Assistência ao Paciente com Sobrepeso e Obesidade, tanto no sentido de reduzir a incidência de novos casos como na estruturação do tratamento dos indivíduos que já se encontram nessa condição. No entanto, esse processo de formulação de uma linha de cuidado não está totalmente implementado no estado e em Porto Alegre (capital do Estado do RS).

Destaca-se que as linhas de cuidados, como da Obesidade, não são reconhecidas apenas como protocolos preestabelecidos, mas como uma ferramenta para que os gestores possam pactuar fluxos de atendimento, de referência e contrarreferência, reorganizando os processos de trabalho, a fim de

facilitar o acesso do usuário com excesso de peso às unidades e serviços de saúde dos quais necessita.¹⁰

Historicamente, a avaliação em saúde considera, sobretudo, a perspectiva de gestores e profissionais de saúde, baseada em indicadores de morbimortalidade e epidemiológicos. No entanto, há insuficiência de processos avaliativos que, complementarmente a esses dados, também considerem a perspectiva centrada no usuário, cujas experiências de adoecimento e procura por cuidados possibilitem subsídios para uma melhor gestão social na saúde.^{11,12}

Dessa forma, o uso de trajetórias assistenciais tem sido uma ferramenta analítica qualificada, por permitir a identificação e o reconhecimento dos percursos, histórias e movimentos que constituem a trajetória dos usuários ou grupos na busca pela preservação ou recuperação da saúde pelos serviços de saúde, considerando o contexto e a complexidade em que estão inseridos. Permite-se, assim, analisar a organização, funcionamento e resolutividade das redes de atenção em saúde.^{11,13}

Um elemento interessante para abordar na análise das trajetórias assistenciais está na compreensão, como apontam Cecílio et al.,¹⁴ de que há uma atenção à saúde formal (legalmente instituída), mas também uma atenção real produzida cotidianamente por usuários e trabalhadores nos serviços. Isto significa que os modelos de atenção geralmente idealizados se materializam por meio de atos realizados no cotidiano por diferentes atores, que também agem com seus saberes e experiências, gerando um conjunto diferenciado de práticas, com novas e distintas modelagens.

Partindo então de toda a complexidade envolvida no enfrentamento do fenômeno obesidade, o objetivo deste estudo foi analisar as trajetórias assistenciais de usuários com obesidade pela Rede de Atenção à Saúde do município de Porto Alegre.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de campo exploratória, por meio de abordagem qualitativa. Estando o problema desta pesquisa conectado às práticas, processos de trabalho e organização dos serviços relacionados à trajetória assistencial à obesidade, entende-se que a abordagem qualitativa viabiliza a compreensão do contexto de determinado fato, abrangendo de forma aprofundada aspectos que se referem ao fenômeno pesquisado e possibilitando conhecer e descrever os processos presentes na sociedade.¹⁵

Os participantes da pesquisa foram seis indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica pela rede pública de saúde no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) ou que estavam sendo atendidos pelo serviço no pré-operatório. Optou-se por incluir no estudo sujeitos que realizaram a cirurgia bariátrica em tempos distintos, visando abranger mais elementos para compreensão da questão de pesquisa. Dessa forma, dos seis sujeitos participantes, três haviam realizado o procedimento cirúrgico há três meses (contando da realização da entrevista), dois haviam realizado a cirurgia há mais de um ano e um sujeito estava no ambulatório pré-operatório. As idades variaram entre 25 e 40 anos de idade, sendo cinco indivíduos com escolaridade de ensino médio completo e um com ensino fundamental completo, todos residentes no município de Porto Alegre.

Ademais, foi entrevistada uma profissional de saúde atuante no ambulatório de cirurgia bariátrica de um dos Hospitais de Referência do Estado, visando elucidar mais informações sobre o funcionamento do serviço e suas considerações sobre a atuação da Rede de Atenção à Saúde de

Porto Alegre no cuidado ao sobrepeso e obesidade. Sua participação na pesquisa foi fundamental para enriquecer as discussões apresentadas; suas falas foram identificadas por “EP” (Entrevistado Profissional).

Cabe enfatizar que, para a definição tanto do local quanto dos participantes do estudo, partiu-se do entendimento de que, em pesquisa qualitativa, o objetivo do que seria a amostra é possibilitar a produção de informações ilustrativas e aprofundadas. Seja o número de sujeitos participantes pequeno ou grande, o que importa é a possibilidade de aproximação com a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.¹⁵

Utilizou-se como técnica para coleta de dados uma entrevista semiestruturada, tendo como instrumento de coleta de dados um roteiro com temas e questões norteadoras que serviram como guia para condução da entrevista. Esta contou com a presença de questões abertas e fechadas que possibilitaram a obtenção de maior número de dados e informações com vistas a alcançar o objetivo do estudo.

Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado, conforme previamente agendado com os sujeitos. Antes da realização das entrevistas, foi apresentado para todos os sujeitos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para sua leitura e concordância de sua participação livre e voluntária. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob parecer nº 3.227.590.

A organização e análise dos dados se deu, inicialmente, através da transcrição integral das entrevistas gravadas e o registro de todas as informações coletadas. As trajetórias assistenciais foram retratadas através da análise das entrevistas, que, durante esse procedimento, foram identificadas e subdivididas em unidades de significação, que delinearão a constituição de categorias temáticas. A análise foi realizada com base no método de Análise de Conteúdo do tipo Temática.¹⁶

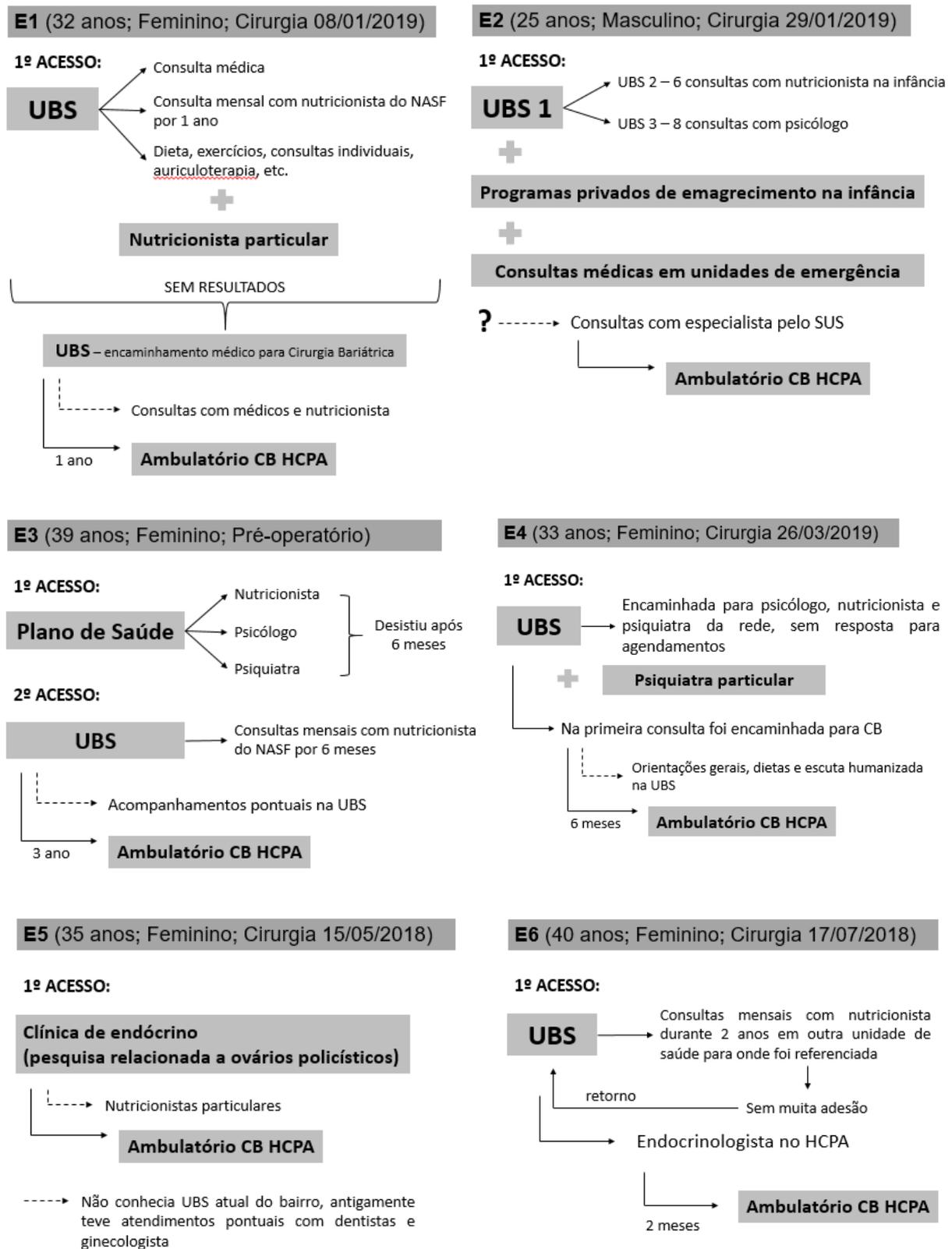
RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias temáticas que surgiram da análise das entrevistas, que serão apresentadas e discutidas a seguir, foram: “Trajetórias assistenciais de usuários com obesidade na Rede e a centralidade da Atenção Básica”, “Acompanhamento do cuidado à pessoa com obesidade: fragilidades e potencialidades da RAS” e “A cirurgia bariátrica como desfecho das trajetórias assistenciais”.

Trajetórias assistenciais de usuários com obesidade na Rede e a centralidade da Atenção Básica

Com base nas entrevistas, foi possível traçar as trajetórias assistenciais dos participantes pelos serviços e espaços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Porto Alegre-RS, destacando todos os pontos acessados e profissionais pelos quais os indivíduos passaram e receberam assistência no enfrentamento da doença. Todas as trajetórias estão apresentadas na Figura 1.

Figura 1. Trajetórias Assistenciais de usuários com obesidade pela Rede de Atenção à Saúde. Porto Alegre, 2019.



Fonte da Figura: Elaborada pelos próprios autores.

Baseado nos relatos, pode-se perceber que o primeiro local onde se buscou algum tipo de atenção foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) de referência dos participantes, como relatado a seguir:

Quando eu fiquei hipertensa, me sentia mal, enfim... ai eu observei que era pelo sobrepeso e fui até o posto de saúde e ele disse que realmente o sobrepeso também ajudava a aumentar a pressão... (E3)

Eu fui no posto de saúde pra conseguir a nutricionista...ai ele fez o encaminhamento pra nutricionista, fiz tudo, fiz um bom tempo, uns 2 anos mais ou menos. (E6)

A partir dessas informações, evidencia-se que uma das principais características das Redes de Atenção à Saúde, que é a Atenção Básica (AB) como porta de entrada para os serviços de saúde, está presente no cuidado à Obesidade em Porto Alegre.

Ao dispor das UBS e ESF como primeiro nível de atenção, a AB deve, a partir de uma concepção ideal, ser considerada a porta de acesso preferencial dos usuários no sistema.¹⁷ Além de unificação do sistema de saúde em torno de objetivos comuns pautados na atenção contínua, integral, de qualidade e humanizada, a AB teria também potência para ser um espaço de realização de ações de promoção, prevenção e recuperação, devendo, assim, prestar ações que atendam às necessidades dos usuários no tempo e lugar certo, coordenando o cuidado em todos os pontos de atenção.^{18,19}

Em face do reconhecimento da magnitude das doenças crônicas, dentre elas a obesidade, criou-se no Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e dentro dela a Linha de Cuidado Prioritária à Obesidade. Linha esta que, de acordo com Malta & Merhy,²⁰ ao ser composta pelo desenho de fluxos assistenciais, coloca responsabilidades para a AB no preparo não somente dos pontos macroinstitucionais da rede (baseada na AB e organizada para além dela), mas igualmente nos microinstitucionais (dentro da própria AB) para atender às necessidades dos usuários.

Considerando a AB a porta de entrada para o cuidado no SUS, observou-se, contudo, que muitos usuários foram orientados sobre a possibilidade de realização da cirurgia bariátrica já durante as primeiras consultas médicas, como ilustram as falas a seguir.

Tive um problema de depressão bem agravante devido ao peso. Foi aonde eu fui parar no posto de saúde e o médico me questionou do que eu achava da inscrição para a bariátrica. (E4)

Fui no posto que é perto da minha casa e ai conversei com médico e ele me deu a sugestão de tentar uma bariátrica pra fazer todo acompanhamento, porque antes eu já tinha feito lá com nutricionista, aquelas coisas e não tinha resolvido nada. (E1)

Esses relatos evidenciam que, mesmo sendo a AB a porta de entrada, há uma fragilidade do cuidado realizado nesse âmbito. Isso fica demonstrado quando, de um lado, mesmo havendo nutricionista (como na E1), esse cuidado parece ter sido falho, seja porque não ocorreu uma atenção desse profissional ao encontro da integralidade e complexidade que o cuidado da pessoa com obesidade exige ou por não ter ocorrido um

trabalho integrado/em equipe. E, de outro lado (como na E4), a fragilidade aparece quando a cirurgia bariátrica se torna uma opção central no cuidado médico para o tratamento da pessoa com obesidade, mesmo antes de se esgotarem outras tentativas de cuidado, como por exemplo, outras condutas.

Um dado importante observado é que as trajetórias assistenciais estudadas apresentaram, de modo geral, um fluxo de referência que vai da Atenção Básica ou Especializada (ambulatórios) para a Atenção Hospitalar, terminando na cirurgia. Porém, nenhuma das trajetórias apresentou fluxos compartilhados ou de volta para a Atenção Básica, ou seja, uma coordenação efetiva do cuidado realizada pela atenção básica, como preconizam as normativas para as linhas cuidado da pessoa com Obesidade.^{8,10}

Ao encontro desse achado, Cecílio et al.,¹⁴ ao analisarem as narrativas de usuários altamente utilizadores de serviços de saúde em dois municípios do ABC paulista, discutem que a Atenção Básica tem sido pouco reconhecida em seu papel estratégico de centro de comunicação de redes temáticas, como adequada reguladora do acesso e utilização dos serviços necessários para a integralidade do cuidado.¹⁴

Acompanhamento do cuidado à pessoa com obesidade: fragilidades e potencialidades da RAS

Mesmo que no estado a discussão sobre linhas de cuidado à pessoa com obesidade ocorram desde 2014,²¹ através da análise das trajetórias (Figura 1), evidencia-se que, na prática, muitos usuários, ao procurarem por cuidado nos serviços públicos da rede, encontraram dificuldades, como demora ou grande espaçamento entre as consultas, falta de recursos humanos - especialmente a quase inexistência de equipe multiprofissional na Atenção Básica e em serviços especializados - e ainda, a escassez de outras formas de promoção e prevenção da saúde, para além das consultas médicas individuais.

É que posto de saúde eles não tem muitos recursos né. Tinha as consultas, que ele fazia a pesagem tudo certinho, me dava a dieta correta pra mim fazer, esses eram os recursos que eles tinham. E me pediam pra fazer exercício também... Grupo não tinha, ali não tem. (E6)

Poderia ser mais seguido, é que dependendo assim, tu as vezes demora muito pra ir de uma consulta pra outra[no ambulatório de especialidades], poderia ser menos tempo. (E1)

Algumas trajetórias foram longas, como ilustra a Figura 1, tendo o usuário percorrido diversos serviços da rede (públicos e/ou públicos e privados) e por longos anos, porém com baixa resolutividade de suas demandas e adesão aos tratamentos. Outros, no entanto, apesar dos encaminhamentos para demais pontos da rede, não efetivaram seus atendimentos; e ainda, houve relatos de usuários que não acessaram a AB, tendo realizado o cuidado apenas em ambulatórios especializados da rede terciária do sistema de saúde.

É que na realidade a luta com o sobrepeso foi assim desde criança, então a gente sempre foi a médicos assim, tanto públicos quanto privados, só que nunca se achou o real problema. O exame dava bom e eu não preocupava com o peso em si. Mas assim, eu ia na nutricionista toda hora, ficava mudando assim, ia no psicólogo, no hospital, em programas privados de perda de peso... não ao mesmo tempo né, mas os que eu já passei... (E2)

Efeito sanfona, eu mesma tentando fazer dieta.... sozinha, sem nada, só com ele mesmo (médico US), a gente ia no posto por alguma doença... (E3)

O que pra mim faltou assim de repente a questão desses seis meses que eu tive do posto até ser chamada pro hospital de não ter tido nenhum outro acompanhamento específico assim né, foi só com o clínico assim, na medida também do que ele podia fazer, mas que eu não tive um retorno, nem do psicólogo, nem do psiquiatra, nem da nutri... (E4)

Similarmente, no estudo de Raupp et al.,²² que avaliou as trajetórias assistenciais na atenção às pessoas com condições crônicas mais prevalentes na região de cobertura da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde-RS, a grande maioria dos entrevistados também referiu não participar de ações de promoção e prevenção à saúde, mesclando ainda a busca por cuidados de saúde em serviços privados e públicos. Sendo este último, em alguns casos, somente para procedimentos eventuais e agudos de saúde.

Na pesquisa de Dornelles & Anton,¹⁹ que investigou a percepção dos profissionais da saúde de áreas diversificadas, atuantes nos três níveis de atenção, com relação à assistência aos usuários com sobrepeso e obesidade infantil no SUS, os mesmos referiram grande dificuldade na efetivação dos encaminhamentos para outras especialidades, especialmente nutricionistas e psicólogos, tanto pela pouca disponibilidade de consultas, quanto pela carência desses profissionais. Contudo, foram esses profissionais, juntamente com profissionais de Educação Física, que os médicos pesquisados mais sentiam necessidade de atuação conjunta na assistência à pessoa com obesidade.

As falas a seguir demonstram a importância que os usuários atribuíram aos atendimentos em equipe multiprofissional, sendo estas ocorridas em serviços privados ou mesmo já no serviço especializado do ambulatório pré-bariátrica.

Quando eu fui até o posto, a primeira intenção seria procurar por uma ajuda psiquiátrica, alguém que pudesse me auxiliar psicologicamente naquele momento. Aí foi quando o médico disse pra mim assim: 'não, eu vou te encaminhar pros dois, tanto pro psicólogo e nutricionista quanto pra bariátrica'. Que até hoje eu não recebi né... Fui ter tudo mesmo só depois que eu fui chamada pro hospital. [...] Lá tu tem o preparo total que tu precisa, e se realmente eles acharem que teu psicológico não tá bom, eles não te liberam. Isso foi o que me deixou tranquila e segura também. (E4)

Pelo o convênio, que era com nutricionista e psicólogo, foi a época que mais emagreci mesmo... mas me ajudou muito mesmo foi a psicóloga, que é um trabalho em conjunto mesmo né, a psicóloga ajudou bastante... e foi bom, foi a época que eu mais perdi peso. (E3)

Elemento semelhante foi percebido ainda no estudo de Raupp et al.,²² em que, através dos relatos dos usuários, pode-se perceber a presença predominante do modelo médico hegemônico (centrado na doença), estando as ações de cuidado multidisciplinar, como atendimentos com fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas, ocorridas somente em nível hospitalar.

Outra fragilidade relacionada diretamente ao lugar da AB na RAS diz respeito ao desconhecimento ou insegurança que os usuários trazem quanto à sua unidade de saúde de referência e os cuidados prestados na mesma.

Então eu não busco muito o posto de saúde, lá eu ia no dentista, ginecologista... era só pra isso mesmo assim. (E5)

Não, nem chega perto, tanto que nem dá vontade de voltar sabe (serviços da AB), não sentia segurança. Já aqui (ambulatório especializado hospitalar) quase chega a perfeição assim. Não sei como exatamente expressar isso... é que lá falta recurso no geral, na saúde em geral né, não tem muito como expressar isso. (E2)

Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Cecílio et al.,¹⁴ que discute o lugar da AB e a visão que os usuários têm dela em dois municípios do ABC paulista. Uma percepção muito compartilhada entre os entrevistados da pesquisa retrata a AB como um “lugar de coisas simples”, sendo um espaço para obtenção de medicamentos, encaminhamentos, pedidos de exames e mesmo de documentos para se conseguir benefícios sociais. Há uma certa fragilidade quando se trata da AB como coordenadora do cuidado, carecendo de condições materiais/tecnológicas e simbólicas, que a fariam ocupar, de fato, uma posição de centralidade na coordenação da RAS.

De acordo com as falas da enfermeira atuante no ambulatório de cirurgia bariátrica do HCPA, a mesma considera que a RAS têm sido falha em muitos sentidos, pois a assistência que se preconiza que o usuário com obesidade tenha na rede, e especialmente na AB, muitas vezes só é efetuada no nível ambulatorial hospitalar.

De um modo geral eu acho que os postos de saúde e a linha de cuidado tem sido falha... eu vejo que muitos pacientes quando vêm pro programa de cirurgia bariátrica aqui do hospital não passaram por nutricionista, não fizeram nenhum acompanhamento pré-operatório né, não passaram nem por um psiquiatra, apenas um médico indicou... e alguns também nem sabem direito o porquê da indicação da cirurgia bariátrica. Então eu acho que tem sido bem falha assim. (EP)

Outra consideração preocupante percebida pela profissional é vista no relato a seguir, em que muitos pacientes tiveram a trajetória assistencial falha que nem mesmo compreenderam o porquê da indicação para o procedimento cirúrgico.

Muitos pacientes chegam aqui e nunca ouviram nem falar em prato saudável... nas orientações que a gente dá aqui. Tem pacientes que nunca tentaram fazer, e tem alguns que até dizem assim ‘ah eu nem sei porque eu tô aqui, o médico disse que eu precisava emagrecer e mandou pra cá’. Então é isso que eu vejo, aqui realmente a gente tem uma estrutura bem forte de nutricionista e a gente acaba fazendo o trabalho que deveria ter sido feito na UBS nesses dois anos [...] Porque a gente quase sempre vê no prontuário ou eu pergunto ‘já tentou fazer algum tratamento, alguma dieta antes? Nas consultas a gente sempre pergunta né, ‘ah não, nunca tentei sabe, eu faço aquelas dietas lowcarb que eu vi num livro, vi na televisão’, a maioria fala assim [...]. (EP)

Por outro lado, como potencialidade da AB, muitos entrevistados consideram suas unidades de saúde de referência como locais de fácil acesso e atendimento, referenciando o vínculo com os profissionais da AB como uma potencialidade.

Nunca perdi o contato com o posto. Sempre que posso eu vou ali...pra não perder esse contato, porque eu acho que é importante, é pertinho de casa também né. A rede de saúde que é demorada mesmo, pela capacidade. Mas assim, eu sempre fui bem tratada, não posso reclamar. O próprio médico do posto ele dizia pra mim 'Se não tiver com quem conversar, vem aqui, tira uma consulta e vem conversar comigo, eu posso não te ajudar muito, a não ser dentro da minha área, mas eu posso te ouvir'. Então assim, toda vez que eu precisei eu fui muito bem atendida. (E4)

Eu sempre fui muito bem atendida no posto que tenho perto de casa. Até hoje eu consulto com ela (médica da ESF). (E6)

Ainda, uma usuária referiu que em sua unidade de saúde participou de grupos e realizou auriculoterapia como partes complementares para o tratamento, mesmo já estando na fila de espera para a cirurgia.

Eu continuei indo nas consultas mesmo assim, porque daí depois quando me chamaram, acho que demorou uns 2 anos pra me chamarem, aí eu continuei fazendo o acompanhamento com a nutri, auriculoterapia, exercício lá no posto do bairro... depois eu vim pra cá e tudo passou pra cá. No caso eu saio de lá e passou todas as consultas pra cá. (ambulatório especializado hospitalar) (E1)

Ademais, é evidente a satisfação dos entrevistados com o atendimento prestado pelo serviço do ambulatório de cirurgia bariátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, tanto no pré, como no pós-operatório. Essa satisfação parece estar relacionada justamente com elementos que dizem respeito ao atendimento multi/interprofissional e integral, tão valorizados e preconizados no cuidado e não encontrada em outros pontos da rede, como discutido anteriormente.

Deu pra aprender bastante coisa nos grupos assim. Tem a disponibilidade do grupo da ginástica, dos exercícios, tem antes, tem depois da cirurgia também. (E1)

Passei com psicólogo, passei com psiquiatra, com a endócrino, com a nutri... deixa eu ver se faltou alguma coisa... ah, fiz terapia... (refere-se ao ambulatório especializado hospitalar).(E4)

Aí eu comecei a fazer a consulta com a psicóloga, com nutricionista, com a equipe toda né, eu tinha consulta com todos, então não tinha porque ir buscar isso fora, então foi tudo aqui. (E5)

Atualmente, o maior obstáculo imposto ao sistema de saúde brasileiro está ligado à construção de uma rede de saúde que seja, de fato, resolutiva, hierarquizada e igualitária, através de linhas de cuidado que partam da AB e alcancem o panorama de cuidado em todos os níveis de atenção. Na prática, o sistema de saúde tem funcionado mais enquanto uma "rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma ainda desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos"²³ (p.19).

Algumas reflexões poderiam ser construídas a partir dessa problemática: estaria a AB servindo apenas como um canal de encaminhamento para os serviços especializados? Ou ainda, estaria a AB tão sobrecarregada, desvalorizada, sem formação adequada dos profissionais, com falta de recursos humanos, financeiros e de uma rede de suporte, vendo como saída para o cuidado da pessoa com obesidade somente os serviços terciários ligados às equipes de cirurgia bariátrica?

A cirurgia bariátrica como desfecho das trajetórias assistenciais

O tempo de espera do usuário desde o encaminhamento até ser chamado para o ambulatório de cirurgia bariátrica variou de dois meses até três anos de espera.

Cabe ressaltar que um procedimento cirúrgico não é algo isolado para o paciente, pois requer um preparo prévio no âmbito familiar, social e pessoal, contribuindo para o surgimento de ansiedade e de estresse. São necessárias, inclusive, tentativas prévias para perda de peso, visto que a cirurgia é um procedimento complexo e não necessariamente uma solução. No estudo prospectivo de Cambi, Marchesini & Baretta,²⁴ em Curitiba, dos 49 pacientes que realizaram cirurgia bariátrica, após recidiva de peso, o IMC variou de eutrofia (IMC 25,2 kg/m²) à obesidade grave novamente (IMC 53,4 kg/m²).

Em estudo realizado com 100 pacientes adultos, candidatos à cirurgia bariátrica e aqueles já submetidos a essa cirurgia com tempos diferentes de pós-operatório, assistidos em nível ambulatorial no Hospital Universitário de Sergipe, foi verificado que apenas 27% dos indivíduos com obesidade fizeram acompanhamento nutricional e em se tratando de atendimento psicológico apenas 18%, ressaltando também o reganho de peso em 71 indivíduos.²⁵

A recidiva de peso, mesmo após procedimento cirúrgico, é algo a ser considerado, confirmando que a obesidade é uma doença crônica, multifatorial e progressiva que requer acompanhamento e tratamento específico e contínuo, junto de uma equipe interprofissional e de gestores, que visem à mudança de hábitos e comportamentos não só individuais, mas também dos ambientes alimentares e contexto em que as pessoas estão inseridas.^{1,4}

Considerando-se as trajetórias assistenciais, é importante frisar que alguns usuários também relataram que o serviço especializado teria sido o primeiro local para cuidado. E, novamente, o encaminhamento para a cirurgia surge como uma conduta que parece ser simples como exemplificado nas falas:

Eu acho que fui umas 2 vezes assim (na Unidade de Saúde), que eu tava enjoado, coisa assim... mas não pelo sobrepeso [...] Foi o Otorrino, daqui mesmo (do hospital), ele que me encaminhou. Chegou um momento que eu tava fazendo a consulta aqui no otorrino e ele falou 'Ah tu tá roncando muito por conta do sobrepeso, tu não quer fazer a cirurgia. (E2)

Quando eu tinha 26 anos uma colega me recomendou pra fazer uma pesquisa porque eu tinha muitos pelos e tinha aberto uma pesquisa pra ovários policísticos. Eu vim, participei, fiz 3 anos de tratamento, não tive sucesso e então fui encaminhada para fazer a bariátrica, através da equipe dos ovários policísticos, da endócrino daqui. (E5)

Segundo Nunes et al.,²¹ a resposta mais adequada, no campo das políticas públicas atuais, parece ser a união de esforços intersetoriais e multidisciplinares para a implementação de ações condizentes com a necessidade do perfil de saúde e nutrição da população. Dentro desse propósito, é imperativo incluir

intervenções capazes e possíveis de ser executadas por cada ponto da RAS no tratamento e prevenção de agravos à saúde ocasionados pela transição demográfica e nutricional.

Tendo em vista esse crescimento acelerado da obesidade e a ineficiência dos cuidados na rede, evidencia-se um significativo aumento da realização de cirurgias bariátricas via sistema público de saúde: em nove anos, foram realizados 24.342 procedimentos pelo SUS, liderados pelas regiões Sudeste e Sul do Brasil, que atualmente é o segundo país do mundo onde mais se realizam cirurgias bariátricas. No que tange aos custos atribuíveis à obesidade, o impacto econômico no Brasil, no ano de 2011, foi de quase meio bilhão de reais, sendo R\$ 31,5 milhões somente de gastos relacionados à realização de cirurgias bariátricas no SUS.^{26,27}

Dado que a obesidade é um agravo multifatorial, resultante de uma complexa interação entre fatores externos (meio ambiente, contextos e convívios sociais, nível econômico e educacional) e internos (predisposição genética, comportamentos), se fazem necessárias ações tanto no nível individual quanto na construção de ambientes que contribuam para um estilo de vida mais saudável. As estratégias e políticas públicas devem levar em consideração, portanto, o modo de vida contemporâneo, que estimula cada vez mais o consumo de alimentos ultraprocessados e densos em calorias, quanto os aspectos relacionados ao ato da comensalidade e escolhas alimentares, a fim de resgatar atitudes e comportamentos saudáveis em relação a comida e ao estilo de vida.³

No documento estadual referente à Linha de Cuidado ao Sobrepeso e Obesidade no RS, o mesmo considera esta linha com uma das mais desafiadoras, pois é uma doença crônica que traz repercussões financeiras importantes para seu tratamento, bem como impacta significativamente na vida social do indivíduo acometido.

A prevenção e o diagnóstico precoce do sobrepeso e da obesidade constituem demanda desafiadora para os gestores do SUS e todos os atores envolvidos na atenção à saúde[...] Existem evidências que tratamentos convencionais que envolvam mudanças no estilo de vida têm comprovada eficácia. Nesse propósito, a Atenção Básica de saúde é o espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações que enfatizem a adoção de estratégias preventivas precoces através de abordagem nutricional.²¹(p.4).

Porém, na prática e conforme evidenciado pelas trajetórias assistenciais descritas, percebe-se que apesar de a Atenção Básica existir e ser considerada espaço priorizado para ações de promoção da saúde, não há uma RAS forte que dê suporte às ações de A.B.A. Atenção Básica encontra-se fragilizada, pois não há trabalho interprofissional e a atenção não consegue dar conta das necessidades em saúde da população e do cuidado integral na sua capacidade de produzir saúde ao encontro do contexto social, cultural, político e econômico em que as pessoas vivem e do conjunto de necessidades que a população apresenta, não apenas aquelas diretamente ligadas às doenças.²⁸ Dessa forma, o cuidado com as pessoas com sobrepeso/obesidade encontra-se fragilizado e em processo de desassistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das trajetórias assistenciais descritas, percebe-se que a Rede de Atenção à Saúde do município de Porto Alegre encontra-se fragilizada no que diz respeito ao cuidado das pessoas com obesidade.

Evidenciou-se que a maior parte do cuidado na Rede de Atenção à Saúde ocorreu já em serviços especializados, como o próprio ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital. Os usuários reconheceram esse local como de qualidade, tanto pelo acompanhamento multiprofissional quanto pelos recursos disponíveis.

Além disso, a ampla utilização de serviços privados como tentativas de resolução daquilo que o sistema público não daria conta de resolver revela o quanto, de uma maneira geral, o SUS ainda não conseguiu garantir a integralidade (conjunto de ações de prevenção, promoção e tratamento, olhar ampliado realizado por diferentes profissionais da saúde) e a longitudinalidade do cuidado. O sistema de saúde complementar ocupa papel significativo na oferta de serviços para esse problema de saúde no país.

As trajetórias descritas apontam, ainda, a necessidade de reavaliar, junto com os gestores, profissionais de saúde e controle social, a forma como estão sendo organizadas e executadas as Redes Temáticas e Linhas de Cuidados, bem como quais mudanças precisam ser implementadas para responder às necessidades dos usuários, considerando a alta prevalência de obesidade no Rio Grande do Sul e o expressivo número de procedimentos cirúrgicos para tratamento desta condição.

Por fim, cabe enfatizar que o sistema de saúde brasileiro, em especial a AB, apesar de seus avanços, especialmente no que diz respeito à cobertura assistencial e resolutividade, ainda carece de melhorias. Deve voltar o olhar não somente para as agudizações dos problemas e acesso as demandas para resolver questões de saúde quando já estão instalados, mas também para os agravos crônicos e seu acompanhamento. A rede básica é produtora de valores de uso para milhões de indivíduos e, portanto, deveria ser defendida como uma conquista a ser consolidada e aperfeiçoada, sendo vista não somente como o local de primeiro acesso e de passagens para outros serviços, mas como ponto principal da rede de atenção, no qual o usuário realmente tenha suas necessidades atendidas, de forma integral, contínua e de qualidade.

Desta forma, acredita-se que este trabalho contribuiu para uma discussão sobre como está sendo realizado o cuidado no enfrentamento da obesidade na rede pública de saúde do município de Porto Alegre. Foram elucidadas potencialidades e fragilidades a partir de distintas experiências e trajetórias dos usuários pela rede de serviços, fazendo usos variados desses espaços em função de suas necessidades individuais e da oferta de ações e recursos disponíveis.

Contudo, salienta-se que os resultados se limitam a uma amostra pequena de usuários, fazendo-se necessários outros estudos de diferentes localizações do país e com diferentes públicos, embora as pesquisas encontradas na literatura demonstrem achados semelhantes aos do presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

4. Castro IRR. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. *Cad Saude Publica* 2017; 33(7):1-3.
5. Castro JM, Ferreira EF, Silva DC, Oliveira RAR. Prevalência de sobrepeso e obesidade e os fatores de risco associados em adolescentes. *Ver Bras Obes Nut e Emag* 2018; 12(69):84-93.
6. Souza MGD, Vila L, Andrade CB, Albuquerque RO, Cordeiro LHO, Campos JM, et al. Prevalência de obesidade e síndrome metabólica em frequentadores de um parque. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2015; 28(1):31-35.
7. Costa MAP, Vasconcelos AGG, Fonseca MJM. Prevalência de obesidade, excesso de peso e obesidade abdominal e associação com prática de atividade física em uma universidade federal. *Ver Bras de Epid* 2014; 17(2):421-436.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União* 2013; 19 mar.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. *Diário Oficial da União* 2013; 19 mar.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
11. Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Junior AGS. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2016.
12. Junior ST. Trajetórias Assistenciais de Usuários com Transtornos Psíquicos na Rede de Saúde do Município de Porto Alegre. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
13. Argenton IS, Pilecco RL, Dolinski C, Medeiros CRG. A Análise de Trajetórias Assistenciais como Metodologia de Integração Ensino-Serviço na Saúde. *Ver Bras Educ Med* 2018; 42(4):184-190.
14. Cecílio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2893-2902.
15. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez.

19. Dornelles AD, Anton M. A percepção dos profissionais da saúde acerca da atenção ao sobrepeso e à obesidade infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). *Aletheia* 2013; 41: 53-66.
20. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface* 2010; (14)34: 593-606.
21. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Departamento de Ações em Saúde. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Rio Grande do Sul - Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade. 2014.
22. Raupp LM, Dhein G, Medeiros CRG, Grave MTQ, Saldanha OMFL, Santos MV, et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis* 2015; 25(2):615-634.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
24. Cambi MPC, Marchesini SD, Baretta GAP. Reganho de peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2015; 28(1):40-43.
25. Rocha A, Hociki KR, Oliveira TV. Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *Ver Bras Obes Nut e Emag* 2017; 11(63):187-196.
26. Carvalho AS, Rosa RS. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010- 2016. *Epidem Serv de Saude* 2018; 27(2):1-10.
27. Oliveira ML. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília. Tese [Doutorado em Nutrição Humana] - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2013.
28. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001; 39-64.

Colaboradoras

Kessler AL, Ruiz ENF e Schuch, I participaram de todas as etapas; concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 30 de abril de 2023

Aceito: 12 de julho de 2023