

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LETÍCIA GASPAR TUNALA MENDONÇA

Promoção da saúde
Análise do processo de um grupo de reeducação alimentar em um hospital
universitário

São Paulo
2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LETÍCIA GASPAR TUNALA MENDONÇA

Promoção da saúde
Análise do processo de um grupo de reeducação alimentar em um hospital
universitário

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora.

Área de concentração: Psicologia Social.
Orientadora: Prof. Dra. Vera S. F. Paiva
Co-Orientador: Prof. Dr. José Ricardo C.
M. Ayres

São Paulo
2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**Ficha Catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca
e Documentação do Instituto de Psicologia da USP**

Mendonça, L. G. T.

Promoção da saúde: análise do processo de um grupo de reeducação alimentar em um hospital universitário / Leticia Gaspar Tunala Mendonça – São Paulo: s.n., 2005. – 158p.

Tese (doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho.

Orientadora: [Vera Silvia Facciolla Paiva](#).

Co-orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

1. Promoção da saúde 2. Comportamento alimentar 3. Grupos 4. Vulnerabilidade 5. Psicossocialização I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Letícia Gaspar Tunala Mendonça

Promoção da saúde. Análise do processo de um grupo de reeducação alimentar em um hospital universitário

Tese apresentada para obtenção do título de Doutora ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
Área de concentração: Psicologia Social.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à maternidade, experiência capaz de traduzir toda a filosofia embutida neste trabalho e muito mais; ao Rodrigo e ao Enzo, a quem devo a possibilidade de vivê-la com a paz, a segurança e o amor que ela merece.

AGRADECIMENTOS

A tarefa de agradecer a todos que contribuíram para a realização desta tese não é nada fácil. Afinal foram, - entre trancamentos, prorrogações e prazo oficial - seis anos de muitas experiências profissionais e pessoais, ambas muito intensas e que certamente estão aqui, direta ou indiretamente.

Peço antecipadamente desculpas por não incluir TODOS que participaram desta jornada e gostaria de mencionar os infinitos, inestimáveis e essenciais apoios das pessoas abaixo:

- dos colegas e pacientes do CPS que me ensinaram muito com suas experiências;
- do Dr. Mario Ferreira Júnior e Prof. Dr. Milton Arruda Martins que autorizaram minha licença para acabar de escrever a tese, após quatro meses de licença-maternidade;
- dos meus colegas que me substituíram durante este longo período, especialmente Renata, Alfredo e Ana Claudia;
- dos profissionais dos grupos de nutrição e atividade física, competentes e dedicados, que bravamente se disponibilizaram a mostrar seu trabalho para que pudéssemos aprender;
- das assistentes de pesquisa, Bruna, Fernanda, Paula e Eliana, e especialmente a Bruna Robba Lara, que trabalharam com muita competência e presteza;
- da Nalva e Cecília, pela ajuda com diagramações, impressões, cópias da qualificação e outras dicas valiosas;
- dos colegas do Nepaids que ouviram as idéias iniciais deste trabalho e me ajudaram a delimitar melhor os seus objetivos;
- das professoras Eliane Correa Chaves e Rosalina Silva, que a convite da orientadora deste trabalho, Vera Paiva, num esforço de solidariedade feminina, aceitaram realizar o exame de qualificação num ambiente que não prejudicasse a amamentação de meu filho, no momento com 3 meses de vida;
- dos meus amigos, especialmente o Robson e a Aninha, que compartilharam alegrias e dificuldades, tornando o processo mais leve;
- dos meus orientadores, Veroca e Rico, em quem descobri mais do que intelectuais brilhantes, mas seres humanos maravilhosos e generosos;

- dos meus pais, Roberto e Elizabeth, para quem não há adjetivos que expressem o valor de sua dedicação aos filhos (e neto), possibilitando conquistas como esta;
- dos meus irmãos e cunhadas, tão amáveis e presentes;
- da Lelé e da Bá, pelos telefonemas e visitas acompanhando e ajudando bem de perto;
- da família de meu marido, especialmente minha sogra, Denise, que dedicou muito do seu tempo a me ajudar, deixando distante sua casa;
- da minha ajudante, Maria, que foi “ponta firme” desde que iniciou e trouxe-me tranqüilidade ao encontrar minha casa e meu filho cuidados;
- e finalmente, do meu marido, Rodrigo, e meu filho, Enzo, que são as maiores riquezas da minha vida e fontes de toda a força que tenho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Veroca,

Muitos intelectuais são maravilhosos, você também.

Uma e somente uma atinge o sublime.

Muito obrigada para sempre...

RESUMO

MENDONÇA, L.G.T.. **Análise do processo de um grupo de reeducação alimentar em um hospital universitário**. 2005. 158f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Diversas alterações no âmbito social, cultural, político e econômico no Brasil repercutiram na forma como os serviços de saúde têm se organizado para atender às demandas atuais. A psicologia da saúde tem contribuído para iniciativas de promoção da saúde e o diálogo entre esses dois campos parece promissor. O objetivo deste estudo foi examinar criticamente um processo de grupo de aconselhamento para reeducação alimentar, em curso no Centro de Promoção da Saúde do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Este estudo qualitativo utilizou: uma entrevista estruturada no início da atividade do grupo, a observação das sessões de grupo, uma entrevista semi-estruturada ao final, e um grupo focal 10 meses depois dos grupos encerrados. A análise dos resultados foi realizada através da categorização do material colhido no diário de campo, nos relatórios e transcrição de grupos e entrevistas, organizados através da análise de conteúdo. A análise crítica dos modos de realização do modelo proposto no serviço foi orientada pelos quadros teóricos da vulnerabilidade (individual, programática e social) e da emancipação psicossocial, e inspirada na metodologia de “cenas”, tal como desenvolvida no campo da prevenção do HIV e da aids. Nos resultados descreveu-se: o perfil dos participantes; as motivações, as definições de saúde e de promoção de saúde, com percebem o HC; o estabelecimento do *setting* e da coordenação; a linguagem e a dinâmica da interação; o compartilhamento e a importância dos outros significativos; as cenas de adesão ou não adesão

às recomendações e o contexto sócio-cultural. Conclui-se com sugestões para a reorganização do programa, o treinamento continuado de profissionais envolvidos na promoção da saúde e para novos estudos relevantes para intervenções afins.

Palavras-chave: promoção da saúde, comportamento alimentar, grupo, vulnerabilidade, cena, psicossocial, educação em saúde.

ABSTRACT

MENDONÇA, L.G.T. **Analysis of a nutrition reeducation group process at university hospital.** 2005. 158f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Several changes at the Brazilian social, cultural, political and economical scope have influenced the way health services have been organized in order to attend the present demand. Health psychology has contributed for health promotion initiatives and the dialogue between these areas seems promising. The objective of this study was to critically examine the group counseling process for nutrition reeducation held in the Center of Health Promotion of the General Clinic Service of Medicine School of the University of São Paulo, regarding its aims and the progress as seen by its participants. This qualitative study began with a structured interview at the beginning of the group activities, followed by the observation of all group sessions, a semi-structured interview at the end, and a focus group ten months after the groups were finished. The analysis used the categorization of data collected on the field journal, the reports and the transcription of group sessions and interviews, organized through content analysis. The frameworks for critical analysis of the implementation of the proposed model were the notion of vulnerability (individual, programmatic and social) linked to a psychosocial emancipatory approach, inspired by the use of scenes as a data collection and intervention procedure, as in the field of HIV/aids prevention. The results sessions described: the participants' profile; the motivations and the definitions of health and health promotion, and how they perceive the HC; the setting establishment and the coordination; the language and the interaction dynamic; the sharing and the relevance of significant others; adherence and non- adherence scenes and the socio-cultural context. The present study concluded with

suggestions for the reorganization of the program, for the ongoing training of professionals involved in health promotion, and for new studies aiming similar interventions.

Keywords: health promotion, eating behavior, group, vulnerability, scenes, psychosocial, health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACMG	Ambulatório de Crônicos da Clínica Geral
CPS	Centro de Promoção da Saúde
CPS-FMUSP	Centro de Promoção da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
CTF	Canadian Task Force
DST/AIDS	Doença Sexualmente Transmissível/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC	Hospital das Clínicas
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da Imuno Deficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MT	Modelo Transteórico
PAPA	Pergunte, Aconselhe, Prepare, Acompanhe
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS
USP	Universidade de São Paulo
USPSTF	US Preventive Services Task Force

SUMÁRIO

1. Introdução	1
1.2 Promoção da saúde e a contribuição de abordagens psicossociais	13
2. Objetivos	18
2.1. Objetivo geral	18
2.2. Objetivos específicos	18
3. Método	20
3.1 O Centro de Promoção da Saúde do HCFMUSP	20
3.2 Descrição dos grupos	23
3.3 Procedimentos	28
3.4 Instrumentos da pesquisa de campo	30
3.5 Recrutamento dos participantes e estratégia da pesquisa	35
4. Aspectos éticos	36
5. Apresentação e discussão dos resultados	38
5.1. Recusa e desistência	38
5.2. Caracterização dos participantes	38
5.3 Ponto de partida: expectativas sobre o grupo	51
5.4 De que grupo falamos: estabelecimento de contrato e <i>setting</i>	68
5.5 A coordenação do grupo	78
5.6 Cenas e contextos de adesão às orientações dadas	98
5.7 A não adesão	118
6. Destaques da apresentação e discussão dos resultados	124
7. Conclusão	134
8. Referências Bibliográficas	141
Anexos	147

1 Introdução

O desenvolvimento tecnológico e do conhecimento no campo farmacológico, médico e de saúde pública – saneamento básico, uso de antibióticos, vacinas, transplantes de órgãos etc - vem contribuindo para o aumento da expectativa de vida das pessoas. Assistimos também a uma modificação de hábitos alimentares e de estilo de vida, como o aumento do consumo de alimentos industrializados e pouca quantidade de atividade física diária.

Ao mesmo tempo, hospitais e grupos de auto-ajuda têm incorporado mais fortemente nas últimas décadas o trabalho de ensinar às famílias cuidados básicos e o auto-cuidado, e exercido um papel importante de socialização. A inserção do psicólogo na área da saúde vem crescendo nos últimos anos, especialmente com práticas que extrapolam a clássica atividade focalizada em distúrbios e sofrimento psicológicos e psiquiátricos, tanto em hospitais como em outras instituições de saúde (Miyazaki et al, 2002 e Yamamoto et al, 2002). Este crescimento promoveu discussões a respeito da definição de um campo, o da psicologia da saúde, bem como valorizou estudos teóricos e técnicos que puderam definir intervenções mais adequadas às diferentes realidades institucionais e a cada contexto social.

Este contexto propiciou um maior desenvolvimento de dois campos que fazem parte do diálogo que pretende ser estimulado pelo presente estudo: entre a “psicologia da saúde” e “promoção da saúde”.

Baseado nas proposições da *American Psychological Association*, Serafino, 1994 (apud Yamamoto et al., 2002) define o campo da psicologia da saúde como “um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais advindas da Psicologia para (a) a promoção e a manutenção da saúde; (b) a prevenção e o tratamento de doenças; (c) detecção

de doenças; e (d) melhoria dos sistemas de cuidado com a saúde (op. cit. pág 2).” Matarazzo, 1980 (apud Kerbauy, 2002) apresenta uma definição muito semelhante para o campo.

Consta na Carta de Ottawa (1986), documento de referência escrito na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, uma das definições mais divulgadas do campo:

Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação nesse processo [...] A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver [...] Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção de saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial em saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes da sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres [...] As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade [...] cinco campos de ação para promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes saudáveis à saúde; desenvolvimento de habilidades individuais; reforço da ação comunitária; reorientação dos serviços de saúde (Canadá, Ottawa, 1986).

A noção de promoção da saúde tem sido referência para intervenções com aplicações em diversos níveis, do plano mais estrutural na definição de políticas públicas¹ como os projetos de municípios e ambientes saudáveis, até o plano programático, com a proposta de reorganização de serviços hospitalares. Neste último plano, a prática do aconselhamento individual ou em pequenos grupos, realizados por profissionais de saúde treinados, visa a mudança de comportamento não saudáveis e que oferecem risco à saúde.

¹ Algumas destas propostas podem ser lidas na publicação do Ministério da Saúde do Brasil, intitulada Promoção da Saúde, 2000 (ver referência FERREIRA JÚNIOR, M., MARTINS, M. A. Centro de Promoção da Saúde: um novo conceito de ensino, pesquisa e prestação de serviços preventivos de saúde na clínica geral. Revista de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, ano1 (4), 2000.

Em alguns serviços e programas de promoção da saúde, ambiciona-se usar modelos sugeridos pela medicina baseada em evidências para subsidiar a prática do aconselhamento em nível ambulatorial. Duas fontes de referência importantes têm sido a *US Task Force* e a *Canadian Task Force*, organizações que pretendem arbitrar este modelo de evidências através de revisões sistemáticas da literatura internacional, oferecendo quadros de recomendações para a prática clínica².

Estas revisões obedecem a algumas regras:

- primeiro são valorizados para a elaboração das evidências os estudos de ensaio clínico controlado randomizado (I); em seguida os sem randomização (II-1); depois os de caso-controle e coorte realizados preferencialmente por mais de um centro ou grupo de pesquisa (II-2); os obtidos a partir de múltiplas séries de casos com ou sem intervenção ou resultados surpreendentes em experimentos não controlados (II-3); e por último a opinião de autoridades respeitadas, baseadas em experiências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (III).

- em seguida, a partir desta hierarquia são orientadas as práticas clínicas e de rastreamento (*screening*) em um elenco de evidências como o que segue:

- A: existe boa evidência para recomendar a realização do procedimento durante um exame médico periódico. Há boa evidência de que o procedimento melhora a saúde e de que os benefícios superam os prejuízos;

² Para consulta veja www.ahrq.gov/clinic ou www.ctfphc.org, respectivamente.

- B: existe evidência razoável para recomendar a realização do procedimento durante um exame médico periódico. Há razoável evidência de que o procedimento melhora a saúde e de que os benefícios superam os prejuízos;
- C: não existe evidência suficiente para recomendar ou contra-indicar a realização durante um exame médico periódico. Há razoável evidência de que o procedimento melhora a saúde, porém a diferença entre benefícios e prejuízos é pequena;
- D: existe evidência razoável para recomendar a exclusão do procedimento do exame médico periódico. Há razoável evidência de que o procedimento não é efetivo ou de que os prejuízos superam os benefícios;
- E: as evidências são insuficientes para recomendar a inclusão ou exclusão do procedimento. Faltam evidências de boa qualidade sobre a efetividade, ou ainda existe discordância entre benefícios e prejuízos.

Posteriormente este procedimento foi aplicado também às atividades de aconselhamento, definindo quais deveriam ser feitos e de que forma. A US Task Force (USPSTF) indica que o procedimento de evitar o cigarro tem recomendação do tipo A nos requisitos eficácia da redução de risco e efetividade do aconselhamento, com qualidades de evidência dos tipos II-2 e I, respectivamente. (USPSTF, 1996)

Em 2002, a USPSTF classificou como recomendação I o aconselhamento para prática de atividade física na atenção primária. O mesmo aconteceu em 2003 para o aconselhamento sobre alimentação.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), por exemplo, adotou como abordagem mínima do fumante o que se abrevia como PAPA (Inca, sem data), método divulgado pelas *task-forces*, que se recomenda aplicar em qualquer situação clínica de acesso às pessoas, sendo:

- P ergunte: perguntar se o paciente fuma e se já pensou em parar;
- A conselhe: aconselhá-lo a parar indicando que vantagens ele teria;
- P repare: aos que desejarem parar, deve-se ajudá-lo a definir os tratamentos e preparo do ambiente para o início de sua empreitada;
- A companhe: acompanhá-lo durante alguns meses para ajudá-lo em suas dificuldades;

O exemplo do tabagismo é freqüentemente mais utilizado por ter sido um dos principais alvos deste tipo de conduta, embora hoje existam recomendações para outras questões tais como alimentação incorreta e atividade física.

Mais recentemente a *Canadian Task Force on Preventive Health Care* lançou um manual técnico para médicos que trabalham na atenção primária que inclui diversas orientações para o aconselhamento de hábitos de risco em saúde (*counseling for risky health habits*), dentre os quais a ampliação do PAPA. Entre os itens aconselhe e prepare incluiu-se o que foi traduzido por *negocie (agree)*, que define a responsabilidade do profissional em

avaliar corretamente os problemas do paciente para a formulação de metas; também estimar a viabilidade do manejo recomendado, incluindo um contrato de deveres mútuos, segundo a *Canadian Task-Force* (CTF, 2001).

Este mesmo documento (op. cit., 2001) indica as principais estruturas teóricas utilizadas nas intervenções desta natureza. Elas foram classificadas em modelos de comunicação, de crença racional, de sistemas auto-reguladores e de aprendizagem social e operante. Embora tenham estruturas diversas, esses modelos apresentam variáveis comuns como um modo de cognição de doença, isto é crenças e pensamentos relacionados à saúde e doença, à percepção do risco, à motivação para a mudança, à aquisição de estratégias de enfrentamento e à avaliação dos resultados.

Dos modelos citados os que se destacam são o Health Belief Model, de Bandura (Janz et al 2002), o Planned Behavior e Reasoned Action, de Azjen (Montaño et al, 2002) e o Transtheoretical Model, de Prochaska (Prochaska et al, 2002). Os primeiros são classificados como modelos sobre a crença racional e o último, sobre auto-regulação.

A difusão do modelo de Prochaska, o Transteórico – MT – (Prochaska e Velicer, 1997, Fotherringham e Owen, 1999, Prochaska, et al, 2002) tem tido influência na regulamentação das práticas nacionais e internacionais, como no Inca e nos programas chamados *Provider Assessment and Counseling for Exercise* (PACE - para atividade física, sem data; Pace - para nutrição, sem data) para reeducação alimentar e atividade física, desenvolvidos em parceria entre o *Centers for Disease Control and Prevention* e o governo de Portugal, por exemplo.

Segundo seus autores (Prochaska e Velicer, 1997), o MT surgiu a partir da análise comparativa de importantes modelos de psicoterapia, além da avaliação empírica da prática de

diversos profissionais. O objetivo era sistematizar conceitos que estavam fragmentados em mais de 300 referências teóricas que fundamentam a prática da psicoterapia.

Segundo o MT, as mudanças de comportamento devem ser compreendidas e estimuladas a partir de 5 construtos: estágios de mudança, processos de mudança, balanço decisório, auto-eficácia e tentação (*temptation*). Os estágios de mudança referem-se ao grau de motivação que uma pessoa tem para realizar uma mudança de comportamento, a saber:

- pré-contemplação: caracteriza-se por um estado intenso de resistência à mudança;
- contemplação: estágio em que a resistência ainda é alta, mas já há alguma manifestação a favor da mudança;
- preparação: a decisão de mudar foi tomada e a pessoa passa a procurar as estratégias para a realização da alteração de comportamento;
- ação: as estratégias serão colocadas em prática;
- manutenção: refere-se aos meses subseqüentes à mudança em que a pessoa tentará sustentar as modificações realizadas.

Os autores falam ainda da “recaída” como um momento possível do processo como um todo, isto é, a partir da preparação as pessoas podem apresentar dificuldades originadas de estados emocionais, situações do ambiente (*temptations*) que podem levá-las a desistir ou apenas “atrasar” o que pretendem. Somente após o estágio de manutenção que pode ser dito que a mudança ocorreu (*termination*). Durante todo processo há uma “conversa” da pessoa para com ela mesma (interna e subjetiva), e que pode ser motivada por estímulos

externos, um diálogo interno entre as vantagens e desvantagens sobre mudar ou continuar a mudança, o que denominam balanço decisório.

Aos estágios associam-se recomendações de como os profissionais devem proceder na relação com a pessoa que busca alteração do comportamento, dependendo do estágio de mudança em que ela se encontra e de seu balanço decisório. Assim, aquela pessoa que está na fase pré-contemplativa e com balanço decisório pendendo para os aspectos contra a mudança, deve procurar conscientizar-se das vantagens da mesma a fim de que ela relativize as barreiras e possa caminhar para o estágio seguinte.

Ao longo de todo o processo, para cada estágio são recomendados certos processos de mudança, isto é, um conjunto de elementos pessoais e ambientais facilitadores da alteração do hábito que podem ser estimulados através de técnicas específicas. Estes processos são:

- *conscientização*: envolve o aumento da consciência de causas, conseqüências e curas de um problema particular de saúde. Recomenda-se o uso de técnicas como as confrontações, interpretações, biblioterapias e campanhas de mídia;
- *auto-reavaliação*: combina avaliações cognitivas e afetivas sobre a própria auto-imagem com e sem a presença do hábito. Sugere-se discussões e esclarecimentos sobre valores, uso de modelos de identificação saudáveis, imaginação e visualização como técnicas de estimulação deste processo;
- *alívio dramático ou catarse*: produz um aumento seguido de redução de um afeto, para o que algumas técnicas possíveis seriam psicodrama, *role-playing*, testemunhos pessoais;

- *reavaliação ambiental* combina tanto avaliações cognitivas e afetivas de como a presença ou a ausência de um hábito pessoal afeta o ambiente social, bem como inclui a consciência de que a pessoa pode ser um modelo positivo ou negativo para os outros. Treinos de empatia, documentários e intervenções familiares são abordagens utilizadas para promover este processo;
- *auto-liberação*: é a crença de que a pessoa pode mudar e o compromisso dela em agir neste sentido. Resoluções de datas comemorativas e testemunhos públicos são sugeridos;
- *liberação social*: relaciona-se com a variedade de recursos sociais, principalmente para as pessoas que são menos privilegiadas. São recomendados procedimentos de *empowerment* e políticas adequadas às necessidades de cada grupo social;
- *contra-condicionamento*: aprendizado de comportamentos saudáveis substitutos dos não saudáveis. Algumas estratégias substitutas podem ser relaxamento, assertividade e medicações auxiliares;
- *controle de estímulos*: remoção das “dicas” para comportamentos não saudáveis e aumento das relacionadas aos saudáveis. Evitação, reorganização do ambiente e grupos de auto-ajuda podem servir como estímulos positivos;
- *manejo de contingências*: oferece conseqüências pelas ações tomadas, como punições e reforços. São utilizadas técnicas de reforço e de reconhecimento do grupo pelos avanços obtidos, por exemplo;
- e *relações de apoio*: consistem em carinho, confiança, flexibilidade, aceitação e apoio para a mudança de hábito. Recomenda-se a construção de *rapport*, aliança

terapêutica, ligações telefônicas, redes de amizade (Prochaska et al, 2002,págs 103-104)

O modelo acrescenta, ainda, que a pessoa necessitaria desenvolver a auto-percepção de que ela é capaz de lidar com os percalços do processo de mudança sem retornar ao comportamento não saudável. Este construto, chamado de *auto-eficácia* deriva da teoria de Bandura (Glantz et.al, 2002) e é um dos mais encontrados nos diversos modelos de educação e comportamento em saúde. A tentação (*temptation*) é inversamente proporcional à auto-eficácia e, segundo os autores, as situações de mais difícil superação na mudança de hábitos não saudáveis são aquelas em que o afeto negativo é suscitado, as situações sociais positivas e a fissura.

Emoções como ansiedade, solidão e tristeza, ou ainda as situações de comemorações como festas de Natal e aniversários são comumente referidas como difíceis de serem superadas e, por isso, tratadas como “tentações”. Nos hábitos em que se verifica a dependência física, a fissura é uma das maiores barreiras a serem transpostas. Embora não haja comprovação científica para tal é freqüente ouvir dos pacientes um relato semelhante ao da fissura quando estão desejando mudar o hábito alimentar e são restringidos de certos alimentos como o açúcar, por exemplo.

Propõe-se que os elementos do MT descritos acima possuem um status dinâmico, pois eles se inter-relacionam, tendo como linha-mestra os estágios de mudança que lhe propiciaram notoriedade. Essa notoriedade provém justamente dessa compreensão mais dinâmica do comportamento em relação ao que se tinha até então.

Outro modelo importante que vem emergindo nas práticas de aconselhamento em promoção da saúde e que permite um diálogo com o MT, é o da Terapia Cognitivo-

Comportamental (TCC), que une a compreensão cognitiva e comportamental do problema em questão (Beck, A. et al, 1997, Beck, J., 1997).

Hawton e colabs (1997) referem que a origem da TCC remonta ao início do século passado com os estudos sobre o condicionamento operante, suas derivações e posteriores aplicações clínicas ligadas principalmente ao campo da saúde mental. Na década de 70 surgiu a medicina comportamental que ampliou o campo para utilização das técnicas comportamentais, inclusive para “[...] a modificação de fatores de risco [...]” (op.cit., pág. 11).

Segundo os autores, o tratamento comportamental da depressão levantou necessidades clínicas que culminaram com a introdução de fatores cognitivos no tratamento. Muitos terapeutas começaram a aceitar esta incorporação, embora originalmente ela não parecesse possível. Mais tarde, psicólogos sociais como Bandura (Janz et al,2002) desenvolveram abordagens cujo componente cognitivo era bastante relevante.

Enfim, a TCC é uma abordagem que

[...] dá ênfase considerável à expressão de conceitos em termos operacionais e à comprovação empírica do tratamento [...] Grande parte do tratamento baseia-se no aqui-e-agora, e há um pressuposto de que o objetivo da terapia consiste em ajudar os pacientes a promover as mudanças desejadas em suas vidas. [...] A solução de problemas constitui uma parte importante do tratamento [...] A terapia tem uma limitação temporal e objetivos explicitamente estabelecidos (Hawton et al. pág. 16).

Estas características bastante objetivas e pragmáticas é que a tornam uma das abordagens mais recomendadas para o aconselhamento em promoção da saúde, cujo foco é a mudança de comportamentos e hábitos pouco saudáveis.

A avaliação da implementação desses modelos no Brasil ganhou especial relevância quando documentos tais como o “III diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia”, assim como a Portaria 1575 do Ministério da Saúde de 29/08/2002 sustentaram que a abordagem cognitiva

comportamental devia ser utilizada na prática do aconselhamento para mudança dos comportamentos de risco para a saúde. A Portaria do Ministério prevê recursos financeiros e medicamentos aos serviços que se cadastrarem como centros de referência de apoio ao fumante, mas somente se usarem a abordagem cognitiva-comportamental da pessoa que fuma, desenvolvida em grupo.

Estes modelos³ descritos brevemente acima são tratados na literatura como essencialmente individuais (Glaz et al, 2002), focados no indivíduo, embora estejam sendo aplicados em intervenções de grupo. Esta característica deriva de sua origem clínica e que tende a restringir a compreensão do comportamento às dimensões ou fatores individuais. Nas recentes revisões críticas sobre a promoção de saúde no campo do HIV/aids, as intervenções que têm como referência esses modelos têm sido classificadas como intervenções focalizadas nos indivíduos, por oposição às intervenções classificadas como “intervenções comunitárias” ou “estruturais” (UNAIDS, 1999).

Kleger et al (2002) apontam que cresce cada vez mais o movimento em busca de teorias que compreendam as influências sociais e contextuais na prática da promoção da saúde, em detrimento das orientadas apenas para o indivíduo. No entanto, os artigos sobre aconselhamento para atividade física e alimentação saudável encontrados na literatura ainda trazem predominantemente como modelos mais comuns, na estruturação de pesquisas e de programas clínicos, os modelos acima apresentados (Wienberg e Gould, s/ data; Bull et al, 1999; Éden et al, 2002; Albright et al, 2000, Norris et al, 2000).

Em relação aos programas de promoção da alimentação saudável a *US Task Force* (2003) classificou o aconselhamento em contextos de atenção primária como I, e B em situações em que os pacientes têm alguma doença relacionada à dieta ou com grande risco de

³ O MT e a TCC são as principais referências das propostas de intervenção em grupo do Centro de Promoção da Saúde, local onde será realizado este estudo.

doenças cardiovasculares. Segundo o documento, as intervenções realizadas em clínicas específicas produziram melhores resultados do que aquelas conduzidas em contextos de atenção primária. As intervenções que possibilitaram maiores mudanças foram aquelas que ofereceram uma variedade maior de recursos de aconselhamento como sessões individuais ou em grupo, sessões de seguimento, materiais de auto-ajuda, instrumentos interativos como programas de computador e telefonemas com mensagens específicas para o paciente.

Dada a reconhecida complexidade do comportamento alimentar, os estudos muitas vezes foram classificados entre os que avaliaram separadamente alterações no consumo de frutas e vegetais, outros na ingestão de gorduras, e ainda no uso de fibras. Outra questão que foi levantada no documento refere-se à forma –considerada frágil– de colher os dados uma vez que eles sempre são respondidos de forma auto-referida e se verifica uma tendência em superestimar os benefícios da mudança além do que a realidade evidencia. Nesta revisão não são indicados os modelos teóricos que sustentaram os estudos levantados (US Task Force, 2003) e nem a forma de treinamento e conduta dos mediadores das intervenções.

Mercer et al (2003) sugerem que as experiências bem sucedidas do controle do tabagismo podem ser utilizadas em programas de redução da obesidade, embora em alguns aspectos sejam problemas bem diferentes. Colocam que existem cinco componentes fundamentais para o sucesso de programas de tabagismo que deveriam ser avaliados no controle da obesidade: intervenções clínicas que incluam técnicas de mudança de comportamento; estratégias educativas em escolas e mídia; esforços regulatórios para definir legislação para a alimentação; abordagens econômicas, taxando alimentos inapropriados a uma dieta saudável; e programas que abarquem os elementos acima citados aliados à programas comunitários e governamentais.

Contento et al. (2002) fizeram uma avaliação dos tipos de indicadores utilizados para medir as mudanças nas dietas entre diversos grupos. As medidas psicológicas mais freqüentemente utilizadas em estudos feitos entre adultos foram: postura relativa à alimentação saudável e outras questões específicas; crenças e expectativas de resultados; preferências; auto-eficácia; e influências sociais e apoio social.

Não obtivemos, durante as revisões de literatura que fizemos, conhecimento de qualquer estudo que estivesse interessado em compreender o campo destas intervenções de maneira mais descritiva e qualitativa. No entanto, sabe-se que este tipo de trabalho se torna bastante relevante como fase anterior ou complemento de qualquer avaliação de eficácia (Aggleton, 1995), para que não existam constatações estatísticas esvaziadas de uma compreensão mais ampla, especialmente quando o tema estudado se refira a questões complexas como, por exemplo, o comportamento e o processo de interação que se dá durante um aconselhamento.

1.2 Promoção da saúde e a contribuição de abordagens psicossociais

No Brasil o diálogo recente entre a psicologia da saúde e a promoção da saúde tem sido percebido como sincrônico à valorização do conceito de risco na epidemiologia. Segundo Kerbauy (2002), autora no campo da psicologia da saúde, a noção de risco “retirou o indivíduo de uma situação passiva diante de bactérias, poluição, degenerência celular e o colocou como responsável pela sua saúde” abrindo assim espaço para se compreender o processo do adoecimento para além da intervenção centrada no médico.

A literatura que se debruça sobre o contexto de prevenção do adoecimento, promoção da saúde e adesão aos serviços no Brasil, tem no campo dos estudos relacionados ao HIV/aids, em particular nas atividades realizadas em grupos face a face, uma frente inovadora (Paiva, 1996, 1999, Tunala et al., 2000; Nemes e et al., 2000; Ayres, 2002). Nesse campo, tem-se valorizado o conceito de vulnerabilidade, como mais promissor na ambição de novas sínteses trans-disciplinares, em oposição ao conceito de risco (Ayres et al. 2003 Buchala e Paiva, 2002). Se no século XX “o risco passa a calcular e comparar as chances de ocorrer um dado agravo orgânico em *um indivíduo qualquer*, pertencente a grupos populacionais determinados” (Ayres et al., 1999, pág. 64), a noção de vulnerabilidade “busca que a apreensão de agravos e riscos estejam intrinsecamente relacionados às condições mais gerais de vida e saúde” (Ayres, 2004, pág. 584).

Ao mesmo tempo, nesse campo do HIV/aids, onde se encontram inúmeras iniciativas para promoção da saúde sexual e reprodutiva e iniciativas para prevenção do uso abusivo de drogas, tem-se refletido sobre o limite do foco nas decisões individuais e racionais muito específicas, característicos do modelo transteórico e do modelo cognitivo-comportamental, modelos nem sempre bem sucedidos - em qualquer contexto sócio-cultural, familiar ou bi-pessoal. (Paiva, 1996, 1999) Observa-se que mesmo esses modelos que focalizam o indivíduo acabam inovando, ao adaptar-se ao contexto social e programático específicos de cada local e de cada grupo participante para garantirem maior impacto. (Paiva, 2000^a). O desafio nesse campo, como define Paiva (2002), tem sido superar a definição dos participantes dos grupos de prevenção ou adesão como “consumidores” adequados ou não de serviços, comportamentos e produtos (grupos de apoio, exercícios físicos, hábitos alimentares, camisinhas e sexo seguro, medicação anti-tabagista, ente outras). Superar também a idéia do “paciente/cliente” como objeto de manipulação clínica ou de modelagem comportamental,

que sofre de algum “déficit” (de informação, de habilidade, de decisão, de motivação) para pensá-lo como co-participante, colaborador, e necessariamente inovador das propostas de quem coordena as iniciativas de promoção de saúde. Entender o desafio da promoção da saúde como um desafio emancipador no plano pessoal (subjetivo) e coletivo (cultural, social, programático), como um desafio de emancipação psicossocial; ou seja, depende da identificação (codificação) de uma queixa, ou sofrimento e opressão, mas também da conscientização da construção social desse sofrimento (decodificação) e a produção, como sujeitos da saúde e ao mesmo tempo da cidadania (Paiva, 2002). Desse processo de codificação e decodificação (Freire, 1967) deriva iniciativas no plano individual, mas também ações solidárias e coletivas que dêem conta das dimensões culturais, socio-econômicas e programáticas que produzem o sofrimento ou queixa em questão.

Aproveitando a experiência no campo da prevenção do HIV e do adoecimento pela aids, pretendemos realizar uma análise crítica dos dados obtidos através do conceito de vulnerabilidade que tem amplificado as noções de práticas de risco. Num primeiro nível, a vulnerabilidade individual diz respeito aos fatores cognitivos, comportamentais e culturais da pessoa; num segundo nível, valoriza-se a dimensão coletiva relacionada aos fatores sociais e programáticos (do programa de saúde oferecido), compondo assim uma compreensão mais complexa e ampla da atividade de aconselhamento e do cuidado. O plano programático, isto é, a forma de organização de políticas, programas e serviços de saúde para responder ao problema em questão, é extremamente importante na medida em que é uma importante possibilidade de diálogo entre a dimensão individual e social do problema (Ayres, 1999).

Os avanços propiciados pelos estudos no campo da aids a partir da noção de vulnerabilidade (Paiva, 1996, 2000^a, 2002; Ayres, 1999; Ayres et al 2003) parecem apontar, no nível programático, para determinados caminhos da ação pública em saúde, como:

[...]a definição de objetos de intervenção mais vinculados às formas socialmente delimitadas de experimentar o adoecimento que às doenças em si-mesmas; o apelo a instâncias públicas mais ágeis e imediatamente relacionadas a essas formas de experiência que o aparato institucional formal, embora sem prescindir dele; o desenho de estratégias e ações mais abertas à dinamicidade e complexidade dessas experiências[...]; formas de avaliação[...] mais sensíveis à capacidade viva de reação de indivíduos e grupos às ameaças de seu bem viver (Ayres e cols, 1999, pág.68).

Este diálogo crítico é o que pretendemos realizar a partir dos resultados deste estudo, uma vez que ele não foi ainda consistentemente elaborado na literatura de aconselhamento em promoção da saúde.

Conforme descrita na introdução, a atividade de aconselhamento que consiste no campo do presente estudo foi inspirada nos modelos transteórico e cognitivo-comportamental. Verificamos, entretanto, na prática que os coordenadores dos grupos acabam fazendo, adaptações nem sempre baseadas nos modelos indicados, o que pode até ser bastante bom para os grupos, mas permanece desconhecido como experiência estruturada e discutida técnica e cientificamente. Kegler et al (2002) mostra que os profissionais comumente utilizam vários conhecimentos derivados de muitas teorias e também a observação clínica para montar seus programas de intervenção. As suas escolhas são pautadas pela verificação do que “funciona” positivamente na direção das metas do trabalho e não em teorias psicológicas.

Esta tendência coloca-nos a questão de que o que é efetivamente realizado provavelmente difere do dito, e que a interpretação e formação de quem coordena as atividades exerce uma influência direta na execução do programa.

Outra questão relevante diz respeito à adesão dos participantes ao programa, uma vez que os modelos que orientam a prática são orientados para o indivíduo, considerando pouco as questões contextuais e psicossociais do comportamento, além de propor atividades

muitas vezes difíceis de serem realizadas no contexto sócio-cultural dos frequentadores do serviço.

Por exemplo, a TCC sugere que o paciente faça tarefas em casa como diários de pensamento, comportamento e afetos. Os motivos alegados pelos pacientes do CPS para não fazer a tarefa vão desde a falta de tempo até a dificuldade com a compreensão da atividade e com a escrita. Já o MT, quando trabalha o incremento da auto-eficácia e a superação das tentações, não oferece uma forma consistente de contextualizar as dificuldades enfrentadas, o que faz parecer para alguns profissionais que o paciente não segue certa orientação porque não está motivado, ou não foi bem treinado. Esquece-se de verificar elementos fundamentais como a forma que vive esta pessoa, qual sua situação econômica e em que contexto cultural realiza o comportamento que se deseja focar.

Assim, desejamos com este estudo descrever como os grupos são conduzidos na prática, como são adaptados e o que pode estar relacionado com a adesão dos participantes ao serviço de aconselhamento em grupo do CPS, para sugerir elementos fundamentais para a estruturação de intervenções e formação de promotores da saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é examinar criticamente o processo de aconselhamento em promoção da saúde em curso no CPS-FMUSP quanto aos objetivos propostos e ao aproveitamento referido por seus participantes, tomando como base a experiência de um grupo de reeducação alimentar nesse serviço.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- 2.2.1 descrever a implementação da proposta para o grupo de reeducação alimentar;
- 2.2.2 identificar como a população estudada define saúde e os objetivos da promoção da saúde;
- 2.2.3 levantar fatores que podem estar relacionados à adesão ao grupo de reeducação alimentar;
- 2.2.4 levantar fatores que podem estar relacionados à não adesão ao grupo de reeducação alimentar;
- 2.2.5 descrever como os usuários avaliam o processo de grupo;

2.2.6 sugerir elementos que devam ser contemplados em intervenções e avaliações desta natureza e na formação de promotores da saúde;

2.2.7 contribuir para a melhoria do serviço estudado;

2.2.8 sugerir temas de pesquisa que avancem na reflexão crítica e proposição de inovações para o campo.

3 Método

3.1 O Centro de Promoção da Saúde do HCFMUSP

O Centro de Promoção da Saúde (CPS)- do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - foi inaugurado em 13 de setembro 1999 com o “objetivo de promover o ensino, a pesquisa e prestar serviços de promoção de saúde e prevenção de doenças, no âmbito da clínica geral. Contando com uma equipe multiprofissional, o CPS tem por princípio analisar, testar, adotar, recomendar, ensinar e divulgar procedimentos preventivos cujo impacto na saúde coletiva seja confirmado por evidências científicas e epidemiológicas sólidas, justificando a sua aplicação como parte de políticas e programas amplos de promoção da saúde” (Ferreira Júnior e Martins, 2000).

A inspiração metodológica das atividades desenvolvidas pode ser encontrada nos trabalhos das forças-tarefas americanas e canadenses.

Segundo os autores, a criação do CPS veio também preencher uma lacuna na formação médica, uma vez que existem poucas iniciativas de ensino no campo da promoção da saúde e da prevenção.

Assim, o serviço passou a ser oferecido para a população concentrando suas atividades em 3 campos:

- o **rastreamento** (*screening*) de doenças e fatores de risco visando à detecção precoce (também conhecido como *check-up*);
- o **aconselhamento** para hábitos de vida e comportamentos mais saudáveis;
- a **profilaxia**, feita através de vacinas e medicamentos (op. cit. 2000).

Tais intervenções são realizadas individualmente ou em grupo pela equipe multiprofissional (médicos generalistas, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta e estagiários das diversas áreas).

O serviço é oferecido pelo Serviço de Clínica Geral via SUS (Sistema Único de Saúde) e está disponível a qualquer usuário que tenha interesse nele. Além disso, muitos clientes são encaminhados pelos diversos ambulatórios do Hospital das Clínicas.

O usuário começa participando de uma palestra de ingresso em grupo (com aproximadamente 30 participantes) na qual são oferecidas informações sobre o funcionamento geral do serviço, seus objetivos e limites; bem como uma série de orientações sobre temas tais como prevenção de acidentes domésticos e no trânsito, sexo seguro e manejo das fontes de estresse, alimentação saudável e atividade física, cada tema ministrado por um profissional específico: assistente social, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta, respectivamente, totalizando uma hora e meia de fala.

Em seguida cada usuário é atendido pelo médico clínico (residente ou interno) em data e hora marcadas. As consultas obedecem a um roteiro específico para promoção da saúde nos três campos supracitados. Dependendo de cada caso, são realizados exames clínicos e, ao final deste processo, o paciente pode ser encaminhado para um serviço de tratamento especializado, caso tenha sido detectada alguma doença; pode receber alta, uma vez que a avaliação não tenha descoberto doenças ou fatores de risco para as mesmas; e pode ser encaminhado para intervenções em grupo para trabalhar os fatores de risco que são associados a comportamentos, tais como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse.

Para fins deste trabalho, interessam os procedimentos de aconselhamento que, embora permeiem todos os momentos assistenciais do CPS, estão fortemente associados às intervenções em grupo.

Esta atividade existe no serviço desde janeiro de 2000, quatro meses após a sua inauguração, em setembro de 1999. Inicialmente todos os pacientes que chegavam ao CPS eram oriundos de repartições públicas ou de departamentos do Hospital das Clínicas, que faziam uma convocação voluntária de seus funcionários para participarem das atividades oferecidas. A idéia era recrutar pessoas saudáveis, isto é, sem um diagnóstico conhecido de doenças e assim evitar que o serviço fosse visto como uma porta de entrada para as diversas clínicas de especialidades localizadas no prédio e muito procuradas.

Após algum tempo, as demandas internas do Serviço de Clínica Geral e a referência de ex-pacientes foram aumentando de forma que os usuários do CPS passaram a vir espontaneamente. O que era temor de virar uma “porta de entrada”, acabou acontecendo, por isso, durante a palestra de apresentação do centro, são esclarecidos seus objetivos e se enfatiza que não há facilitação para o fluxo interno entre especialidades. Isto fez com que este problema diminuísse, mas aqueles pacientes “saudáveis” já não refletem mais o perfil do usuário. Hoje a maioria dos nossos pacientes é do sexo feminino, com sobrepeso ou obesidade, que muitas vezes sofrem de alteração de pressão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, sedentários ou são usuários de tabaco. Infelizmente o CPS não possui qualquer registro sistematizado de seus usuários, o que dificulta uma descrição estatística e detalhada.

3.2 Descrição dos grupos

Toda a rotina descrita acima e esta que se segue, na qual se detém diretamente o nosso interesse, foi discutida e planejada em conjunto pelos profissionais que hoje fazem parte do serviço, como também por aqueles que participaram da equipe em algum momento. No início de 1999 havia semanalmente uma reunião para pensar o projeto do serviço da qual participavam profissionais convidados, pois não havia ainda uma equipe formada ou designada, e dentre eles um profissional da área psiquiátrica com orientação psicanalítica. Suas observações pareciam soar demasiado complexas para a avaliação dos demais, que já estavam bastante influenciados pelas indicações feitas pelas *task-forces* americanas e canadenses sobre o aconselhamento de hábitos de saúde, conforme já descrito no capítulo de introdução. Esta complexidade e desaprovação se davam pela compreensão inconsciente dos fenômenos e pela conseqüente metodologia aplicada pela psicanálise, levantando principalmente críticas relacionadas à durabilidade das intervenções e à desnecessária busca das “causas” inconscientes dos maus hábitos. Elas se traduziam em questões como: mas quanto tempo vai durar um trabalho destes? Teremos que atender individualmente e retornar às questões infantis?

Desta forma, a decisão pelas intervenções inspiradas nos modelos transteórico (MT) e cognitivo-comportamental (TCC) foi se viabilizando, mas ainda havia algumas dúvidas. Um evento foi decisivo para fechar esta opção e ele se deu no final de 1999, imediatamente antes do início das atividades de grupo do CPS, que foi um treinamento sobre a cessação do hábito de fumar oferecido pelo Departamento de Doenças Crônicas não

transmissíveis da Secretaria Estadual da Saúde. Nele foi apresentado o MT, e no material de apoio havia a indicação da TCC, além de uma proposta de um programa sessão a sessão.

Este conteúdo serviu de apoio para a primeira proposta de grupo do CPS, para dar apoio aos que queriam parar de fumar, inicialmente estruturada por mim, uma enfermeira, uma assistente social e um médico, coordenador do serviço, que foram os que participaram do treinamento. Nesta altura a equipe do CPS resumia-se em duas pessoas, eu, psicóloga e o médico coordenador, pois os demais eram voluntários remanescentes daquelas reuniões iniciais e outros interessados ou convidados que se agregaram.

Esta é uma característica que se manteve no serviço ao longo destes anos e a decorrente rotatividade de profissionais que resulta dela tem dificultado, e muito, práticas importantes para o desenvolvimento e melhoria das intervenções, tais como a avaliação das práticas oferecidas e o treinamento e amadurecimento continuado de uma equipe. Somada a esta dificuldade, temos o crescente aumento da demanda provocada pela alta procura do hospital e o crescente prestígio (“fama”) do serviço, fatores que complicam ainda mais as inúmeras tentativas que fizemos de avaliação.

Assim na dinâmica dos acontecimentos descritos, a opção pelos grupos foi cada vez mais consolidada também pela observância das seguintes vantagens:

- maior viabilidade social e econômica;
- potencialização do compromisso assumido;
- ampliação do repertório de estratégias de enfrentamento das dificuldades;
- cumprimento do papel de lazer, socialização, acolhimento e troca afetiva;
- compartilhamento de dificuldades, sensação de pertença e cumplicidade.

Embora o CPS mantenha atividades de grupos também relacionadas ao tabagismo, a atividade física e ao estresse, vamos focalizar a descrição do grupo de reeducação alimentar⁴.

Como os modelos inspiradores da intervenção de grupo se propõem originalmente à abordagem individual e existem poucas experiências descritas sobre a adaptação delas para uma intervenção de grupo (Bleuter et al,1987), conduzimos uma adaptação continuada, pois já testamos diversos formatos e conteúdos, baseados em nossa experiência clínica, em reuniões de equipe, da qual fazem parte hoje médicos, nutricionistas, psicóloga, enfermeiro, educador físico e fisioterapeuta. O programa que estudamos está descrito mais abaixo, no item 3.2.1 e consistia no formato – número de semanas, temas, proposta teórica e metodológica, quantidade de participantes, etc. - que vigorava naquele momento, janeiro de 2004.

Todos os grupos possuem de 10 a 20 participantes, que freqüentam o serviço semanalmente para reuniões com duração de 2 horas, coordenadas por profissionais especializados (nutricionistas) e supervisionados por uma psicóloga.

Como já dito anteriormente na descrição do serviço, os pacientes chegam aos grupos encaminhados depois da avaliação médica do CPS ou dos próprios grupos de outra temática. É possível ainda refazer um processo caso o coordenador julgue necessário e neste caso o paciente é reencaminhado após cumprida a fase de manutenção, isto é, 12 reuniões mensais após o término das semanais.

O contrato dos grupos contempla freqüência, que deve ser inicialmente semanal, totalizando um número pré-definido de reuniões e 12 mensais; um critério de desistência, permitindo no máximo 2 faltas seguidas ou 3 alternadas ao longo da intervenção;

⁴ O projeto inicial deste estudo incluía a coleta de dados entre os participantes dos outros grupos oferecidos pelo serviço, como os grupos para cessação tabagismo e para o manejo do estresse. No entanto, devido a questões administrativas de falta de pessoal para coordenar tais intervenções, optamos por avaliar apenas a de reeducação alimentar e de atividade física.

esclarecimento sobre os objetivos do programa; e um acordo de sigilo, que prevê a não divulgação de informações pessoais fora do espaço da sessão.

3.2.1 Descrição do Grupo de Reeducação Alimentar

O grupo de reeducação alimentar consiste em 6 sessões semanais e 12 mensais e é coordenada por nutricionistas. Cada reunião é organizada da seguinte forma:

- 1º. encontro: são recolhidos os encaminhamentos, entrega-se questionários de anamnese, afere-se peso e altura dos participantes e é conduzida a apresentação dos mesmos, dos coordenadores e do contrato;
- 2º. encontro em diante: a sessão é dividida em tempos para as atividades de aferição de peso (15 min), dinâmicas de orientação e informações a respeito de alimentação (40 min), troca de experiências, em que são discutidas o que efetivamente os participantes têm passado em relação à mudança de hábito alimentar (40min) e treino de relaxamento (5 a 10 min).

As dinâmicas informativas já possuem um cronograma pré-estabelecido inspirados na experiência com pacientes em grupos anteriores realizados no próprio serviço, embora possam ser realizadas modificações de acordo com as necessidades de cada grupo.

Segue abaixo a lista de temas em ordem de apresentação (6 temas da fase de intervenção e 12 da de manutenção).

- Intervenção:

- 1) O que é alimentação saudável;
- 2) Calorias, macro e micronutrientes;
- 3) Como conseguir atingir as necessidades nutricionais;
- 4) Diet e Light e rotulagem de alimentos;
- 5) Obesidade e mudança de comportamento;
- 6) Doenças relacionadas à má nutrição;

- Manutenção⁵:

- 1) Diabetes mellitus;
- 2) HAS;
- 3) Dislipidemias;
- 4) Restaurante virtual: organização e planejamento das refeições;
- 5) Interação droga-nutriente e nutriente-nutriente;
- 6) Custos – sazonalidade;
- 7) Ansiedade e compulsão alimentar;
- 8) Mastigação e digestão;
- 9) Atividade física;
- 10) Dietas da moda, imediatismos e medicamentos;
- 11) Mitos e verdades sobre nutrição;
- 12) Dúvidas finais, confraternização e avaliação.

⁵ As sessões de manutenção não foram objeto de estudo para esta pesquisa.

Duração	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão
15 min.	Aferição de peso	Aferição de peso	Aferição de peso	Aferição de peso	Aferição de peso	Aferição de peso
40 min.	e altura Contrato	Dinâmica de orientações e informações: o que é alimento saudável.	Dinâmica de orientações e informações: calorias, macro e micronutrientes	Dinâmica de orientações e informações: como conseguir atingir as necessidades nutricionais.	Dinâmica de orientações e informações: <i>diet e light</i> e rotulagem de alimentos.	Dinâmica de orientações e informações: obesidade e mudança de comportamento
40 min.	Troca de experiências	Troca de experiências	Troca de experiências	Troca de experiências	Troca de experiências	Troca de experiências
5 a 10 min.	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento

Quadro 1: Organização das sessões de reeducação alimentar por tempo de duração das atividades.

3.3 Procedimentos

O desenho deste estudo tem seus procedimentos fundamentados na metodologia de investigação qualitativa em saúde (Minayo, 2000; Victoria, Knauth e Hassen, 2000) com base nos seguintes instrumentos:

- Uma entrevista estruturada com base no *questionário inicial* cujo objetivo foi descrever o perfil dos participantes, suas expectativas e conceitos relativos à saúde

e ao grupo de que participaram. Todas elas foram realizadas individualmente, a entrevistadora anotou e gravou as respostas dadas;

- *Observação* das sessões de grupo⁶ (6 sessões semanais): duas entrevistadoras participaram de todas as sessões de grupo durante a fase de coleta dados, anotando-as e gravando-as. ;

- Uma entrevista individual semi-estruturada baseada num *questionário final*: ao final de cada intervenção foram agendadas e realizadas as entrevistas. Todos os participantes do grupo foram convidados, mesmo aqueles que desistiram da intervenção.

- Um grupo focal realizado 10 meses depois do início do estudo com os participantes do grupo de reeducação alimentar.

Fizemos esta opção metodológica pelos motivos que se seguem:

- Na revisão de literatura não encontramos qualquer estudo que elucidasse qualitativamente as práticas de aconselhamento no campo da promoção da saúde. A maioria dos artigos (Wienberg e Gould, s/ data; Bull et al, 1999; Éden et al, 2002; Albright et al, 2000, Norris et al, 2000) penas descreve quantitativamente os resultados pós-testagem de intervenção, indicando os modelos teóricos utilizados, mas nada se sabe sobre o que de fato foi realizado,

⁶ A quantidade de sessões do grupo de reeducação alimentar está descrita acima no item Descrição do Grupo de Reeducação Alimentar. No entanto, para fins da pesquisa, o número de sessões de intervenção foi alterado de 6 para 7, para que os participantes não tivessem qualquer prejuízo dado que as entrevistas iniciais foram realizadas durante a primeira sessão de grupo. Infelizmente esta alteração foi cumprida, já que a coordenadora do grupo teve que se ausentar do CPS. Não avaliamos as sessões de acompanhamento ou manutenção.

nem nos ajuda a compreender as razões das falhas ou dos sucessos destas intervenções.

-A adequação e a interpretação de indicadores de avaliação de outros programas oferecidos pelo serviço podem ser melhor realizadas a partir de estudos como estes, uma vez que o conteúdo simbólico de elementos que interfiram em suas definições e compreensões já terão sido melhor descritos;

- O objetivo do trabalho não era o de avaliar a eficácia da intervenção.

3.4 Instrumentos da pesquisa de campo

Conforme descrito acima utilizamos um questionário inicial ⁷ (ANEXO A) para caracterizar o grupo a ser estudado através das seguintes variáveis: idade, sexo, origem, tempo de residência na cidade de São Paulo, local de residência na cidade, tipo de moradia, quantidade de cômodos existentes na residência, religião, grau da importância da religião, cor auto referida, grau de escolaridade, atividade ou emprego atuais, que tipos de trabalho já realizou, rendas individual e familiar, número de pessoas que vivem com a renda total, quantas pessoas moram na mesma residência, número de filhos, número de pessoas cuidadas, número de pessoas que ajudam nas tarefas diárias, estado conjugal, tipo de intervenção em grupo para o qual foi encaminhado, tipo de intervenção em grupo que irá realizar; como define saúde; definição de promoção da saúde; definição de check-up; expectativas em relação ao Hospital das Clínicas; expectativas em relação ao grupo de aconselhamento; tempo

⁷ Este questionário foi baseado no instrumento utilizado no projeto de pesquisa realizado pelo Instituto de Psicologia USP, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS-SP e Universidade da Califórnia e coordenado pela Prof. Vera Paiva, Dra. Naila Santos, com a colaboração do Dr. Norman Hearst, respectivos representantes das instituições acima citadas: "Facilitando o acesso, desenvolvendo e avaliando serviços e atendimento apropriados para mulheres portadoras do HIV". Ele encontra-se inteiramente descrito em Tunalá, 1999.

e custo do transporte até o hospital; descrição da imagem corporal atual, ideal e esperada após a intervenção; exploração de uma cena com o corpo atual e o ideal.

O roteiro da entrevista final (ANEXO B) contemplou questões relativas às dimensões individuais, culturais, sociais e programáticas da adesão dos participantes a grupos de aconselhamento, inspiradas na compreensão da teoria da vulnerabilidade, relacionadas a abordagens psicossociais e contextos intersubjetivos (Paiva, 1999; Paiva 2002; Ayres et al 1999 e 2003; Ayres 2002)

Algumas poucas perguntas eram endereçadas àqueles que não puderam participar de mais do que duas sessões de grupo (pacientes considerados não aderentes). Estas procuravam compreender as razões pelas quais houve desistência do grupo. Outras procuravam recuperar a compreensão, depois da participação nos grupos, de algumas questões feitas no questionário inicial, como as definições de saúde, promoção da saúde e significado do Hospital das Clínicas para os participantes.

As demais perguntas do roteiro foram direcionadas mais fortemente às dimensões de vulnerabilidade citadas acima e visavam ao seguinte: compreender quais informações oferecidas nos grupos foi relevante para o processo de mudança de hábito; como elas foram incluídas na rotina dos participantes e quais elementos contribuíram para isto, tais como pessoas, ambientes etc.; que orientações não foram colocadas em uso e o que contribuiu para isto; como o hábito de pessoas próximas influenciava o do participante; qual o impacto financeiro do novo comportamento; que outros instrumentos sociais, tais como mídia, serviços, contribuíram para seu processo de mudança; quais recursos utilizados nos grupos de aconselhamento foram importantes para o novo comportamento e quais não foram; e que sugestões poderiam ser dadas para melhorar o serviço oferecido.

O grupo focal foi coordenado por uma pesquisadora que não fazia parte da equipe do CPS e que não tinha ainda participando das entrevistas ou das sessões de grupo. Além dela, três outras pesquisadoras que foram entrevistadoras e observadoras das sessões de grupo nas etapas anteriores, fizeram atividades auxiliares durante esta etapa da pesquisa.⁸

A dinâmica e o roteiro de entrevista do grupo focal foram divididos em três momentos, sempre sob a coordenação principal da pesquisadora como descrito acima: um primeiro momento com todos os participantes sentados em círculo; o segundo em três subgrupos, cada um acompanhado por uma pesquisadora; e o terceiro novamente com todos os participantes.

A primeira atividade proposta foi a de que todos pensassem nos motivos que os trouxeram ao grupo e na cena do momento em que eles decidiram mudar algo e procurar ajuda e descrevessem detalhadamente a cena para os outros membros do grupo.

Em seguida, o grupo grande foi subdividido em três e os participantes de cada mini-grupo eram acompanhados por uma pesquisadora auxiliar. A proposta nesta segunda parte era que os participantes contassem *na forma de cenas* sobre os tipos de estratégia utilizados na vida diária que tenha lhes ajudado a manter o compromisso que assumiram consigo mesmos quando decidiram pela mudança de hábitos. Em seguida, a moderadora pediu que pensassem nos pontos positivos e negativos do grupo, se conseguiram explicitar suas dúvidas e qual a avaliação de cada um sobre o serviço oferecido pelo CPS. Após algum tempo de discussão, perguntamos sobre o momento da pesagem e as expectativas sobre o mesmo. O diálogo foi conduzido adiante através das seguintes questões:

⁸ Havia alguns participantes no grupo focal que tinham participado do grupo de atividade física. Inicialmente este estudo trabalharia com os dados dos dois processos de grupo, mas decidimos por focar o de reeducação alimentar. Além dos motivos já especificados, qualidade do material de campo deste último foi determinante nesta decisão, uma vez que as sessões do grupo de atividade física eram realizadas externamente com o grupo caminhando, o que impossibilitou a gravação dos diálogos.

- Em que vocês passaram a desacreditar depois que freqüentaram o grupo? Ou seja, quais os mitos que eles desmistificaram.
- Vocês estão satisfeitos com seus corpos? Se pudessem escolher uma pessoa que tem o corpo que vocês desejam, quem seria e por quê?
- Se vocês morassem nos Estados Unidos e tivessem muito dinheiro, isso faria diferença na realização do processo de mudança de hábitos proposto pelo grupo?

A última atividade do grupo, realizada novamente em um círculo grande, estimulou um diálogo sobre os motivos que levaram ou poderia levar as pessoas a desistirem dos grupos que participaram.

No questionário inicial, na entrevista final e no grupo focal, a exploração de algumas perguntas foi feita a partir do recurso da descrição densa de cenas. Esta prática vem sendo utilizada com sucesso para a pesquisa e para disponibilizar repertórios nas iniciativas para prevenção da exposição ao vírus HIV e abuso de álcool e drogas (Santos e Paiva, sem data; Paiva 2002 e 2005).

Muitas das primeiras intervenções de prevenção no campo das DST/aids no Brasil também eram focadas no indivíduo, semelhantes ao modelo Transteórico, tal como o Aids Reduction Model (Catania et al. 1990), que acreditavam que o treino de orientações como a colocação da camisinha isoladamente, por exemplo, poderiam ser eficientes para aquisição de habilidades (*skills*) necessárias à não exposição ao vírus. Os programas baseados nestes modelos “deixavam de lado questões como diferença de gênero e contexto sócio-econômico” (Paiva, 1999, pág.252). Perdiam-se então de vista os contextos em que as relações sexuais ocorriam, bem como os diferentes papéis e poderes em jogo aí: é diferente o modo pensar e agir de uma menina de 14 anos do de um garoto com a mesma idade. Foi

desta reflexão e do insucesso das intervenções com esta abordagem que foram estruturadas outras experiências com base no recurso da narração através das cenas (Paiva, 2000a), para fazer surgir uma descrição mais densa do contexto simbólico, intersubjetivo, sócio-econômico, contextual, enfim, das situações da vida relacionadas à prática preventiva.

Este recurso teve como inspiração a educação para a libertação, de Paulo Freire (Freire, 1967), e os teóricos do campo do construcionismo (Gagnon, Parker, Yanee, Weeks, 1999). Consiste em co-construir através de oficinas sujeitos capazes de refletir sobre suas experiências, promovendo a “conscientização dos cenários, codificando e decodificando” (Paiva, 1999, pág 255) os elementos dos contextos individuais que se misturam às vulnerabilidades e obstáculos coletivos para a possibilidade de prevenir-se. Assim é possível redimensionar dificuldades entendidas antes como “habilidades (*skills*) ausentes” e examinar o contexto em que o comportamento ocorre de forma mais concreta, viabilizando a criação de alternativas plausíveis e adequadas à singularidade de cada experiência.

Assim, neste estudo, optamos por explorar algumas das falas dos participantes através da investigação mais densa das cenas do cotidiano durante todas as etapas da pesquisa. Buscamos, com esse recurso, levantar conteúdos a partir das falas dos pesquisados, nas entrevistas ou no grupo focal, que refletissem mais dinamicamente a experiência viva dos participantes, fugindo assim de falas presas aos consensos genéricos do cenário cultural. Ao mesmo tempo, com esse recurso diminuimos as oportunidades de respostas dos entrevistados que buscam adaptar-se ao que o entrevistador avaliaria como respostas “corretas” sobre o que é alimentar-se bem. Finalmente, como defende Paiva (2005, in print), o uso da cena estabelece um contexto, contextualiza, muitas das variáveis que a epidemiologia comportamental e a psicologia da saúde associam com essas práticas. O uso das cenas

também permite um método de coleta de dados que possibilita ao pesquisador co-construir com os participantes novos *insights* e repertórios para a ação e experiência (Paiva, 2000).

3.5 Recrutamento dos participantes e estratégia de pesquisa

Todas as pessoas que compareceram ao grupo de aconselhamento para reeducação alimentar do CPS-HCFMUSP em janeiro de 2004 foram convidadas a participar do estudo.

Cinco entrevistadoras⁹ e a profissional responsável pela condução dos grupos, uma nutricionista, participaram do recrutamento dos participantes. O campo foi realizado no período de janeiro a março de 2004. As entrevistadoras, os pacientes e o coordenador do grupo entraram juntos na sala onde foi realizada a atividade em estudo, sentando-se em cadeiras dispostas em círculo e sentaram. O coordenador fez o contrato de grupo com os pacientes e convidou-os a conversar sobre a pesquisa. Lemos juntos os “consentimentos informados”, esclarecemos as dúvidas e, individualmente, verificamos os interessados em participar da pesquisa. Todos os que aceitaram foram encaminhados junto com uma entrevistadora para uma sala de consulta, onde assinaram o consentimento e realizaram a primeira entrevista da pesquisa, individualmente.

Enquanto isto, os outros participantes, que aguardavam para serem entrevistados, permaneceram na sala preenchendo alguns formulários previstos pela intervenção. Aqueles que terminavam a entrevista retornavam para a sala de grupo e também realizavam a tarefa acima citada. Foram servidas bolachas de baixa caloria, água e refrigerantes dietéticos.

4 Aspectos éticos

A participação voluntária no estudo não ofereceu riscos para os entrevistados e pesquisadores. Houve a leitura do consentimento livre e informado (ANEXO C) e o esclarecimento de dúvidas a respeito de seus itens.

Eventualmente algum desconforto emocional foi suscitado pelas perguntas dos roteiros de coleta de dados, o que foi amenizado pela própria entrevistadora treinada e capacitada para lidar com esta reação possível. Nenhum participante solicitou que a coleta de dados fosse interrompida.

A intervenção foi acrescida de uma reunião a fim de que o trabalho proposto pelo CPS-HCFMUSP não fosse prejudicado pela leitura do consentimento e da realização das primeiras entrevistas, que ocuparam sua primeira reunião. No entanto durante o processo a nutricionista responsável, por motivos de ordem pessoal, recontratou o número de sessões com os participantes reduzindo-as a seis.

O presente projeto foi aprovado pelo Conselho de Departamento da Disciplina de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da USP e pela Comissão de Ética desta mesma instituição, conforme documentos em anexo (ANEXO D).

⁹ Quatro das entrevistadoras eram alunas do Instituto de Psicologia da USP e foram treinadas para a realização das entrevistas durante seis meses. As mesmas continuaram recebendo supervisão durante todo o período da pesquisa. A quinta entrevistadora foi a psicóloga responsável por este estudo.

5 Apresentação e discussão dos resultados

5.1 Recusa e desistência

Não houve recusas e obtivemos dez¹⁰ participantes no grupo de reeducação alimentar. Apenas uma participante desistiu da intervenção de reeducação alimentar após o seu início e a mesma não realizou a entrevista final, pois não respondeu aos diversos contatos feitos por nossa equipe. Uma outra paciente não realizou a entrevista final por motivos de doença, mas chegou a freqüentar a maior parte das sessões de grupo.

5.2 Caracterização dos participantes.

Abaixo descreveremos cada um dos participantes do grupo de estudo utilizando o material coletado durante a primeira entrevista e correspondente ao que denominamos no roteiro de perguntas como dados sócio-demográficos.

Participante 1: M. é do sexo feminino, 44 anos, separada e vivendo com um outro companheiro há 10 anos, possui duas filhas, de 16 e 26 anos, dois filhos, de 19 e 23 anos e um neto de 6 anos. É natural de Minas Gerais, residente na cidade de São Paulo há 22 anos numa casa alugada com 5 cômodos no bairro Butantã, onde mora com toda a sua família.

É católica e considera a religião algo muito importante em sua vida, embora acredite que a frequência à igreja não seja necessária, como sua mãe fazia, mas ser católico significa ter fé e agir de “um modo certo”(sic). É da cor preta (auto-referida), cursou até a 3ª série do ensino fundamental e atualmente tem um “bico” numa casa de família, onde trabalha uma vez por semana pelo salário de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por mês. Já trabalhou no passado como vendedora de jóias, *lingerie*, roupas, em feiras-livres e numa barraca de cachorro-quente. Sua renda familiar mensal girava em torno de R\$ 1250,00 (mil duzentos e cinquenta reais), pois seu marido e sua filha ganhavam um salário de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por mês cada um. Vivem com esta renda 6 pessoas, o que totalizava uma renda de aproximadamente R\$ 208,00 (duzentos e oito reais) por pessoa por mês. Procurou o serviço porque estava muito gorda e trabalhava numa casa em que o patrão vinha ao CPS e falou para que ela viesse também. Tinha muito serviço e estava com pressão alta, com 112 kg, e estava muito difícil de dar conta. Sobre sua saúde disse:

“Ah, tenho diabetes, pressão alta, colesterol muito alto... Só, graças à Deus, até agora.”

M. vinha ao hospital de ônibus, uma condução para vir outra para voltar. Já era participante do grupo de reeducação alimentar pela segunda vez e não acreditava que teria qualquer problema para continuar freqüentando as reuniões, exceto por seu horário de trabalho, que teria que ser trocado durante o período do processo de grupo.

¹⁰ Trinta pessoas estavam agendadas para o grupo de reeducação alimentar. O número final de participantes da pesquisa resultou em 10, pois os demais não compareceram para as atividades e não foi possível obter informações sobre as razões pelas quais ocorreu esta desistência.

Participante 2 : G. é do sexo feminino, 36 anos, solteira, vive com sua filha de 13 anos, sua mãe, duas irmãs e uma sobrinha. É natural de São Paulo, filha de pais naturais da Bahia, mora em uma casa própria de 8 cômodos em Campo Limpo. Tornou-se espírita recentemente, embora tenha sido batizada na igreja católica, e considera a religião algo muito importante em sua vida. É da cor parda (auto-referida), cursou até a 3ª série do ensino médio e atualmente está desempregada e faz crochê para vender, atividade que lhe rende R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por mês. Já trabalhou no passado como empregada doméstica. Sua renda familiar mensal girava em torno de R\$ 3000,00 (três mil reais) que sustentavam 6 pessoas, o que totalizava uma renda de aproximadamente R\$ 500,00 (quinhentos reais) por pessoa por mês. Procurou o serviço encaminhada pelo endocrinologista com quem se tratava. Sobre sua saúde disse:

“...Eu tenho hipotireoidismo, eu tenho pressão alta...fibrilação atrial, que é um problema de coração que eu tenho.”

G. vinha ao hospital de ônibus, uma condução para vir outra para voltar, e não acreditava que teria qualquer problema para continuar freqüentando as reuniões.

Participante 3: ML. é do sexo feminino, 64 anos, separada, possui uma filha de 43 anos e dois filhos de 41 e 37 anos. É natural de São Paulo e reside sozinha no bairro do Alto da Lapa numa casa própria com 10 cômodos. É católica, acredita que a religião é muito importante para a sua vida, embora diga que não é praticante. É da cor branca (auto-referida), não chegou a completar o 3º ano do ensino médio e atualmente está desempregada, mas já foi dona de uma pequena loja de presentes e de um restaurante por quilo. Sua renda mensal gira em torno de R\$ 2500,00 (dois mil e quinhentos reais) que seus filhos lhe dão para suas

despesas pessoais. Procurou o serviço para parar de fumar e com a cessação do hábito ganhou peso e por isso estava no grupo de nutrição. Sobre sua saúde disse:

“Fora o peso... bom, eu tô com um pouco de, o colesterol está um pouco alto... Doença mesmo, quer dizer, doença acho que não, graças a Deus.”

Costumava vir ao hospital com seu carro e acreditava que não teria qualquer dificuldade para frequentar as reuniões, mas que seria difícil alterar seu hábito alimentar:

“...acho que minha dificuldade vai ser parar de comer...”

Participante 4: LC é do sexo masculino, 61 anos, casado e possui 4 filhas, de 40, 31, 30 e 22 anos e um filho de 33. É natural de São Paulo, mora em Suzano há 24 anos numa casa própria de 5 cômodos com sua esposa e seu neto. Frequenta várias religiões, considera-se católico, mas sua filiação religiosa não é tão importante, pois diz que o que vale mesmo é acreditar em Deus e isso ele faz muito. É da cor preta (auto-referida) embora tenha discutido este procedimento, dizendo:

LC: “... Eu nunca me apeguei, nunca, sabe, me fixei, na cor da epiderme, sabe?... Eu diria que, infelizmente, no Brasil não só a cor da epiderme, mas o nível social é a parte mais preconceituosa, né? Não tem como negar isso aí, pessoa se vestiu mal, já está sendo descartada, pode ser o dono do Pão de Açúcar, né? Então, você me perguntou... como eu definiria, né?”

E: Isso.

LC: Eu diria que a cor no Brasil é uma cor predominante para que a pessoa tenha acesso a alguma coisa.

E: Aqui no caso, é mais para a gente caracterizar a pessoa, né?

LC: Agora no meu caso, eu sou negro.

E: Ta, então é preta, né?

LC: Isso.

E: Porque a gente ta fazendo essas perguntas para caracterizar as pessoas. Pra gente saber como a pessoas são, estas respostas não vão fazer diferença entre um e outro.

LC: Só que aqui, eu diria que quem elaborou, na verdade, não existe cor racial preta. É negra.
E: é negra? Ta, eu vou anotar aqui.
LC: é, pode observar isso aí, você procura saber com qualquer pessoa com conhecimentos destas situações específicas, não existe cor preta. Cor preta é esta bolsa, este carbono. A raça é negra, raça amarela, amarela é cor, né? É uma coisa diferente.”

Completo a 8ª série do ensino fundamental e atualmente tem um “bico” numa mansão, onde trabalha na segurança e manutenção por um salário de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por mês. Teve uma ampla experiência laboral como descreve abaixo:

“Para você ter uma idéia, não sei se serve de adendo para o que vocês estão procurando saber, mas eu com 9 anos, meu pai já me levou para obra para trabalhar como ajudante de pedreiro, né? E de lá para cá eu já fiz variadas coisas, já trabalhei de sapateiro, pintor, fui motorista, muitos anos, inclusive 12 de táxi. Fora 27 anos na polícia militar, mais 16 no corpo de bombeiros. É uma lista parece que eu sou prepotente, mas eu não sei, foi o destino que me levou... minha casa sou eu que estou fazendo, num preciso de um eletricistaeletrecista, nem pintor, nem um pedreiro, nada, tudo eu sei fazer, trabalho até um pouco com marcenaria. Sempre curioso, gostaria, fiz um curso de serralheiro, não exerço a serralheria, mas fiz um curso de serralheria, gostaria que me dessem oportunidade para aprender mais, as escolas de hoje são muito... eu para você ter uma idéia, eu freqüentei oito escolas de computação, eu não sei mexer direito num computador ainda, porque são todos cursinhos breves e sem nenhuma objetividade, você chega até um certo ponto e eles estacionam, é só dinheiro, eu fico muito decepcionado com a falta de oportunidade, você vai fazer um curso, estes cursos, é a longa distância, né? Do instituto Universal, essas coisas toda, eles te deixam tão confuso, que você acaba não tendo aquela... , porque um curso é você chegar na sala de aula, sentar perto de um amigo, e vê quem táta melhor, né? Conversar, né?”

Além desta renda, LC possui uma aposentadoria que lhe confere no total R\$ 1600,00 (mil e seiscentos reais por mês), com a qual vivem LC, sua esposa, mãe, irmã e seu neto. Procurou o serviço por intermédio de sua mulher que foi ao CPS para tentar para de fumar, quando soube que poderia fazer um *check-up* e dada a “*excelência do HC*”, elogio que ouve desde sua infância, decidiu ir. Durante as consultas o médico indicou-lhe dieta e exercícios físicos, práticas que resultaram na perda de 4 kg, e por fim o encaminhou para o grupo de reeducação alimentar. Sobre seu estado de saúde comentou que está diabético e:

“Devo estar hipertenso porque estou tomando remédio para a pressão, e só isso foi constatado, eu fiz uma série de exames, tal. Meu colesterol não está perfeito, mas também não está... tem uma consideração sem risco, mandaram voltar só daqui um ano.”

LC. vinha ao hospital de carro e não acreditava que teria qualquer problema para continuar freqüentando as reuniões, exceto por algum imprevisto.

Participante 5: NI. é do sexo feminino, 59 anos, viúva há pouco mais de 1 ano e mora com seus 2 filhos, uma mulher de 29 anos e um homem de 34. É natural do Piauí, do município de São João do Piauí, assim como seus pais, mas reside na cidade de São Paulo desde 1965, hoje no bairro da Lapa de baixo, num sobrado alugado de 7 cômodos. É católica e considera a religião algo muito importante em sua vida:

*“Olha, eu acho que a religião ajuda a gente a ter mais força para enfrentar os problemas, aceitar (pausa breve) as adversidades da vida, né? As dificuldades que a gente tem... Se você não tem uma religião pra se apegar fica muito difícil, então ela me ajuda muito.
[...]. Você tem que acreditar em alguma coisa. Tem que acreditar... Seja lá qual for o tipo de religião, é importante.”*

É da cor parda (auto-referida), não chegou a completar a 3ª série do ensino médio e desde que se casou, dedicou-se às tarefas domésticas. No passado trabalhou como passadeira em uma fábrica. Hoje sua renda familiar é composta pela pensão de R\$ 1100,00 (mil e cem reais) que recebe pela morte do seu marido, a qual provê gastos como o aluguel e as compras de supermercado, e ainda a renda dos filhos que acrescentam aproximadamente mais R\$ 2400,00 (dois mil e quatrocentos reais) à sua. Eles ajudam a pagar algumas outras despesas. Procurou o serviço porque estava acima do peso, com a pressão e o colesterol altos.

Seu marido freqüentava as sessões dos grupos de estresse e tabagismo do CPS e ele mesmo que marcou uma consulta para ela.

Nl. estava na sua segunda passagem pelo grupo de nutrição e acreditava que não teria qualquer dificuldade em vir às reuniões.

“E- E o que te trouxe pra esse serviço?”

N- Que eu tava acima do peso, eu tinha colesterol alto, eu tinha pressão alta... Então foi isso que me trouxe.

E- Colesterol alto e pressão alta?

N- Isso.

E- Então foi por isso que você veio?

N- Foi.

E- (atrapalhando-se) Você acha que você vai ter alguma reunião pra vir... Não! Você acha que vai ter alguma dificuldade para vir às reuniões do grupo de nutrição?

N- Não, eu já freqüentei um ano inteiro, estou no segundo ano já, tô começando hoje. Não tenho não.

E - E por que você está vindo mais um ano?

N- Porque eu gostei tanto, que eu resolvi continuar. Quer dizer, eu alcancei meu objetivo que era emagrecer, que era controlar a pressão... Então teve a chance de continuar, eu resolvi continuar.”

Nl. utilizava o ônibus para chegar ao hospital, uma condução para vir outra para voltar.

Participante 6: E. é do sexo feminino, 52 anos, casada, possui dois filhos, uma de 15 anos e outro de 30, e moram os quatro num apartamento alugado no bairro do Piqueri. Reside na cidade de São Paulo há 15 anos, mas é natural de Minas Gerais, Pouso Alegre, cidade natal de sua mãe, e seu pai é um imigrante alemão, de Hamburgo. É católica e considera a religião algo muito importante em sua vida, embora não seja praticante por preguiça. É da cor branca (auto-referida), cursou até a 8ª série do ensino fundamental e atualmente está desempregada. Já trabalhou como coletora de sangue em um banco de sangue

de um hospital. Sua renda familiar mensal girava em torno de R\$ 6000,00 ou 7000,00 (seis ou sete mil reais), a qual sustenta apenas o 4 integrantes desta família.

Sobre o que a fez procurar o serviço, disse:

“E: O que te trouxe a este serviço? Por que você veio procurá-lo?”

S: Eu estou sem convenio médico e eu não estava assim me sentindo muito bem com a pressão alta, sabe? Ai me falaram deste programa de... não estou com a cabeça boa hoje)....

E: Check-up?

S.: É check-up.

E: E quem foi que te falou?

S.: Nem conheço a pessoa que me falou. Sinceramente. Ela me falou. É vizinha da minha sogra. Ela que marcou pra mim e eu vim.”

E. vinha ao hospital utilizando a integração ônibus-metrô e não acreditava que teria qualquer problema para continuar freqüentando as reuniões.

Sobre sua saúde disse que estava com o colesterol alto, elevação de triglicérides, pressão alta e na mamografia tinha dado uma “coisinha” que era para acompanhar a cada ano. Já tinha conseguido perder peso durante o seguimento médico que antecedeu ao grupo de reeducação alimentar.

Participante 7: V. é do sexo feminino, 45 anos, separada e vive com sua mãe, que necessita de cuidados especiais por causa de um problema cardíaco, e sua filha, estudante de 22 anos. É natural de São Paulo e reside no bairro de Boaçava, Pirituba, na casa de sua mãe, que é própria e possui 6 cômodos. É crente há 15 anos e considera a religião algo muito importante em sua vida.

À pergunta sobre sua cor (auto-referida), respondeu:

“É porque eu mesma era morena né, mas depois do vitiligo eu fiquei branca. Pelos meu documento é como branca”.

Cursou até a 4ª série do ensino fundamental e tem tido muitas dificuldades financeiras e de trabalho como diz o trecho abaixo:

E: atualmente você tá empregada?

V: Não.

E: Então, no momento você não tá trabalhando?

V: A gente faz um bico assim né, mas trabalhando assim registrado faz muito tempo que não.

E: Que bico que você faz?

V: Ah, às vezes a gente lava uma roupa, cuida duma criança, a gente faz o que aparece pra ter um dinheiro, né.

E: E o que que você já fez de trabalho?

V: Eu era costureira né, overloquista.

E: Você já fez alguma outra coisa, algum outro tipo de... ..

V: Não, eu trabalhei muito tempo com costura.

E: Quanto tempo?

V: Ah, a última firma que eu trabalhei, eu trabalhei 9 anos.

E: 9 anos?

V: É. Eu trabalhei 7, a outra 9. Depois as costura parece que acabou tudo e aí...

E: Certo... V., quanto que você ganha por mês?

V: Ih, eu não ganho nada, eu ganho de bico assim, né?.

E: Mas tem mais ou menos uma média.

V: Ah, eu vou dizer assim 200 real no mês, porque tem semana que a gente consegue uma coisa, tem semana que a gente não consegue, né?. Então a gente tá na base duns 150,00, 200,00 por aí.

E: Tá, de 150 a 200 reais?

V: É.

E: No último mês, V., quanto que somou a renda de todo mundo que ganha dinheiro na sua casa, incluindo você?

V: Ah, porque na minha casa mora eu, minha filha e minha mãe; a minha mãe ela é aposentada, a minha filha é estudante e eu faço bico.

E: Você sabe quanto que dá mais ou menos, a aposentadoria da sua mãe...

V: Aumentando dá na base duns 400 reais."

Soube do serviço dentro do próprio hospital, onde faz tratamento há muito tempo para uma anemia grave, que a levou a ser internada, mas mantém-se sob controle atualmente.

E: Agora eu vou te fazer algumas perguntas sobre a tua vinda pra cá, pro serviço de saúde.

V: Certo.

E: Você falou que você já tem um problema atualmente, né de saúde?

V: Tenho, eu faço um tratamento já faz um tempo aqui.

E: Como que chama o que você tem?

V: É porque quando eu internei, eu vim com um problema gravíssimo de anemia, né?. Então, e depois o diabete, o colesterol alto, o problema de pressão. Então a anemia assim tá tudo controlado, tô tomando remédio.)

E: Hoje você tem?

V: Hoje eu faço tratamento de diabete, colesterol... diabete, colesterol e eu tomo vitamina B12 pra controlar a anemia.

E: Tá. Cê tem uma anemia, mas ela tá controlada.

V: Ela tá controlada. E eu tô tentando controlar diabete, colesterol, pressão.

E: E o que que te trouxe aqui no serviço? Quer dizer assim, porque que você veio procurar?

R: Então, porque eu tava engordando muito e aí eu... a gente conversando com pessoas e me deram, me falaram desses grupo que tinha e aí eu me interessei, né? Aí eu pedi pro médico que tava, né? Porque cada vez muda de médico, e pedi pra ele me dar um encaminhamento porque eu tava precisando muito desse... dessa ajuda, né? Então, porque a gente tem outro tipo de vida, só pensa em trabalhar e trabalhar e não se preocupa com esse lado, aí o médico me deu esse encaminhamento e, e achei que foi muito bom. Porque eu não consegui ainda porque não deu, mas eu sei que vou conseguir.”

Além disso, está com diabetes, colesterol e pressão altos.

V. vinha ao hospital de ônibus, e tomava duas conduções para ir e outras duas para voltar, já era a segunda vez que participava do grupo de reeducação alimentar e acreditava que eventualmente não pudesse vir às reuniões, principalmente por questões financeiras:

V: ...E eu agradeço que eu ainda pego o remédio aqui no hospital. Nossa, me ajuda muito, muito, muito mesmo, que eu faço tratamento de diabete e colesterol e remédio de colesterol é muito caro, é 50 real e na época que o colesterol subiu alto eu não tive condição de comprar e no posto eles não tem muito menos e eu procurei e não achei e eu fiquei vindo até aqui e ela até mudou meu remédio pra outro remédio que eu consegui pegar; aí já das duas vezes que eu vim, não consegui: diz que tá em falta, que não tem, então... às vezes eu tenho condição de comprar, às vezes não; eu falei o dia que eu passei pra ela “às vezes eu tenho condição de comprar, às vezes não”; porque eu procuro a saúde, mas não é só a saúde, tem a alimentação, uma água, uma luz que a gente precisa pagar.

[...] E: Tudo bem. Você acha que vai ter alguma dificuldade pra vir aqui às reuniões do grupo de nutrição?

V: É com respeito à condução?

E: Qualquer tipo de dificuldade assim; pode ser essa também.

V: É que às vezes, às vezes tem outro compromisso... às vezes a gente não tem condução também, né?... As vezes falta dinheiro porque às vezes tem vez que eu venho bastante vezes aqui, venho tirar sangue, passar no médico, né? Porque teve mês que eu vim não sei quantas vezes aqui nas Clínicas, né? Isso daí pra gente às vezes é difícil; chega um dia que eu não vim por não ter dinheiro.”

Participante 08: N. é do sexo feminino, 52 anos e casada. Mora com seu esposo, com quem está casada há 32 anos, uma filha que é portadora de uma deficiência, com 13 anos, e seu filho de 22 anos. Seu outro filho, 19 anos, é casado e não vive mais com os pais e irmãos. Sua casa é própria- de nove cômodos na vila Brasilândia- e nasceu na cidade São Paulo. É católica e considera a religião algo muito importante em sua vida, refere-se como da cor parda, cursou até a 5ª série do ensino fundamental e desde que se casou cuida dos afazeres domésticos e não possui renda própria. Antes do casamento trabalhava em uma gráfica. Seu marido ganha por volta de R\$ 1000,00 (mil reais) a R\$ 1500,00 (mil e quinhentos reais) que sustentam as despesas de todos que moram na casa. Procurou o serviço porque sua irmã tinha participado do *check-up* (forma comum dos pacientes se referirem ao serviço), achou interessante e fez a indicação. Durante as consultas médicas foi-lhe dito que necessitaria do grupo de reeducação alimentar por causa da obesidade, embora também tenha sido detectado que sua pressão e colesterol estão altos e tenha um histórico de parentes em primeiro grau diabéticos, como mostra o diálogo:

N: Ah...assim, que eu já tenho muita preocupação por causa mesmo da obesidade, por causa da pressão alta né?

E: Hum, hum.

N: É...minha, minha família e meu pai, aliás, minha, meu pai teve aquela doença do...machado guerrero, a minha mãe...ela...era diabética

E: Hum, hum.

N: Então assim, querendo mesmo prevenir a saúde, né? Pra num, a gente não sabe o fim nunca como é...então, dá uma melhorada na saúde mesmo, né?

... N: Ela me disse que no caso, já tô com peso, excesso de peso.

E: Hum.

N: Então, já é considerado uma, obesidade mórbida né?

E: Hum, hum.

N: Com risco.”

N. vinha ao hospital de ônibus, utilizava duas conduções para vir e outras duas para voltar. Acreditava que seria difícil comparecer ao total de seis reuniões da intervenção,

pois cuida de sua filha menor portadora de necessidades especiais e é difícil encontrar quem a substitua.

Participante 9: Gf. é do sexo feminino, 70 anos, viúva, mora com uma neta, numa casa própria de 4 cômodos no bairro de Lauzane Paulista. É natural de São Paulo e seus pais nasceram no interior do Estado. Mãe de 4 filhos, três mulheres de 52, 51 e 48 anos e um homem de 50, que lhe deram vários netos com quem convive muito e ajuda na criação e despesas. É evangélica, considera a religião algo muito importante em sua vida e comentou sobre o tempo que iniciou sua prática religiosa:

“[...]faz bastante, faz 11 anos, se fosse ficar direto na igreja fazia muito mais, eu conheci Jesus era 1960, eu fiquei uns tempos desviada, mas eu voltei outra vez.”

É da cor parda (auto-referida), cursou até a 1ª série do ensino fundamental, pois seu pai não deixava as filhas estudarem, e com 11 anos já trabalhava na roça. Depois teve empregos de empregada doméstica e hoje vende umas “sandalinhas” de porta em porta, que lhe rendem R\$2,00 (dois reais) por par. Não tem aposentadoria porque não era registrada nos seus empregos e sua renda atual é composta pela pensão deixada pelo marido e a venda das sandálias, somando R\$ 470,00 (quatrocentos e setenta reais, cinquenta das sandálias e quatrocentos e vinte da pensão). Além disso, sua filha, mãe da neta que mora com ela, faz uma compra mensal de R\$ 300,00 (trezentos reais) por mês para ajudar nas despesas. Foi indicada ao serviço por um médico do próprio hospital, pois tem diabetes e precisava passar pelo grupo de nutrição. Possui outras doenças como diz abaixo:

“Eu tenho, eu sofro de diabetes, canseira no peito, uns troço na perna, artrite, tem hora que eu sinto muita canseira, falta de ar.”

Este problema na perna tem-lhe restringido as atividades que estava acostumada a fazer sozinha. O próprio bico de vendas está ameaçado. Por este motivo também e pela rotina de exames que faz, achava que teria algumas dificuldades em vir às reuniões. Utiliza ônibus, de duas a três conduções para vir e voltar do hospital, mas não tem custos com o transporte, pois pela idade é isenta de pagar as passagens.

Participante 10: D. é do sexo feminino, 42 anos, casada e vive com seu companheiro e 3 filhas, 11, 16 e 18 anos. É natural de São Paulo e mora numa casa alugada com 5 cômodos no bairro Jardim Patente. Gosta muito do espiritismo, mas reza para os santos católicos e por isso considera-se uma pessoa ecumênica. D. já trabalhou em diversas atividades administrativas em escritórios no passado, cursou até a o primeiro semestre da faculdade de jornalismo, mas hoje não estuda e nem trabalha. Seu marido estava desempregado e a renda da família é composta de uma indenização de R\$ 900,00 (novecentos reais) mensais que ele recebe mais o mesmo valor que sua filha ganha em seu trabalho.

Sua irmã trabalha no hospital e então soube do CPS. Passando pelas consultas, foi-lhe indicado o grupo de reeducação alimentar por causa do excesso de peso. Estava também fazendo um tratamento para depressão e o médico achou que se emagrecesse poderia também melhorar o quadro depressivo. Utilizava ônibus e metrô para ir e vir do hospital e não acreditava que fosse ter qualquer dificuldade para freqüentar as reuniões.

5.3 Ponto de partida: expectativas sobre o grupo.

Neste item queremos mostrar as expectativas demonstradas e as representações feitas acerca do grupo, do lugar em que o programa acontece e do objetivo que cada um tinha.

Foi possível perceber alguns aspectos relevantes para nosso estudo durante as primeiras entrevistas, quando os participantes eram solicitados a falar sobre a maneira pela qual imaginavam o processo de grupo do qual estavam participando. A maioria deles tinha uma representação condizente com um modelo educativo e diziam que iriam aprender a comer direito, como exemplificado nas falas abaixo:

“Como vai ser? Ah, eu imagino que a gente vai aprender se alimentar melhor. Uma dieta. Porque a gente faz em casa a dieta, mas tem muitas dúvidas sobre muitas coisas. Cortei fritura, cortei refrigerante, não cortei doce porque eu não consigo ficar sem doce. Cortei fritura, refrigerante, presunto, queijo gordo. Diminui a quantidade de comida, mas a gente não sabe ainda.”
(Trecho da entrevista inicial do participante 06)

O grupo seria para esta participante o lugar para tirar dúvidas, supondo assim que encontraria ali um técnico capaz de dar-lhe algumas respostas corretas, o que a ajudaria a consertar possíveis erros que praticava em sua dieta, bem como ter contato com novas idéias que lhe auxiliassem, por exemplo, a lidar com seu hábito de comer doces. Este modelo de processo educativo vigente na representação de E. é aquele em que o educando é depositário de um saber e pouco ativo na construção do conhecimento.

“Como é que eu imagino? É...bom, eu, eu tenho uma história, como eu, eu já fiz o grupo de tabagismo, e como ela mesma falou, é mais ou menos, eu sei que a gente

vem toda semana, tem como ela falou, a gente lá também tem um questionário que a gente responde pra dizer como é que, como é que está indo né? O, o...enfim. E, eu espero que, que isso aí realmente haja, eu sei que vai ter um controle, certo? De uma certa forma vai ter um controle, ter puxão de orelha e tal. Tem que comer aquilo por que senão é lógico, esse é que é o problema, essa é, minha, minha preocupação, que eu não sei se vou conseguir...comer só o que deve e não comer o que não deve.”

(Trecho da entrevista inicial do participante 03)

A expectativa desenhada acima por Ml. foi inspirada em sua experiência no grupo de apoio aos que desejam parar de fumar, por onde passou, e podemos destacar daqui duas idéias importantes: uma de que ela seria acompanhada por um questionário que se interessaria por sua evolução, portanto, uma clara noção positiva de apoio e seguimento proporcionado pelo método que orientava as sessões de grupo; e de que haveria um controle, com direito até a puxões de orelha, indicando um processo de adesão permeado de “punições aos maus alunos”, em detrimento de um processo dialógico que compartilhava as dificuldades e soluções, proporcionando com que os participantes se tornassem sujeitos ativos de suas escolhas e processos. É interessante notar que em sua fala ela demonstra uma clara preocupação em como iria lidar com aquilo que se “deve” comer, e o dever, em geral, é uma ação com significado de obrigação e não de decisão consciente de busca para uma vida mais feliz.

“P¹¹: Bom, em primeiro lugar, eu já estou antevendo que vai ser divertido, porque a gente fala que faz isso faz aquilo, mas, é, geralmente é para enganar a si próprio, né? Por exemplo, minha esposa chegou um dia aqui e falou para médica que estava fumando 6 cigarros por dia e não era verdade, ela estava fumando muito mais ainda. Ela falou não, mas eu quis ver se impressionar a médica, mas a médica não acreditou... aí ficou ruim para ela, né... e?...E outras pessoas vão dizer que não tão comendo isso que não tão comendo aquilo, mas tudo mundo vai notar que... talvez, vai ser assim um pouco divertido, mas muito útil, né? Principalmente para mim na minha idade: 61 anos... isso é muito importante, uma reeducação alimentar agora... E: então o senhor acha que vai ser importante?”

¹¹ Utilizaremos nas falas a seguinte legenda: C para a coordenação do grupo, A para uma fala de participante que não pôde ser identificada durante as transcrições, e P ou as iniciais dos pesquisados, indicadas no item descrição dos participantes, para as falas que foram identificadas. Para identificar as pesquisadoras, utilizaremos E para entrevistadoras ou coodenadora por extenso, no caso das falas feitas no grupo focal.

P: Ah, sim, a gente que tá virando criança outra vez, né? Então, tem que se alimentar bem, dizem que quem tem que se alimentar bem, são as crianças e os velhos, né? Os que estão aí na meia idade, não... é a época da fartura... quer dizer as coisas mais gostosas, né?”

(Trecho da entrevista inicial do participante 04)

No trecho acima percebemos uma contradição entre divertir-se e enganar-se e um paralelo entre velhos e crianças, fases em que a alimentação deve ser “boa”, sem tantas “farturas” ou “coisas gostosas”, nas palavras de LC. De qualquer forma, este aprendizado parece que será lúdico, o trará de volta à infância, e as pequenas mentiras contadas à “professora” parecem até não oferecer tantos danos ao processo de mudança. Mas por que elas precisariam existir? Aprender a comer é um desejo de quem? A necessidade de enganar-se é apenas uma “traquinagem” ou reflete uma impossibilidade de dialogar sobre as dificuldades, as frustrações, os desejos e projetos de felicidade? Ou ainda seria a dimensão prazerosa, e o processo de mudança só é possível fora da época de fartura” ou “das coisas gostosas”?

“No grupo eu imagino, não sei, que vai ter alguém ali para falar sobre como que a gente deve se alimentar, que a gente tem que perder peso, eu já participei deste grupo de nutrição há muito tempo atrás, faz comparações, comparações, já fez até comparação de carro que fica parado e a gente comendo, faz comparações assim, né? É então... a gente tem que se alimentar de meia em meia hora, não pode acabar de comer e já ir direto para o sofá deitar...”

(Trecho da entrevista inicial do participante 09)

Novamente aqui aparece a expectativa de que haverá alguém que conhece, um técnico, que ditará o correto, o que tem que ser feito. E ele utilizará diversos artifícios de linguagem e fará adaptações deste conhecimento para que os “alunos” entendam bem a “lição” e as “tarefas de casa”.

Outros acrescentaram que haveria uma troca de experiências ou algum tipo de apoio:

“P: Eu acho que deve ser um acompanhamento, uma ajuda, uma troca de informações assim.

E: Assim, em que sentido; dá pra falar um pouco mais; que ajuda, como?

P: Eu acho assim que as pessoas tá ali pra trilhar o mesmo caminho pra emagrecer ou não sei o que; eu acho que é bem mais fácil dividir as experiências pra poder ser menos...

E: Tá, você acha que as pessoas vão se ajudar...

P: Isso, tentando dividir a carga.

E: Tá certo; pela troca de experiências de cada um.”

(Trecho da entrevista inicial do participante 02)

A idéia traduzida no trecho acima é bastante interessante e importante, pois demonstra uma expectativa de troca, compartilhamento e apoio, facilitados pela identificação de todos com um mesmo interesse e pelo fortalecimento uns dos outros com o intuito de diminuir o peso das dificuldades. Infelizmente esta participante desistiu do grupo e não compareceu nem à entrevista final e nem ao grupo focal.

Algumas pessoas já haviam participado do grupo de nutrição, portanto eram “repetentes”, e disseram que se beneficiaram do aprendizado, que foi até extensivo à família. Achavam, então, que a experiência positiva se repetiria ou ainda que seria ainda melhor:

“P: É, pelo jeito, como eu falei hoje pra ... pelo jeito vai ser até melhor do que o ano passado; eu me interessei; eu falei pra ela: “Olha, eu aprendi muita coisa aqui, do que a gente ouviu, né?... As pessoas; então isso serviu muita ajuda pra mim, né? Eu aprendi muita coisa boa; até falei pra minha mãe pra minha filha “A gente precisa se esforçar porque eu aprendi muita coisa boa e não só pra mim, pra minha filha também e pra minha mãe. O que a gente aprende ... também passa pras outras pessoa pra aprender.

E: Tá certo, então você acha que também vai poder passar pra outras pessoas.

P: Isso, eu acredito que vou ter uma boa recuperação com esse tratamento; tô confiando nisso.

E: Vai ter uma boa recuperação; é isso que você falou?

P: Isso... porque antes a gente fazia as coisa assim e nem imaginava o prejuízo que ia trazer de ... e hoje não; tem coisas que a gente vai fazer e já sabe que aquilo não deve servir; então é assim.”

(Trecho da entrevista inicial do participante 07)

V. conta acima que todos na família dela se beneficiaram de seu aprendizado. É importante notar que desde este momento que antecede ao processo de grupo os personagens que compartilham com a paciente a vida diária já começam a se destacar como elementos importantes de apoio.

P: Eu acho que vai ser ótimo, né, porque o ano passado foi ótimo. Esse ano parece que vai ser melhor, né? Tá mais... já começo mais...

E: Tá diferente do ano passado?

P: Ah, eu não sei porque começamos hoje, mas eu acho que vai ser melhor porque... do jeito que ela tava falando que tem que ser... Eu gosto muito, eu achei que melhorou muito minha saúde, eu emagreci... Tudo melhorou. Que você tem aquele incentivo de emagrecer que você vai vir e ela vai pesar, né?... Eu gostei muito.

E: E você acha que vai ter alguma diferença do grupo que você fez no ano passado pra esse ou...?

P: Ah, não sei, eu acho que sim.

E: Que diferença você acha que vai ter?

P: Não sei, acho que vai melhorar...

P: Tá..."

(Trecho da entrevista inicial do participante 01)

P: Ah, eu acho que vai ser mais fácil, vai ser mais fácil do que o ano quando eu comecei, né?

E: E quando você começou o que que você achou?

P: Ah, eu achei ótimo. Porque eu tinha quas... Não é que eu era gorda, eu pesava setenta e três quilos e quatrocentos, mas eu tinha uma maneira errada de me alimentar, quer dizer, eu comia muita verdura, não comia fritura... Quer dizer, eu era meia educada, a única... O erro que eu cometia é que em vez de eu fazer seis refeições como eu faço hoje, eu fazia só três: café, almoço e janta. Quer dizer, eu só tive o trabalho de diminuir a quantidade em cada refeição e aumentar três refeições, ao invés de fazer três fazer seis. Foi fácil.

E: Tá. Mas qual que era a sua expectativa antes?

P: A minha expectativa era de não conseguir, quer dizer, puxa, eu já faço tudo tão... como verdura... como... Não como muito porque eu não era de comer muito... Então eu achava que ia ser mais difícil. Em três meses eu alcancei meu objetivo.

E: Que bom.

P: Foi rápido. E o mais importante é que eu alcancei e mantive, né? Porque eu não engordei mais, durante um ano inteiro eu não consegui ficar sem engordar, só emagrecendo. Aliás, eu cheguei até a emagrecer demais porque o médico aconselhou que eu ficasse com sessenta e sete quilos e eu fiquei com sessenta. Aí eu acabei engordando um pouquinho, passei pra sessenta e dois, mas graças a Deus eu não tive muita dificuldade não."

(Trecho da entrevista inicial do participante 05)

As duas "repetentes" que acabaram de nos contar suas idéias positivas sobre o novo processo de grupo que se iniciava, sustentavam-nas nos benefícios que obtiveram a

partir do processo anterior. Ganharam saúde, perceberam que podiam ser bem sucedidas e reconhecem a importância do grupo, do incentivo, da balança para alcançarem seus objetivos.

As expectativas não giravam apenas em torno do método ou do conteúdo informativo que estruturava as sessões de grupo, mas também sobre os objetivos que tinham ao iniciar o trabalho. A maioria relatou querer perder peso por questões de saúde, muitas vezes porque já apresentavam patologias agravadas pelo hábito alimentar, como diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias e hipertensão arterial:

“E: E qual é o seu principal objetivo nesse grupo agora?”

P: Manter... o meu peso, manter a minha saúde como ela está, se possível até melhorar mais um pouco porque o colesterol tá meio alto.

E: Falta só o colesterol, né?”

P: É. Quer dizer, eu até consegui abaixar, mas ele voltou a subir e só controla com remédio e eu parei de tomar remédio. Vou ter que voltar novamente pro remédio.

(Quase inaudível agora) Eu não consegui sozinha...”

(Trecho da entrevista inicial do participante 05)

Novamente aparecem os benefícios derivados da perda de peso conquistada durante seu primeiro processo de grupo. É possível que eles também contribuam para que os repetentes desejem refazer o processo mesmo que com novos participantes e outro coordenador, demonstrando um vínculo forte com serviço.

Embora a doença tenha sido um fator motivador para muitos perseguirem o objetivo de perder peso, as dificuldades em executar tarefas diárias representaram também um motivo bastante poderoso:

“E: Tá certo, e o que te levou a querer emagrecer?”

R: Eu acho que tá prejudicando bem mais a minha saúde, a obesidade.

E: Como que você percebe isso?”

R: Quando preciso abaixar pra fazer um serviço de casa, subir uma escada, aí eu já...”

E: Cansaço quando você abaixa, faz que tipo de serviço?”

R: Quando vou limpar uma parede, assim embaixo ou pegar alguma coisa no armário a gente já cansa mais por tá gordo, né?”

E: Limpar parede, levantar peso, assim, é isso?

R: Não, é também cansa, mas a gente tem que fazer. Nossa fazer a unha do pé é terrível”

(Trecho da entrevista inicial do participante 02)

“P: Ah, as vezes na igreja, outras vezes cai alguma coisa na rua, em local público né? E eu precisa me abaixar e levantar rápido né?, Eu sinto dificuldade...”

(Trecho da entrevista inicial do participante 08)

Alguns pacientes, no entanto, demonstraram um interesse estético que vinha ou não acompanhado do desejo de reverter os desconfortos relacionados à saúde ou com os afazeres da vida diária. Curiosamente, a manifestação disto apareceu sempre quando eles eram solicitados a descrever uma cena em que seu corpo tinha lhe oferecido alguma experiência boa ou ruim, a primeira que lhes viesse à mente, bem como na descrição de uma cena em que estivessem com um corpo ideal. Nestes relatos era comum observar sentimentos de constrangimento ou vergonha pelo corpo mais gordo, e bem-estar e satisfação pelo corpo magro idealizado:

“P: O ano passado, nas férias, nós fomos para a praia e eu virei ponto de referência (risos). Lá, perto daquela gorda’ (risos)

E: No ano passado, teve férias na praia.

P: Isso, nós fomos pra... e eu virei ponto de referência, “alí, oh, perto daquela gorda” (risos), bem assim.

E: Virou ponto de referência, mas referência pra quem?

P: Pro menininho que tava procurando cachorro-quente e tinha um carrinho onde a gente tava sentada e a mãe dele gritou assim: “Ah, perto daquela gorda de preto alí” (risos).

E: Você virou ponto de referência pra uma criança?

P: Isso.

E: E como que você se sentiu, assim, que sensação que você teve?

P: Ah, a gente não se sente muito bem não, viu.?”

(Trecho da entrevista inicial do participante 02)

“E: Como você gostaria que fosse seu corpo?

P: Ah, bem magrinha, né. Tudo bem durinho, tudo no lugar certinho, mas é impossível, né.

E: Mais alguma coisa?

P: Não.

E: Imagine-se com este corpo que você acabou de descrever. Como você o imaginou?

P: Na praia, de biquíni. Andando, me exibindo...

E: Você está sozinha ou não?

P: Com alguém, né?, Acompanhada.

E: E quem está aí com você?

P: Ah, meu marido.

E: E como você está se sentindo?

P: Nossa eu ia estar super bem, toda cheia...

E: E seu marido?

P: Também. Se sentindo com a bola toda, né?"

(Trecho da entrevista inicial do participante 06)

Embora tenha havido uma única manifestação que indicava que o principal objetivo em participar do grupo era o de adquirir mais conhecimento, julgamos que fosse relevante destacá-la, pois foi apresentada pelo único homem do grupo:

"E: Meu principal objetivo é adquirir conhecimento real, porque eu vejo muita conversa por aí, muita informação errada, uma hora você pode comer tomate, outra hora você não pode comer, uma hora você pode tomar café porque ele agita não sei o que no cérebro, outra hora a cafeína faz mal, e você não pode... sabe? Então, eu quero ter informações seguras pra que eu possa me alimentar realmente como eu devo me alimentar, no caso atual de vida que eu estou e com os problemas inerentes nesta fase da minha vida, gostaria muito que estas informações me deixassem, quer dizer, tem alimento, é.....para diabético, tem alimento que diabético pode comer, tem alimento que vem lá próprio para pessoas que têm restrições ao consumo de açúcar, mas o diabético deve informar seu médico, pedir orientação, então, fica muito difícil, né? Estar decidindo o que você pode ou não pode comer, né? Eu adoro fruta, eu como fruta de tudo quanto é tipo, mas já me disseram que existe muita açúcar na fruta e tem uma certa restrição para algumas pessoas, para fazer isso eu estou perdido, né? Nossa como eu gosto de fruta! Ainda ontem, eu comprei, o Extra estava vendendo o mamão formosa em oferta, e eu adoro mamão, né? Então eu peguei um grandão mesmo...melancia, eu como quase a metade de uma quando eu vou comer, né? E eu não sei se posso...disseram que maçã, não, então eu já até cortei a maçã, né? Chupava laranja demais, mas também disseram que...então a gente fica no dúvida cruel, né?

[...]

E: Aha, tá e como que o senhor gostaria que fosse seu corpo?

P: Tá, aí tem outro problema, a questão de otimismo, eu...sou tão agradecido, menina, com as coisas que eu tenho, com a minha vida, eu sou uma pessoa que quando eu olho para trás eu tive oportunidades que poderiam ter me deixado mais rico, mais posicionado, mais popular, né? Eu tive oportunidades de me envolver com políticos aí...busca alguma posição, mas eu nunca tive essa vaidade, a minha preocupação sempre foi, é...ter o básico. Poder comer, poder olhar pro céu, poder ter um cachorro, poder sabe ouvir um canto de um passarinho, sabe? As coisas simples para mim, me deixam mais satisfeito, me deixam mais contente, e uma das coisas que eu sou sempre grato a Deus, eu acho que tem este ser superior, alguns negam mas eu acho que tem porque ninguém cria uma grandiosidade dessa, um universo como esse, tem que ter alguma força espiritual, sei lá..mas então eu sou muito agradecido, eu olho pra mim, eu falo: puxa vida, eu nunca esperava que eu

chegasse aos 61 anos com este vigor físico que tenho, com esta disposição, eu trabalho, para você ter idéia, ainda ontem, anteontem eu estive na minha casa, capinei, limpei, carreguei entulho, eu tenho em frente a minha casa um espaço que era puro mato, eu capinei, plantei árvores, plantei flores, sabe? Então, ontem eu capinei exatamente no pé das flores, assim rosas, lírios, sabe? As pessoas passam olham: , 'Ó seu LC-, o senhor vem para casa descansar e ta aí, né?' To muito satisfeito com o meu corpo, eu acho que, eu tenho amigos mais novos do que eu que já estão dependendo de sonda, dependendo de hemodiálise, sabe? Outros já tiveram derrame, estão com um lado do corpo paralisado, então eu estou perfeito graças a Deus, então eu to super satisfeito..."

Neste trecho L.C. deixa clara a sua gratidão a Deus por ter um corpo perfeito, isto é, que lhe permite realizar as atividades diárias e sem doenças incapacitantes. Vimos acima que um desejo recorrente de outros participantes é ter disposição e facilidade em lidar com as tarefas cotidianas. No primeiro caso percebemos que a fala está atrelada a uma comparação com conhecidos da mesma idade e traz a tona questões relativas ao envelhecimento, assunto sobre o qual LC foi um porta-voz freqüente durante todo o processo.

(continuação do trecho acima)

"E: Não tem nada que o senhor quer mudar então?

P: Não, só tiraria um pouco da gordura, principalmente abdominal, é a parte que eu acho que eu corro mais risco de saúde, então eu gostaria, e esta barriga eu carrego por muito anos, apara você ter uma idéia, há 34 anos, eu vou fazer agora eu janeiro, 34 anos de casado, quando eu me casei eu pesava 108 KG, hoje eu estou com 85, quer dizer, deveria ser o inverso, mas não eu estou emagrecendo gradativamente, principalmente uns 4, 5 anos pra cá eu tenho procurado muito diminuir o meu peso, e agora mais do que nunca depois das recomendações do médico.

...

P: ah, eu imaginei que iria fazer sei lá algum esporte, alguma coisa assim, é para terceira idade, porque eu acho que daí eu estaria em condições físicas melhores, né? Para praticar isso. Hoje que estou descobrindo que não consigo correr como eu corria antigamente, começo a correr me dói o joelho, me dói a panturrilha, né? Eu falo: Meu Deus, mas antes eu queria fazer eu fazia, agora a cabeça quer mas o corpo não ajuda...

E: e que esporte seria esse?

P; Ah, eu joguei bola, lutei boxe, eu joguei basquete, joguei até rúgbi, até voleibol que atualmente é a coqueluche, né?

E: E onde o senhor estaria fazendo este esporte?

P: Bom, eu não tenho preferência, mas eu... algum clube que eu pudesse...

E: Com alguém ou sozinho?

P: Ah, de preferência acompanhado, eu acho que sozinho é muito ruim, né? Nem quando agente nasce a gente nasce sozinho, né? Tem alguém ali amparando...

E: E como o senhor se sentiria nesta situação?

P: Mais forte pra dar assim, ou ser um pouco de exemplo para os meus netos para que eles também tenham esta disposição para o esporte, para a movimentação, eu

gostaria assim, que eles tivessem, já que a condição de vida está cada vez aumentando mais, né? Que eles tivessem mais condições de não chegar como eu aos 61 já com problema de diabete, de pressão, gostaria que eles chegassem a esta idade com mais vigor físico, sem problemas, né? Graves no corpo, e eu sei que só através de uma boa alimentação uma prática esportiva que a pessoa pode chegar a isso.”

(Trecho da entrevista inicial do participante 04)

Além da história de vida presente neste trecho, representada na quantidade de anos de casamento, e na diversidade de esportes que já praticou, LC manifesta uma preocupação clara com alguns elementos negativos relativos ao avanço da idade como a gordura abdominal, o diabetes, a queda do desempenho durante uma atividade física e a preocupação em passar sua experiência para seus netos, a fim de que eles possam chegar na sua idade melhores do que o avô.

Todos os participantes achavam que conseguiriam chegar ao final do grupo um pouco mais magros, e as principais razões para tal foram relacionadas à força de vontade e à necessidade de melhorar a saúde.

“C: Bom, e você acha que você vai conseguir atingir seu objetivo de manter o peso?”

P: Ah, eu acho.

C: Bom, por que você acha?”

P: Ah, porque eu tenho força de vontade e eu acho que não é difícil manter.”

(Trecho da entrevista inicial do participante (05)

“E: Tá, e a senhora acha que vai conseguir atingir o objetivo da senhora?”

P: Eu espero conseguir

E: E porque que a senhora acha que vai conseguir?”

P: Ah, porque eu quero

E: Hãhã

P: Quero e preciso, né? É duas coisas que soma.”

(Trecho da entrevista inicial do participante 08)

“E: E a senhora acha que vai conseguir atingir o objetivo?”

P: Acho que sim

E: Porque que a senhora acha? Qual o motivo?”

P: Por que eu vou, eu to determinada a isso, né?”

(Trecho da entrevista inicial do participante 10)

A força de vontade, o desejo, a necessidade e a determinação são características essencialmente individuais que se contrapõem - ou complementam - às falas relativas ao apoio que encontrariam ou achariam no grupo, representadas na necessidade de aprender o certo, e para isto dependem do técnico, ou no compartilhamento das dificuldades. Será que há aqui a percepção de que o grupo por si não lhes daria a solução mágica para atingir seus objetivos, havendo assim a necessidade de engajar-se? De qualquer forma este engajamento parece depender muito mais de elementos intrapsíquicos do que contextuais para o favorecimento de suas práticas.

Na primeira entrevista perguntamos aos participantes sobre quais eram seus conceitos acerca da saúde, da promoção da saúde, do check-up e do Hospital das Clínicas. Estes são nomes que estão diretamente relacionados com o CPS e que julgamos contribuir com as representações e expectativas acerca do grupo de reeducação alimentar. A maioria deles já realizava outros tratamentos dentro do hospital e esta experiência certamente influenciou suas falas.

A definição abaixo vem de uma das “repetentes” e embora se refira a doença, isto é, “saúde” seria não tê-las, considera que as doenças que são passíveis de controle pela ação dela não são doenças, provavelmente porque este controle lhe permite não “sentir nada” (sic).

“P: Ah, não sentir nada, né? Embora, eu não ach... eu não me considero uma pessoa doente. Assim, tipo, eu tenho pressão alta, eu tenho diabetes, eu tenho... Mas eu não considero doença, entendeu? Porque é uma coisa que eu posso controlar, posso... depende de mim. O único problema é a pressão, como eu sou muito assim, então a pressão tá sempre alta, mas mesmo assim... a diabetes desde que eu não comi mais, parei de comer doce, parei de comer gordura, parei de comer... comecei a acompanhar a dieta, os out... os próximos exames que eu fiz, agora há pouco tempo eu fiz no posto de saúde, tá tudo normal. Minha pressão abaixou muito, né? Melhorou porque era de vinte por catorze, agora tá sendo de treze, doze, treze... então, quer dizer, melhorou muito, né? Pra quem vivia com a pressão vinte. Então melhorou bastante. Colesterol também tá mais ou menos, diabetes também tá bem baixo, então...”

(trecho da entrevista inicial da participante 01)

Embora outras pessoas tenham se referido à saúde como ausência de doenças, havia na maior parte das vezes uma complementação em relação a poder realizar as coisas que gosta, como nos diz E.

P: Ter saúde? É poder fazer tudo o que eu gosto. Não ter problema nenhum com o corpo, com a mente, poder fazer tudo o que gosta. Comer bem.
(trecho da entrevista inicial da participante 06)

Assim como E., outros entrevistados indicaram o hábito alimentar para definir saúde. É possível que esta inclusão tenha sido feita pela temática da pesquisa e do processo que estavam iniciando ou repetindo. Na fala abaixo é interessante também notar a atribuição da saúde à possibilidade de cuidar-se.

“P: o que é para mim ter saúde? Tem tanta coisa que é ter saúde, saúde é me cuidar bem, com uma alimentação sadia, né? Não exagerar esses pratos que a gente gosta de comer, né? Ta gostoso, aí vou ali pegar mais um pouquinho, né? Naquele já se satisfaz, mas aí, ta boa, vou comer mais um pouquinho, as vezes a gente come até sem fome... ..como é bom sair de casa, aqui nesta lanchonete, não tem uma vez que eu não venha e não vou comer um pedaço de torta, tem suco, tem tudo ali, eu vou na torta, eu gosto da torta.”
(trecho da entrevista inicial da participante 08)

Assim verificamos que algumas definições de saúde foram positivas, isto é, referiram-se às possibilidades de realizações de tarefas através de melhor disposição, ânimo, além de fazer atividades prazerosas sem limitações, alimentar-se bem, dormir bem e trabalhar. Isto é um aspecto bastante interessante, pois a saúde não aparece apenas em contraposição à doença, isto é, como ausência de doenças, o que poderíamos esperar de um público que apresenta uma série de doenças crônicas e frequentam um hospital que trata de pessoas com doenças graves. Não é possível saber se esta é uma crença que tinham antes de passar pelo

CPS, ou se a participação em consultas médicas do serviço ou nas atividades de grupo resultou nesta visão.

A principal idéia acerca da promoção da saúde girou em torno da possibilidade de evitar doenças através do autocuidado e da melhora da saúde.

“P: Promoção da Saúde é evitar que você fique doente, quer dizer, é você ter uma vida saudável, quer dizer, tentar melhorar cada vez mais a sua saúde, o seu estado físico, né?”

(trecho da entrevista inicial da participante 05)

“P: Seria eu me cuidar antes de ficar doente. Seria isto?”

(trecho da entrevista inicial da participante 06)

Outros pacientes diziam que se tratava daquilo que era oferecido pelo serviço, sem detalhar melhor sua percepção.

“P: Ah, promoção de saúde, é o que vocês estão fazendo. Não tem coisa melhor para definir promoção de saúde.”

(trecho da entrevista inicial da participante 04)

Gf. disse que promover a saúde é melhorá-la e que para isto é necessário ter uma atividade e não ficar se ocupando com problemas.

“P: Promoção de saúde? Essa eu não entendi, promover a saúde, para melhorar?”

E: é a senhora acha que é melhorar?”

P: é melhorar a saúde.

E: que mais?”

P: melhorar a saúde é a gente se sentir bem consigo mesmo e ter uma atividade na vida, né? Quem não tem uma atividade não tem saúde, pode ser um passeio, pode ser , mas não pode ficar se preocupando direto que nem eu porque daí tem muito problema, né? Se eu ficar, pensando nos problemas de casa eu fico doente, eu tive depressão, mas eu tava com um médico muito bom, cuidou do meu marido, um médico falou para mim, procura o que fazer mulher, vai passear, sai, vai andar, vai visitar o hospital, faz qualquer coisa, se eu ficasse do jeito que tava, todas coisas, eu chorava deitava na cama, via televisão, ficava assim, deprimida, depressão, eu peguei e arrumei sapatinhos para trabalhar, comecei se dar com o público, sair conversar com um com outro, foi muito bom para mim, nem tanto pela força de ganhar dinheiro, mas a força que me deu da amizade, de sair para rua, sento nas escadas dos outros converso, saio...”

(trecho da entrevista inicial da participante 09)

Neste trecho podemos observar a inclusão da saúde mental e social, da necessidade de fazer amigos, de ocupar-se e evitar doenças mentais. Esta visão foi de alguma forma corroborada por D. que traz a noção de que a promoção da saúde só é possível quando se está bem consigo mesma, pois do contrário as práticas ligadas a ela, como uma alimentação equilibrada, não são possíveis.

“P: Ai, ó, promover saúde é estar com a auto-estima em dia. Porque quando você tá com a auto-estima em baixa, você num, é aí que você começa a comer, comer até...”
(trecho da entrevista inicial da participante 10)

Sobre o check-up as idéias foram bastante homogêneas e giraram em torno da realização de exames e detecção de doenças para prevenir seus agravos.

*“P: Check-up, eu acho que é uma avaliação pra saber como tá sua saúde no geral... pra ajudar, pra ver o que que não tá certo.
E: Você falou pra achar o que não tá certo?
P: Isso pra achar... Prevenir alguma coisa mais grave.”*
(trecho da entrevista inicial da participante 01)

Nestes dois trechos abaixo há ainda a idéia de que o check-up visa exclusivamente à saúde física, dos órgãos e que existem máquinas capazes de verificar se o corpo está adoecendo. Neste momento a relação entre comportamento e saúde não aparece.

“P: Check up pra mim é ver se tudo, se todos os meus órgãos do meu corpo tão funcionando bem, estão em bom estado”
(trecho da entrevista inicial da participante 05)
“P: Nunca fiz. Ah, check-up a gente já ouviu as pessoa falar que check-up é, que é um aparelho que vê todos os tipo de doença que tem no corpo. A gente até se interessaria em fazer, né? É bom a gente saber que tem um problema a gente já faz um tratamento, né? Já se cuida, já previne uma coisa que pode prejudicar.”
(trecho da entrevista inicial da participante 07)

A relação estabelecida com o Hospital das Clínicas, a instituição, é claramente forte. Ao HC é atribuído um poder imenso, pois é o lugar em que existem os melhores especialistas; onde se pode encontrar solução para tudo; onde se pode confiar. Eles são fãns do HC, como bem declarou um dos participantes:

“P: Olha, eu sou, se o Hospital das Clínicas, fosse uma ator ou atriz teria em mim, não o principal mas um dos seus principais admiradores. Eu vejo as pessoas, ouço as pessoas falarem do Hospital das Clínicas desde a idade acho que dos 6, 7 anos. Só para você ter uma idéia, com 8 anos, minha mãe foi empregada doméstica por muitos anos, com 8 anos, minha mãe trabalhava de cozinheira na rua Cônego Engenheiro Leite, em uma travessa da Teodoro Sampaio, e o Dr. Dácio o esposo da D. Carmem, patroa da minha mãe, era professor aqui, o Dacinho, filho deles, ainda estudava Medicina, e um fato curioso que serve de ilustração, ele comia de 4 a 5 cebolas deste tamanho, durante as horas que ele estudava, pela madrugada a fora...e minha mãe ficava doida da vida porque ela ia fazer o almoço e a cebola tinha acabado...Meu Deus ela ficava doida, mas adorava este Dacinho, porque ele era uma pessoa muito...todos eles, né, eram 3 filhos e um casal, eles nos deram muito apoio, inclusive foram nosso padrinho de casamento, né! Quando eu me casei, e até o fim da vida deles a gente tinha um contato muito especial, sabe? Era uma pessoa muito boa a D. Carmem, ela saía, ela era professora de inglês, ela saía da casa dela, visitava as amigas, tomava um chá, toda aquela coisa, mas durante o chá, ela perguntava, você não tem uma roupa velha jogada no fundo do guarda roupa, aí, que você possa me dá, aí elas: ah, Carmem, o que você está fazendo juntado roupa velha? Ela: é, eu tenho umas meninas que trabalham comigo lá de costureira, e quem sabe a gente faça algumas roupinhas para dar para as crianças, e pagava, arrecadava, quilos e mais quilos, de roupas usadas e pagava 4, 5 costureiras para costurar roupinhas para dar para as crianças em dia de Natal, Páscoa, não tinha dia específico, fazia aquele monte e saía aí pela favela, então uma pessoa assim que está na nossa lembrança com muito apego.”
(Trecho da entrevista inicial do participante 04)

O trecho acima sugere que as pessoas que possuem um vínculo com este hospital são boas, fazem caridades, são muito esforçadas (Dacinho estudava madrugada adentro enquanto era estudante de medicina). Este bom tratamento é também vivido na instituição, através do acolhimento, dos modos educados, da sinceridade e da confiança que encontram aí.

“P: Ah, pra mim é muito bom, pra mim... as vez que eu venho aqui eu sempre fui bem recebida. Nossa, abaixo de Deus, me ajudou muito, muito mesmo. Pra mim é um hospital muito bom não por tar aqui, né?, Mas a gente... e sempre que as pessoa fala, né? Tem até vizinha minha que tá vindo aqui também. Então e a sinceridade: se tem a solução pro problema ele já fala, se não tem também já fala, a sinceridade que tem que também é muito importante; não adianta enganar, “o senhor tem isso, tem aquilo” e é muito pelo contrário. E eu pra mim acho muito bom, sempre fui bem atendida e só tem coisa boa pra falar daqui.
E: Quando tem solução pra alguma coisa, você é sempre informada?
P: Isso, sempre venho aqui. E nem iria, que antes eu ia em pronto-socorro, mas agora eu nem fico pra lá porque lá eles vão me atender eh... hoje parece até que tá mais fácil pronto socorro. Na época que eu vim, tinha que pegar aquela fila de 200 pessoa. Já peguei fila aqui de ficar meio dia lá fora; e sol e chuva e a gente ali; a gente precisa, né?”
(Trecho retirado da entrevista inicial do participante 07)

A confiança é tamanha que há a crença de que se há cura só é possível de ser encontrada no HC, o lugar do cuidado, do tratamento competente. A paciente abaixo apesar de ter perdido seu marido e seu irmão no hospital, diz ter recebido todo o suporte e que se não houve jeito para curá-los, é porque realmente não tinha o que ser feito. É preciso considerar estas experiências fortes com o hospital, vividas ou ouvidas, para que possamos compreender o vínculo que os pacientes fazem com os serviços oferecidos por esta instituição, como é o caso do CPS.

“P: Hospital das Clínicas pra mim é um lugar onde você encontra os melhores especialistas em todas as áreas.

C: Mais alguma coisa?

P: É um lugar onde se você estiver doente você só não sara se não tiver que sarar. Se tiver tratamento certo, você vai ficar bom.

C: Bom e tem mais alguma coisa que você gostaria de comentar... sobre...

P: A única coisa que eu gostaria de comentar é que eu tive meu marido internado aqui, ele foi muito bem tratado. Ele se internou aqui pra fazer uns exames, detectou que tava com câncer, já tava em fase terminal... não curou porque não tinha mesmo como curar, mas ele foi muito bem tratado.

C: Então estava em estado terminal, então foi isso?

P: Meu irmão também tratou-se aqui, também estava em estado terminal, levou três meses também morreu, mas sempre foi muito bem tratado.

C: Que câncer que era só...

P: Meu irmão também teve câncer, teve câncer de pulmão

C: Os dois tiveram câncer de pulmão?

P: Os dois, os dois. Meu marido e meu irmão, e tive um outro irmão que também teve aqui, foi muito bem cuidado também. Também faleceu porque não teve jeito... três meses... operou o pulmão... esse não era câncer não, ele teve infecção pulmonar, infecção renal, teve problema cardíaco tudo junto. Ai ele morreu do lado de lá, mas não importa, mas é clínica também, né? Mas eles foram todos muito bem tratados, eu nunca tive nenhum problema aqui, sempre fui bem atendida... Então não tenho do que me queixar, só tenho que agradecer do tratamento que eles deram.”

(Trecho da entrevista inicial do participante 05)

Colocaremos resumidamente no quadro abaixo os principais elementos que acabamos de apresentar:

	Idéias Centrais
Processo de Grupo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trata-se de um processo educativo; ✓ Atribui-se ao técnico o papel de controle; ✓ Espera-se que o técnico seja ativo; ✓ Espera-se que o técnico detenha o conhecimento “certo”, “verdadeiro”; ✓ Espera-se que o técnico adapte este conhecimento a uma linguagem acessível aos pacientes; ✓ O paciente se vê como um receptor das informações, ✓ O paciente acredita que seu sucesso dependerá de características individuais como: força de vontade, determinação, desejo e necessidade; ✓ Acredita-se que o grupo servirá como apoio e incentivo; ✓ Acredita-se que o grupo compartilhará boas experiências e dificuldades; ✓ Espera-se que o aprendizado possa ser extensivo aos familiares.
Objetivos e Motivações	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Emagrecimento; ✓ Cuidar da saúde; ✓ Melhorar esteticamente; ✓ Realizar atividades diárias sem incômodos; ✓ Ter mais disposição; ✓ Controlar doenças crônicas (ou acompanhar resultados de exames de controle de doenças crônicas); ✓ Servir como modelo para familiares; ✓ Relacionam-se com preocupações ligadas ao gênero ou à idade (momento da vida).
Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de doenças; ✓ Ter controle sobre as doenças; ✓ Fazer o que gosta; ✓ Ter disposição; ✓ Comer bem; ✓ Auto-estima.
Promoção de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar ou prevenir doenças ou agravos; ✓ Auto cuidado; ✓ É o que se faz no CPS.
Check-up	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar exames para avaliar a saúde física; ✓ Ver tudo que se passa no corpo; ✓ Detectar problemas graves.
Hospital das Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acha-se solução para tudo, exceto para o que não tem mesmo solução; ✓ Dispõe de profissionais com alta qualidade técnica; ✓ Sensação de acolhimento (as pessoas são educadas e esforçadas pelo bem comum); ✓ Confiança.

Quadro 2: Resumo das principais idéias relativas à expectativas e objetivos sobre o processo de grupo.

5.4 De que grupo falamos: estabelecimento de contrato e *setting*¹².

Durante a primeira sessão de grupo, a equipe de pesquisa compareceu para convidar os pacientes a participarem do estudo, conforme descrito nos procedimentos. Neste dia também foi realizado o contrato de grupo entre participantes e coordenação, estabelecendo um critério de faltas toleradas de no máximo 2 consecutivas e 3 alternadas, número de semanas do processo de grupo. Em função da foram definidos que seriam 7. Foram discutidos os objetivos do programa, horário das 14h às 16h, e acordado o sigilo, isto é, um acordo de que tudo que fosse dito no grupo e que pertencesse à vida pessoal de cada um não poderia ser comentado com outras pessoas fora do grupo.

As configurações grupais que podem ser estruturadas para um trabalho em promoção ou educação em saúde são diversas e cada uma delas possibilita um tipo de interação. A proposta do CPS é a de sessões de grupo, coordenadas por dois profissionais de saúde, um com o papel de coordenador e outro de co-coordenador, que sejam capazes de proporcionar uma interação dinâmica entre eles e com os participantes. No entanto, o grupo estudado, como costuma acontecer na maior parte dos programas em grupo do CPS, possuía apenas uma coordenadora que era responsável por todas as atividades do grupo, isto é, pesar e medir os participantes, distribuir e coletar questionários de anamnese e acompanhamento, verificar a quantidade de faltas de cada paciente para identificar se os mesmos já poderiam ser

¹² *Setting* é um termo bastante utilizado na Psicologia para definir um tipo de estrutura de atendimento que envolve, dentre outros elementos, o ambiente e tipo de interação desejada.

encaixados no critério de desistência estabelecido pelo serviço, organizar a sala, além, é claro, de mediar as sessões.

Por vezes a sessão demorava a ser iniciada ou era interrompido por conta dos diversos afazeres da coordenadora, o que provocava uma conversa interessante entre os participantes e que não era considerada durante a sessão, apesar de terem sido ouvida por ela, como demonstra o trecho abaixo:

V: É difícil para abaixar. Não consigo mais abaixar, as banhas não deixam. (enquanto tenta ajeitar a tira de sua sandália)
G: É a barriga.
V: É a barriga.
Gf: Eu também só posso usar tamanquinho. Meu peso normal é setenta e quatro, mas setenta e nove... Meu peso menor é sessenta e nove, mas acho que setenta e quatro fico bonita.
V: A gente não sai dos oitenta, né?
Gf: Se eu fico em casa eu fico com mais fome. Com chuva assim é que me dá fome.
E: Precisa arrumar alguma coisa pra fazer dentro de casa.
E: Adoro pastel.
Nl: Eu não sou de comer muito não...
Gf: Aqui na lanchonete tem uma torta tão gostosa. Eu saía daqui ia lá comer...
C: (entrando na conversa pela primeira vez até então) Qual que a senhora come das tortas gostosas?
Gf: A de espinafre.
C: Ainda bem que é a de espinafre, né?
Gf: Eu peço um copão de café com leite e um pedaço de torta.
Gf: Não, agora duas vezes que eu vim eu não fiz isso não. Peguei um café com leite e um pãozinho com manteiga.
Fb¹³: Ai pediu pra colocar mais manteiga no pão?

A COORDENADORA COMEÇA A AULA E AS CONVERSAS PÁRAM.

C: Quem que daqui já começou a fazer a dieta certinho? Rigoroso...

V., D., E. ERGUEM OS BRAÇOS.

C: E o resto, não?

N- Eu comecei, mas aí na semana passada eu não caminhei, aí eu ganhei peso.

C: Hum...

N: Caminho a semana inteira, semana passada eu não caminhei...

C: Mas e a dieta, tá fazendo certinho e mesmo assim ganhou peso?"

(trecho da segunda sessão do grupo de reeducação alimentar)

Além disto, as freqüentes interrupções para grampear dietas etc, facilitavam a comunicação individual entre coordenação e paciente em detrimento do grupo, interrompia a

¹³ Fb era uma nutricionista que às vezes passava pelo grupo e participava um pouco.

tarefa do grupo, adiando ou adiantando as falas ou perguntas dos pacientes. Às vezes as questões eram respondidas, e outras vezes, o coordenador solicitava que aguardassem o momento programado para aquele assunto:

*“C: Atrasou muito, né? Eu já preparei a dieta de todo mundo... Bom, boa tarde primeiro, né?
Coro– Boa tarde!
C: Porque eu cheguei tão afobada que eu nem... Vamos lá. A V. não chegou, ah chegou. Isso aqui é seu, que ficou com a L., aí ela pediu pra te entregar. Ai como vocês tão chique de crachá...”*

Aqui a coordenadora demonstra seu afobamento: primeiro diz que se atrasou, depois informa sobre a dieta individual, elemento muito esperado pelos pacientes e em seguida os cumprimenta. Observa ainda a utilização dos crachás, dizendo que eles estavam chiques, pois este não é um recurso habitual dos grupos e foram confeccionados pela equipe de pesquisa. Desta forma, percebemos a interferência dos recursos deste estudo na dinâmica da sessão e neste caso favorecendo com que todos pudessem dirigir-se uns aos outros pelo nome.

(continuação)
*“MURMÚRIOS
C: N. Quem que é N?
N: Eu.
C: N, você tem colesterol alto? O médico não especificou aqui no seu encaminhamento...
N: É... ele não falou... Não tava muito alto não, mas eu tomo medicamento.
C: Você tá tomando medicamento... E a pressão alta?
N: A pressão também tava treze por nove da última vez que eu medi.
C: Então tá controlada?
N: Tá controlada.
C: Você é diabética?
N: É... a última vez tava 128.
C: Mas você toma remédio pra diabetes?
N: Mês passado ele passou, ele deu o remédio.
C: Tá. Então hoje eu vou entregar a dieta de vocês, depois a gente vai pesar de novo e aí eu vou explicar um pouquinho... eu vou falar um pouco sobre a dieta, e depois a gente vai falar um pouquinho sobre alimentação saudável. Tá?
SILÊNCIO ENQUANTO A COORDENADORA AJEITA ALGUMA COISA*

C: Então essa é sua N... Depois a gente... eu vou comentar o de todo mundo junto.
A Gf tá aí, né? E a senhora, tem pressão alta dona Gf?
Gf: Não minha pressão é ótima.
C: E o colesterol?
Gf: O colesterol o médico disse que tava com pouco colesterol.
C: E a pressão?
Gf: Então, a minha pressão é boa...
C: É?
Gf: É, é doze por oito.
C: Então tá bom.
Gf: Só que eu tenho diabete, né? Agora mesmo vou passar no médico...
C: Diabetes ele escreveu...
Gf: A cada dois, três meses tô fazendo glicemia.”

Neste trecho vemos a quantidade de tarefas que a coordenadora executa ao mesmo tempo: ajeita o material; tira dúvida sobre a saúde dos pacientes, sendo que muitos dados deveriam ser anotados na ficha inicial de anamnese e na guia de encaminhamento que o médico faz para o grupo, indicando que, ou ela não leu as anotações destes instrumentos, ou eles estavam falhos; além de falar para o grupo em geral qual era a agenda para o dia, como pesagem, explicação da dieta e sobre o que é alimentação saudável, explicitada em sua fala mais acima. Não é claro, portanto, se a sessão começou ou não, embora seja clara que a interação já existe e se pauta em torno do tema do programa.

(continuação)

“SILÊNCIO ENQUANTO A COORDENADORA AJEITA ALGUMA COISA

Ml: (tosse)

N: Reduz ou eu continuo tomando mais? N. meio litro?

C: Ai Meu Deus do Céu...

COORDENADORA FAZ A CORREÇÃO

C: Todo mundo que tá aqui assistiu a palestra?

As: Assisti.

C: Vocês assistiram a palestra de nutrição?

As: Assisti.

A: Eu não assisti.

L: Não?

A: Na segunda-feira da semana passada?

C: Vocês vieram na semana passada?

RESPOSTAS BAIXAS

C: Quem falou, quem falou sobre alimentação foi a L., a psicóloga, vocês não lembram?

VÁRIOS AO MESMO TEMPO:

A: Então a gente não assistiu.

A: Não teve.

A: Não.
A: Não assistimos.”

Aqui ela faz uma verificação se todos passaram pela palestra geral de promoção da saúde, por onde os pacientes deveriam entrar no serviço. Como não houve participação, além das três participantes que eram “repetentes” e que, portanto, atenderam a este momento do programa há pelo menos dezoito meses, supomos que: ou a via de acesso dos outros fora através do que chamamos ACMG (ambulatório de crônicos da clínica geral), isto é, trata-se de pacientes que já fazem tratamento na clínica geral para doenças crônicas e que possuem uma via de acesso direta aos grupos, quando encaminhados pelos médicos deste ambulatório; ou houve uma falha no fluxograma destas pessoas pelo serviço. Isto cria uma questão para o programa, pois se supõe que o primeiro contato com a pirâmide alimentar¹⁴ deveria ter sido na palestra e reforçado pelos médicos durante as consultas individuais. Desta forma, acredita-se que as pessoas já cheguem ao grupo de reeducação alimentar “mais trabalhados”, ou seja, mais familiarizados com as informações que serão utilizadas como apoio da mudança de hábito. Além disto, durante estas palestras são discutidos o que o serviço oferece, qual sua abordagem e limites, delimitando assim o que é a proposta de trabalhar no campo da promoção da saúde.

(continuação)

“SILÊNCIO POR UM TEMPO. COORDENADORA GRAMPEANDO AS DIETAS E AS RECOMENDAÇÕES.

C: Seu LC, e o colesterol do senhor?

LC: É, a última vez que eu medi não estava ótimo, mas não corria risco, então...

C: Toma remédio?

LC: Só pra pressão e diabetes.

SILÊNCIO POR UM TEMPO. COORDENADORA GRAMPEANDO AS DIETAS E AS RECOMENDAÇÕES.

C: Dona Ml, a senhora tem pressão alta?

¹⁴ A pirâmide alimentar é um guia que descreve os grupos de alimentos que devem ser ingeridos diariamente e indica aqueles que devem ser evitados para um adulto saudável. É utilizada em diversos momentos do CPS para subsidiar o aconselhamento nutricional.

M: Não, agora o colesterol da última vez disseram que tava alto, mandaram tomar um remédio mas eu ainda não comecei a tomar.

C: E é diabética?

M: Não.

SILÊNCIO POR UM TEMPO. COORDENADORA GRAMPEANDO AS DIETAS E AS RECOMENDAÇÕES.

L: “E”. ... Não é diabética não?

E: Não.

SILÊNCIO POR UM TEMPO. COORDENADORA GRAMPEANDO AS DIETAS E AS RECOMENDAÇÕES.

L: Quando você entrar no grupo da manutenção, aí eu ponho você no grupo do seu marido...

A (provavelmente E)– Ah tá, legal. Tá bom

SILÊNCIO POR UM TEMPO. COORDENADORA AJEITA ALGUMA COISA E GRAMPEIA MAIS PAPÉIS.

C: Quem for recebendo, vai dando uma lidinha, aí se tiver alguma dívida, já pode me perguntar. A não ser da dieta, que eu vou explicar, só as orientações gerais, tá? Que a dieta eu ainda vou falar.”

E quem não sabe ler? Se não houver uma verificação pode-se gerar um desconforto causado pela exclusão da pessoa na atividade proposta. Além disso, seria melhor propor a leitura em conjunto para verificar se todos compreendem —e como compreendem— as orientações gerais que constavam ali.

(continuação)

“SILÊNCIO POR UM TEMPO. COORDENADORA AJEITA ALGUMA COISA.

L: D., você tem colesterol alto?

D: Não.

L: Nem pressão alta e nem é diabética.

D: Não.

SILÊNCIO POR UM TEMPO. COORDENADORA AJEITA ALGUMA COISA E GRAMPEIA MAIS PAPÉIS.

L: E a N. Todo mundo recebeu? Quem não recebeu? Então essa aqui é a dietinha de vocês, essa dieta, isso aqui, é um esqueleto de como é a dieta de vocês. Então como assim o esqueleto: aqui tem as refeições que vocês vão fazer, aqui tem o que é pra comer e aqui tem a substituição. Então por exemplo, eu tô aqui, de manhã... tem leite desnatado, uma xícara, ah, mas hoje eu não tô a fim de tomar leite, eu posso tomar outra coisa? Posso, aí eu vou lá na substituição e vejo o que que é a substituição. No lugar do leite eu posso comer ou iogurte, ou coalhada, ou queijo, ou outras coisas também. Como que é essa substituição? Essa dieta nossa ela se baseia aqui na pirâmide dos alimentos, que é essa pirâmide aqui. Como vocês não tiveram a palestra, porque na palestra a gente explica o que que é essa pirâmide aqui, eu vou falar um pouquinho dela hoje pra vocês também, tá? Então a nossa dieta ela precisa ser equilibrada, além da quantidade, é por isso que eu fiz dieta por dieta pra vocês, porque cada um é um, tá? Então na quantidade, na qualidade... A qualidade vai ser o que? Vai ser os tipos de alimentos que a gente escolhe e põe no nosso prato todo dia. Então todo dia na nossa alimentação a gente tem que ter, um pouquinho de cada alimento desses grupos aqui, tá? Então a gente tem, o grupo

*daqui de baixo. (Coordenadora retira as caixas que estão no chão impedindo que ela chegue até a lousa). De quem são essas caixas, são de vocês?
Pesquisadora: Não.”*

A dieta é personalizada nas necessidades referentes às doenças, necessidades calóricas e grupos alimentares, o que é interessante. No entanto, não há aqui uma discussão realizada junto com eles sobre como receberam a dieta, que questões visualizam sobre a possibilidade de colocá-la em prática. Assim, gostos, hábitos, condições financeiras e outros fatores que contribuem para a realização da dieta só serão falados caso a pessoa se manifeste e se houver tempo para sua colocação.

(continuação)

“C: A gente precisa, a gente tem três grupos principais. A gente tem um grupo... Aqui tá a pirâmide (desenha). Aqui a gente tem o grupo dos energéticos, que são os carboidratos. Os carboidratos, a função deles no nosso organismo é fornecer energia. A gente precisa de energia?”

(trecho da primeira sessão do grupo de reeducação alimentar)

A tarefa de organizar a sala não é pouco importante, pois sabemos que a geometria do posicionamento dos participantes pode favorecer um ou outro tipo de interação, ou definir hierarquias. Cadeiras dispostas em fileiras não permitem a interação face-a-face entre todos e estabelece uma interação do tipo “professor que fala”- “aluno que escuta”, que se torna problemática quando se deseja passar conhecimento para o aluno de maneira mais compartilhada, menos da posição de depositário das informações.

O círculo costuma ser a disposição mais utilizada em intervenções deste tipo por favorecer o olhar e a escuta entre todos e diminuir a distância hierárquica, o que facilita o vínculo e desinibe a fala. Esta configuração era a proposta pelo serviço, no entanto as sessões eram feitas numa sala em que as cadeiras eram dispostas num misto de fileiras e semi-círculo, e os participantes em geral sentavam de maneira pouco organizada. Apenas no primeiro dia é

que vimos ser feito um círculo fechado sem lugares vazios entre as pessoas e nos outros dias embora a equipe de pesquisa arrumasse as cadeiras nesta disposição, os pacientes sentavam de forma desordenada e isto não era observado pela coordenadora. Abaixo temos um exemplo de configuração de uma sessão. Na frente sentava a nutricionista e na sala havia muitas outras cadeiras vazias colocadas em fileiras, uma mesa grande à esquerda da coordenadora, onde ela apoiava todo seu material e uma lousa, que era bastante utilizada para as explicações sobre a dieta.

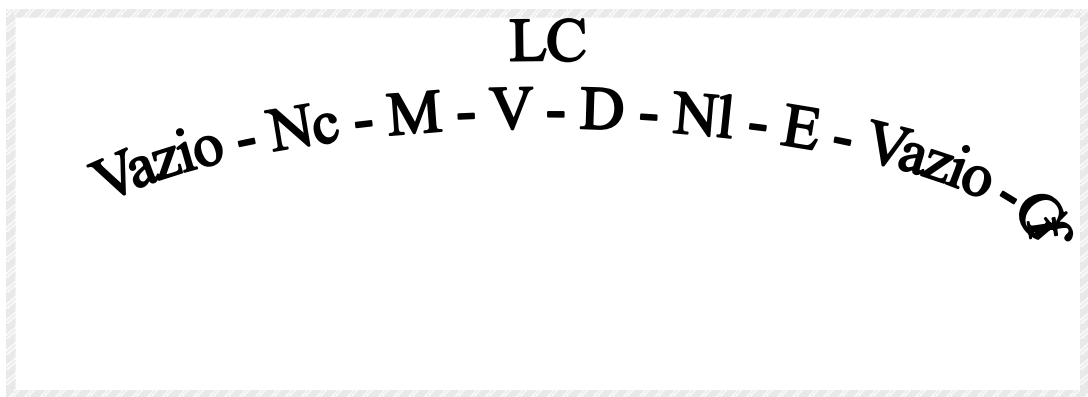


Ilustração 1: Posicionamento do participantes do grupo de reeducação alimentar durante a segunda reunião.

Observamos que a interação do tipo professor-aluno foi predominante, sendo que a configuração da sala e dos participantes pode ter contribuído para tal.

“C: A gente precisa, a gente tem três grupos principais. A gente tem um grupo... Aqui tá a pirâmide (desenha). Aqui a gente tem o grupo dos energéticos, que são os carboidratos. Os carboidratos, a função deles no nosso organismo é fornecer energia. A gente precisa de energia?”

A: Precisa.

C: Pra que que a gente precisa de energia?

A: Pra trabalhar...

C: Que mais?

A: Pra aquecer.

A: Pra tudo.

C: Pra tudo. Pra andar, pra falar, até enquanto eu tô dormindo, em repouso absoluto, sem nem me mexer, eu tô gastando energia. Pro meu coração bater, pra eu respirar, pro meu cérebro funcionar, pra minha circulação... pra tudo meu corpo gasta energia, então é muito importante eu comer esses alimentos aqui, que são os carboidratos. Quem que é carboidrato? Quem sabe?

E: São as massas assim...”

(trecho da primeira sessão do grupo de reeducação alimentar)

O trecho acima demonstra como as informações foram sendo passadas durante as sessões, deixando claro o tom de aula interativa, o que é mais interessante do que uma aula mais tradicional, em que não há a participação do aluno exceto como receptor d'”O” Saber.

Outra questão interessante sobre a formação do *setting* foi o significado atribuído ao nome do grupo, reeducação alimentar, e que representa o objetivo principal do processo de grupo. A coordenadora insistia que o que estava propondo não era regime e sim uma nova proposta alimentar, mas alguns participantes indicavam a discordância, pois havia uma restrição na dieta e isto significava para eles um regime:

C: Efeito sanfona que é pior ainda pro meu organismo. Então eu só vou emagrecer de uma maneira, uma maneira e não existe outra. Qual que é? Mudando meu hábito alimentar, tá?
M: – Mudança de hábito alimentar é um regime... Hehehe!
C: Por que que é?
Ml: Não pode comer nem um pãozinho...
C: Ahn?
E: Acostuma, né...
C: É assim ó, vocês tão agora, a quantidade tá um pouco limitada, tá um pouco restrita realmente. Por que? Porque eu tô acima do meu peso e eu preciso perder peso. Quais são as duas maneiras de eu perder peso?
A: Fechando a boca.”

A argumentação acerca da quantidade de alimentos, que também é limitada na proposta de reeducação alimentar, não esclarece quais as diferenças mais marcantes que existem entre ela e um regime. Neste último pressupõe-se, por exemplo, que a pessoa se alimentará diferentemente, com muitas restrições, durante certo período de tempo, provavelmente até o alcance da quantidade de peso que se deseja perder. Na reeducação o tempo é compreendido como um processo que se pretende que dure ao longo da vida toda, pois o objetivo é a modificação de hábitos, como qualidade e quantidade de alimentos

ingeridos, modo de preparo, número de refeições diárias realizadas etc. No entanto a coordenadora continua falando sobre a diminuição da quantidade e da importância da realização de exercícios, que são elementos importantes indicados em todos os momentos assistenciais do CPS, no entanto, como já dito, são argumentos insuficientes para marcar a diferença entre um método e outro de emagrecimento. Ml não se convenceu e continuou com suas interjeições de desagrado.

“C: Fechando a boca e tem mais um jeito.

As: Exercício.

C: Gente, vou falar uma coisa, engordar ou emagrecer é matemática. Meu corpo é uma balança. Se entra e eu não gasto, meu peso vai...

A: Subir.

C: Se eu gasto muito e como pouco, meu peso vai...

A: Diminuir.

C: Diminuir. Certo? Então agora que a gente tá um pouquinho acima do peso, a gente tem que dar uma diminuidinha nessa quantidade, aí na hora que voltar pro peso normal, aí você vai comer o suficiente, tá? Pra manter o peso, tá? Por enquanto a gente precisa comer...

Ml: Ai, ai...

C: o suficiente. Que essa dieta, é assim, ela tem as calorias suficientes pra vocês, que o corpo de vocês precisa pra se desenvolver e o suficiente para suas atividades físicas normais andar, é... sentar, correr, falar... isso no dia. Aí a gente vai fazer atividade física pra dar uma melhorada nesse resultado aqui. Qual é melhor, comer menos ou gastar mais energia? Comer menos energia ou gastar mais energia? Qual que vocês preferem?”

Coro: Gastar!

(trecho da primeira sessão do grupo de reeducação alimentar)

Alguns elementos apontados acima poderiam também ser considerados no item subsequente, como a discussão sobre a dieta e a forma de interação que se estabeleceu. No entanto, eles deram durante os primeiros momentos o “tom” de como e sob que estrutura o processo se desenvolveria. Assim, resumiremos no quadro a seguir (quadro 3) os destaques deste item:

Idéias Centrais

Contrato, Estrutura e Primeiras Interações do Grupo	<ul style="list-style-type: none">✓ Objetivo do grupo: reeducação alimentar, definido a partir de restrições alimentares e prática de atividade física;✓ 10 participantes;✓ 1 coordenadora;✓ 2 pesquisadoras;✓ Pesquisa promove a utilização de crachás;✓ Disposição das cadeiras em semi-círculos pouco estruturados;✓ Interação tipo professor-aluno;✓ Anúncio sobre conteúdos que serão aprendidos;✓ Falas que antecedem ao anúncio feito pela coordenação de que o grupo começou, não são consideradas na sessão como tema a ser discutido;✓ Diálogos individuais e grupais intercalados;✓ Pesagem.
Atividades da Coordenação	<ul style="list-style-type: none">✓ Recolhimento de questionários e guias de encaminhamento;✓ Prescrição das dietas;✓ Verificação se a dietas condizem com as condições de saúde física dos pacientes;✓ Grampeamento das dietas na primeira semana e organização do material de apoio;✓ “Aulas” sobre o conteúdo programado;✓ Pesagem e anotação dos pesos e altura;

Quadro 3: Resumo das idéias centrais sobre o estabelecimento do setting do processo de grupo.

5.5 A coordenação do grupo

Neste item pretendemos descrever quais os recursos que foram utilizados pela coordenação do grupo tanto nos momentos de introdução de informações ou orientações relevantes para a mudança de hábito, como para lidar com outras demandas do grupo. Além

disto, desejamos mostrar qual a percepção que os participantes tiveram da mesma. Para tanto utilizaremos o material coletado nas sessões de grupo, nas entrevistas finais e no grupo focal.

Como já dito acima, o tom que se sobressaiu durante toda a intervenção e que se manteve na percepção dos participantes foi o educativo-informativo. Não foi pouco freqüente a utilização de palavras como curso, aula e professora para referirem-se ao que acontecia nas sessões de grupo, sendo que a própria coordenação fazia o mesmo:

“C: Isso. É isso que eu ia falar, tem que ver na fórmula dele se ele tem açúcar, tá? Porque muitos desses pães... depois a gente vai ter uma aula sobre como ler o rótulo dos alimentos, é a próxima aula, e a diferença de diet e light, tá? Ai a gente vai observar bem isso, que é importante no rótulo eu ver a... os ingredientes, tá? É a parte mais importante do rótulo. Porque por exemplo, pro diabético, se tiver de ingrediente açúcar, vai estar escrito lá, açúcar, não sei quê, não sei quê... Ai o diabético antes de comprar qualquer coisa ele lê aquilo lá pra ver se não tem açúcar, porque tem muito pão que tem açúcar, tá?”

“C: Isso. Então, tudo certo, né? Todo mundo lembrou tudo da aula passada agora.”

“C: Isso, faz isso. Pega quatro colheres de arroz põe numa xícara e vê quanto vai dar. Vocês têm que pensar que tem que ter mais ou menos a mesma quantidade ali, aí põe o macarrão até dar o mesmo tanto da xícara... Aliás, a melhor maneira da gente saber, da gente não escapar da dieta, como é que é? A gente medir o que a gente faz. Por exemplo, eu vou pôr o meu óleo na salada, em vez de jogar direto assim, ponho numa colherinha e ponho lá. Vou pôr o óleo pra refogar o arroz, ponho numa colher e ponho lá, pra eu ter noção quanto que eu tô consumindo daquela substância ali, principalmente se for o óleo, o açúcar, né? Pra gente não abusar. Porque muitas vezes a gente vai pondo assim, acha que foi pouquinho e na hora que vê no final do dia, foi um montão. Então a aula passada como foi muito agit... a gente conversou muita coisa, eu esqueci de passar a tarefinha de vocês, mas eu acho que vocês já devem estar aplicando mais ou menos. A tarefa de vocês era: trocar o açúcar pelo adoçante... Essa não é só de quem é diabético, é de todo mundo. Todo mundo aqui usa adoçante?”

(trechos da segunda sessão de grupo)

A “aula”, embora muitas vezes interativa, proporciona poucos momentos de co-construção, o que acaba dificultando a visibilidade da coordenação e dos pacientes sobre os eventuais impeditivos para a realização das tarefas.

“P: É chocolate diet né? Mas ele foi encarecendo, encarecendo de uma tal forma e mais um detalhe daqui do curso, me ajudou muito, eu parei com o chocolate né? Eu comprava esse chocolate diet e ela me passou isso aí, que mesmo sendo diet, ele não continha açúcar, mas continha muita gordura né?, Principalmente aquela gordura hidrogenada né? Que faz um mal terrível, tem bastante colesterol também, aí eu olhei, olhei, olhei o chocolate e disse: ah, eu não vou pagar, catorze, acho que tava catorze e setenta a barra”.

(trecho da entrevista final do participante 04)

“P: Então, né, a gente também lembra de quando a gente, por exemplo, a gente exagera né, num prato, então a gente lembra da, da aula que a gente teve aqui, né?. Então a gente lembra da professora aqui, falando, né, orientando, então aquilo pra gente é uma acusação, né?.”

(trecho do grupo focal participante 07)

Acima fica apontado como o conteúdo das aulas pode ser incorporado e utilizado na vida diária, facilitando a adesão às recomendações. No entanto, sabemos que nem sempre isto acontece apesar da informação ser repetida diversas vezes durante todo o processo. O que impede a adesão? Há alguma relação com a técnica ou com a forma com que estes conteúdos são passados? É interessante também notar o sentimento de acusação que a paciente acima refere diante de um “erro” e da lembrança da professora. Ela será “reprovada”? Como favorecer, então, um processo compartilhado, em que o participante seja capaz de amadurecer e ver neste caminho a possibilidade de dialogar com o serviço e seu projeto de vida, compartilhando desejos, limites e conquistas?

Durante a primeira sessão houve a distribuição das dietas individualizadas e foram fornecidas as primeiras orientações acerca de como realizá-las. Estas orientações concentraram-se na explicação sobre a relação entre a dieta e doenças como diabetes, dislipidemias e hipertensão arterial, no fracionamento da dieta em cinco ou seis refeições diárias, as possibilidades de substituição de alimentos e explicações sobre a pirâmide alimentar. Excluindo as informações sobre as doenças, previstas para o quinto encontro, este conteúdo informativo estava planejado no programa do grupo de reeducação alimentar conforme o quadro 1.

Neste encontro houve grande predominância da fala da coordenadora. Alguns pacientes fizeram perguntas sobre o conteúdo informado, sendo que algumas eram respondidas e outras adiadas para o dia ou momento para o qual o conteúdo estava programado, forma de comunicação que se manteve até o final das sessões. Em alguns momentos também um tema era anunciado e não explorado.

“C: Duas de batata mais duas de arroz igual a quatro. Ou três de batata, uma de arroz, quatro, o importante é eu não passar dessa quantidade. O pãozinho vai ser a mesma coisa... ‘Ah hoje eu queria comer um pouquinho de pão mas eu queria comer aveia também no meu leite... Posso?’ Posso, como meio pãozinho e duas colheres de sopa de aveia, tá? Então eu posso comer do jeito que eu quiser, desde que eu entenda o que que é cada alimento e eu vá lá e faça a substituição da quantidade certinha que aí fica tudo reguladinho, entendido? A fruta também tem açúcar. O diabético pode comer qualquer tipo de fruta desde que ele coma uma porção por vez. Então a senhora pode comer banana todo dia (Dirige-se a Gf), se a senhora quiser pode comer até quatro bananas por dia, mas a senhora não pode comer as quatro no café da manhã, a senhora pode comer uma no café da manhã, uma depois do almoço, uma à tarde e uma no jantar. Tá? As quatro junto não pode, porque o açúcar da fruta vai dar o pico da glicose de novo, tá? Então isso é muito importante pra quem é diabético pra regular a quantidade de glicose, tá? Então, se eu for tomar um suco de laranja, como que eu faço o suco?”

A: Espreme...

A: Sem açúcar...

C: Também.

A: Dilui...

C: Dilui. Isso é o importante. Eu posso tomar limonada, laranjada, abacaxizada, maracujada, acerolada... tudo ada, porque tudo eu tenho que pôr água. Quantas laranjas eu uso pra fazer um copo de suco?”

C: Umas quatro...

E: Umas quatro, cinco.

C: Umas quatro, né? É a mesma coisa que eu tiver comendo quatro frutas ao mesmo tempo, o que que acontece com a minha glicemia?”

PESSOAS FAZEM ONOMATOPÉIAS PARA INDICAR QUE SOBE.

C: Sobe. Meu diabetes faz o que?”

PESSOAS FAZEM ONOMATOPÉIAS PARA INDICAR QUE SOBE.

C: E minhas gordurinhas também?”

PESSOAS FAZEM ONOMATOPÉIAS PARA INDICAR QUE SOBE.

C: Porque vai ter muito mais energia, tá? Então quando eu for tomar suco eu tenho que pôr uma fruta, completar com água e adoçar com adoçante. Tá bom? Então substituição de carboidrato é isso, um suco, uma fruta por vez e a quantidade do carboidrato que eu tenho que substituir, certo? Gente hoje é um monte de coisa mesmo. Tanto é que eu nem vou falar do IMC hoje, vou falar na próxima porque... Que horas são, quem sabe?”

Neste momento há o anúncio do que ainda será dito. IMC¹⁵? Mas o que será isto? Provavelmente fazia parte da programação informativa que a coordenadora tinha planejado e se dá conta de que não haverá tempo hábil. Ela continua, então, com as questões relativas ao açúcar, diabetes, adoçante e temas afins.

A: Vinte pras quatro.

C: Vixe, já tá quase na hora!

A: Só uma coisinha...

C: Fala.

A: O suco de laranja eu bato num liquidificador uma laranja inteira, dá um copo, pode ser assim ou tem que ser com água?

C: Pode... Você bate com casca e tudo?

A: Sem a casca, só o bagaço.

C: Ah, pode, desde que você complete com água... O importante é você não colocar quatro laranjas num copo só.

A: Não, é uma só.

C: Então uma só pode. É o mesmo que se você tivesse comendo uma fruta. Tá? Então se alimentar de três em três horas e o adoçante. O adoçante é essencial eu substituir pelo açúcar, né? O que que tem de bom no açúcar?

A: É gostoso.

LC: Não tem nada de bom, né?

C: Só o gostinho doce, fora isso, nada porque ele só fornece energia e não fornece nutriente nenhum, então a gente tem que usar adoçante. Ai todo mundo fala assim, "Ah, mas eu já ouvi falar que adoçante dá câncer, é verdade?"

HÁ OS QUE ACHAM QUE NÃO, HÁ OS QUE ACHAM QUE, EM EXCESSO, DÁ.

C: Nunca foi comprovado.

D: Ah, eu não sei... Eu tenho uns casos que... Tem o meu sogro que ele é diabético há muitos anos, e há muitos anos... Ele teve problema, agora a gente não sabe se... Se tiver pré-disposição...

C: Mas assim, nunca foi comprovado tá, do adoçante provocasse câncer. Uma vez lá nos Estados Unidos uns médicos fizeram um estudo que se o ratinho comesse não sei quantos quilos de adoçante por dia, ele ia ter câncer de bexiga. Primeiro que não era nem um humano, era um rato, segundo que a quantidade que provoca é muito grande. Só que aqui a gente é muito esperto, então o que que a gente faz? A gente acha melhor prevenir do que remediar, se tem gente falando que pode um dia dar câncer, a gente já fica com a orelha em pé, então a gente faz uma coisa chamada de rodízio de adoçante. A gente tem vários tipos de adoçante no mercado, por exemplo, aspartame..."

(trecho da primeira sessão de grupo)

O recurso de persuasão mais utilizado durante as sessões foi o de invocar a força de vontade, a razão, o controle, e lembrar que para tudo o que precisamos realizar na vida é

¹⁵ O índice de massa corpórea, IMC, é o resultado do cálculo efetuado através do peso em Kg dividido pelo quadrado da altura em metros. Ele funciona como um indicador de classificação acerca do peso da pessoa, como baixo peso, peso ideal, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida.

necessário o sacrifício. O tom do discurso muda e passa a se assemelhar a uma pregação quase religiosa.

“C: Tem que fazer uma forcinha também, não adianta vocês virem aqui sentar, ouvir, ouvir o que eu falo, chegar em casa e não fazer nada. Eu não vou emagrecer ninguém aqui, ninguém. Nem vou baixar colesterol e nem pressão, quem tem que ter o objetivo e a consciência e a força de vontade.”

O argumento de que a coordenadora não está ali para oferecer uma pílula mágica que resolva todas as questões, assim como a necessidade do engajamento pessoal são verdadeiros. Mas isto tem que ser sinônimo de sacrifício? No trecho abaixo a briga é radical e ontológica: leite integral gostosinho X infarto do coração, ou seja, prazer X morte. É importante notar que a coordenadora é voluntária, e não recebe salário, apesar de falar dele!

(continuação)

“C: Mas vocês preferem tomar um leite integral gostosinho...”

M: É.

C:... : ... ou ficar lá no coração... no quase morrendo... no enfarto no coração?

MURMÚRIOS

C: Tudo na vida é assim. Eu gostaria muito de receber um salário que eu recebo, mensal, lá na praia tomando sol, (pessoas riem) mas eu tenho que vir aqui, todo dia trabalhar pra eu receber o meu salário, não é verdade? Alguma coisa na vida da gente cai do céu?

Coro: Não...

C: Tá, então estamos conversados, né? Então perder peso não é fácil, cuidar da saúde também não é fácil. Tudo tem seus limites e tudo tem suas compensações, não é assim?

A: É...

C: A vida é assim, infelizmente, né... Eu prefiro estar bem de saúde, deixar de... tomar leite desnatado, que no começo é ruim mas depois acostuma... A mesma coisa que o adoçante, no começo é ruim mas depois a gente acostuma...”

(trechos da primeira sessão de grupo)

No final da sessão a coordenadora tentou fazer uma revisão do que foi realizado, o que é um recurso metodológico proposto pela TCC (terapia cognitivo –comportamental), mas é interrompida por outras dúvidas e passa a respondê-las. É possível observar aqui a

dificuldade em aplicar os recursos que inspiraram o programa. A atenção às demandas dos participantes não foi uma atitude negativa, pois favorecem o diálogo com aquilo que era mais emergente no momento.

C: Vamos pesar ainda, hein gente? Calma aí que hoje eu vou atrasar uns dez minutinhos... Então, alguém tem alguma dúvida? Eu vou só recapitular o que a gente fez pra gente gravar melhor na cabecinha. Então vamos junto comigo, o que que é importante na dieta então, as coisas mais importantes?

A: Alimentação de três em três horas...

C: Comer de três em três horas... Que mais?

A: Fecha a boca.

C: Fecha a boca... Que mais?

A: Mastiga bem...

C: Mastiga bem... Cuidado com os líquidos, né? Que mais?

A: A escolha dos alimentos...

C: A qualidade, né? Substituição de carboidrato, que é muito importante pra todo mundo, que mais?

A: Integrais.

C: Os integrais... Que mais que a gente falou hoje?

M: Não se distrair na hora da alimentação.

C: Isso... Prestar atenção no que a gente tá comendo, né? Que mais?

A: O equilíbrio.

C: O equilíbrio... Que mais?

As: As gorduras.

C: Isso, escolher melhor, né? Usar os desnatados, tirar o açúcar, né? Que mais?

A: Não usar líquido, não tomar refrigerante essas coisas na hora da alimentação...

C: Isso. Se tomar, no máximo tomar um copinho pequenininho, tá? Procurar então os alimentos mais magros, sem gordura, não colocar tanta gordura na hora que tá cozinhando os alimentos, é... ao longo dos dias dos encontros aqui a gente vai falando mais, que hoje é um dia que fica apertado porque eu tenho que falar bastante coisa.

G: Deixa eu fazer uma pergunta é... dizem que na hora de cozinhar os alimentos se... se... por exemplo, a gente na hora de refogar o arroz a maioria tudo frita, passa ele na panela, dizem que se você não passar aquele o óleo na panela, a gordura, é... não contém colesterol, é verdade?

L: É.

A: Não refogar, né, o arroz.

C: N, ensina pra eles o arrozinho que a gente faz aqui, como que é o nosso arroz?"

Foi interessante aqui chamar a “repetente” N1 para dar uma receita que ajudaria na dúvida de Gf. Isto valoriza a experiência da primeira e favorece a troca.

(continuação)

N: É sem gordura.

C: Como que ele chama? A gente tinha um apelido pra ele... Chama arroz japonês.

G: ... é arroz carnavalesco!

C: A gente não refoga, tá? A gente põe direto na água com os temperos.

“N” AO MESMO TEMPO VAI PASSANDO A RECEITA E AS PESSOAS VÃO PERGUNTANDO SE É GOSTOSO E COISAS DO TIPO

A: Mesmo integral fica bom.

L: Tá? Com integral a gente também faz assim, é o famoso arroz integral.

A: Não vai óleo então?

A: Eu ponho tão pouquinho óleo...

C: Depois eu vou fazer a continha pra vocês é... de... se eu economizar uma colher de sopa de óleo por dia, quanto que eu emagreço ao longo de um ano. Depois a gente conversa e você me fala de novo “Ah, eu ponho tão pouquinho óleo...”

Ml: Então vamos pesar que eu tenho atividade física.

C: Então a gente vai pesar...

Gf: Eu também tenho que ir porque senão o médico não vai me esperar. Será que o pessoal deixa eu ser primeiro porque eu tenho médico e se o médico me vai embora... Ele falou às cinco horas, e se ele sai antes...

C: Tá, eu deixo. Vamos pesar então?

(trecho da primeira sessão de grupo)

Durante as sessões seguintes, a utilização dos recursos técnicos proposto pelos modelos que serviram de inspiração para a estruturação desta intervenção foram pouco estruturadas, exceto pelas tentativas de resumo como o acima descrito. A dinâmica das sessões permaneceu muito semelhante a esta primeira e abaixo indicaremos alguns elementos novos que se sobressaíram.

O momento da pesagem é vivido por todos com muita expectativa e é nele que paciente e coordenador se encontram individualmente para atestar sucessos ou não. As expressões faciais e algumas falas dos participantes demonstram sentimentos variados que são indicadores de suas ações acerca da dieta: felicidade, realização, frustração, vergonha, culpa, e cada um deles é dividido com a nutricionista que os aprova ou não, algumas vezes utilizando recursos de linguagem infantis como ameaças de “puxar as orelhas” ou elogios.

“C: Pode subir. (para E.) Hoje é dia 26... Sessenta e seis e novecentos.

E: Emagreci um pouquinho?

C: É, um pouco. A gente quase não considera... É, mas se pensar da primeira vez emagreceu um pouco. Desde a primeira vez que você veio. Tá ótimo.

C: Sessenta e quatro e cinco. Quase um quilo dona Nl.! Falo depois.

Nl: Tá bom.

C: E a senhora? Emagreceu ou engordou?

Gf: Eu acho que engordei... (fala muito baixinho, não dá pra entender com todo ruído em volta. Provavelmente contou que foi no médico e ele a pesou)... Eu sempre pesei oitenta quilos ele falou de oitenta e três.

C: *Baixa o bracinho. Vou ter que puxar a orelha de todo mundo. Sessenta e nove e oitocentos.*
Gf: *Então emagreci?*
C: *Setenta e nove e oitocentos...*
Gf: *Setenta e nove?*
C: *Isso... Um quilo...*
Gf: *Engordei?*
C: *Um quilo e meio.*
Gf: *Na outra semana também não podia comer quase porque tava com dor de estômago e emagreci... Agora...*
Pesquisadora: *Agora recuperou, né? Parou de doer...*
C: *Que que você acha, qual a sua intuição? (para D.)*
D: *Não sei. Sei lá. Prefiro não falar.*
C: *Prefere não emitir opinião... Setenta quilos e meio. Emagreceu um quilo.*
D: *Oba! Oba!*
C: *Muito bem!*"
(trecho da segunda reunião de grupo)

Outro recurso apresentado para lidar com as dificuldades apresentadas pelo grupo na realização das orientações dadas era o de estimular sugestões de todos para que pudessem ajudar a superar os obstáculos, tornando o grupo neste momento mais interativo:

(continuação)
"C: *E por que você não fez caminhada?*
N: *Ah porque com o tempo que fez aí... Agora tá chovendo, chovendo... Chovendo sem parar.*
C: *Tá chovendo, né? É ruim quando chove. E quando chove o que que a gente faz pra não...*
N: *É isso que eu queria perguntar.*
D: *Vai de guarda-chuva.*
C: *Se chover o ano inteiro a gente não faz mais caminhada?*
E: *Sai a hora que pára de chover.*
A: *Faz exercício em casa.*
A: *Sai correndo.*
C: *É uma alternativa, né? Na hora que pára de chover, que mais que eu posso fazer?*
V: *Comer menos.*
C: *Ah, isso sempre, né? Mas eu tô falando em relação à caminhada, que mais que a gente pode fazer?*
V: *Exercício... Atividade física*
E: *Começa a dançar.*
C: *Liga uma música e fica pulando em casa, né? Já é uma forma de fazer exercício.*
M: *Nossa, eu faço isso tanto, minha Nossa Senhora, o que eu mais gosto na vida é dançar... Sempre fui gorda!*
C: *Então precisa dançar mais!*"
(trecho da segunda sessão de grupo)

Como já foi descrito mais acima, os assuntos que prevaleceram durante todo o processo de grupo foram os informativos a respeito da dieta e quase nada foi discutido acerca dos contextos subjetivos, sociais, culturais em que se dão os comportamentos ligados ao tema do grupo. Um dos participantes sinalizou isto durante uma negociação de horário, pois por problemas pessoais da coordenadora a sessão final teve que se somar à penúltima. No entanto ele foi interrompido com a indicação de mais uma “aula”:

“LC: eu to até com vergonha, viu?.

C: porque?

LC: o único homem da sala, às vezes tem alguns assuntos mais pessoais, mais que vocês querem falar...”

É neste momento que LC manifesta que há o desejo de alguns em falar sobre questões pessoais e pensa que eles não são ditos por causa de sua presença, a única masculina. No entanto, a coordenadora não escuta esta fala e diz em seguida qual era a tarefa do grupo naquele dia.

Nl: imagina

N: não, que que é isso, deve se sentir até lisonjeado...

(todos falam ao mesmo tempo. Não é possível compreender suas falas)

C: hoje a gente vai falar de diet e light e sobre o rótulo dos alimentos.

(trecho da terceira sessão de grupo)

O trecho abaixo deriva de uma discussão acerca das mudanças culturais sobre o hábito alimentar e da interpretação no debate público dos usos da gordura que houve nos últimos anos. Também ilustra como que as questões contextuais foram pouco exploradas como recurso para a compreensão dos problemas enfrentados para a adesão das recomendações e evidencia mais uma vez a forma como que foram tratadas as dificuldades dos pacientes, conforme já apresentado mais acima.

C: é impossível, é, eu comparar a nossa vida de hoje, com a nossa vida de quarenta, cinquenta anos atrás, é a mesma coisa que eu querer comparar esse caderno com um cachorro, e falar: ó, esse caderno é igual aquele cachorro. Não tem como...

N: é bem diferente...

C: outra coisa... e porque que a gente tem que fazer reeducação alimentar hoje?

D: pra se adequar aos novos tempos?...

C: pra se adequar aos novos tempos, porque se eu continuo comendo igual eu comia há quarenta anos atrás...

D: nossa senhora!

C: acontece o que a gente ta vendo hoje. Metade da população tem diabetes...

D: obesa...

C: quase metade da população ta acima do peso... a doença que mais mata hoje em dia qual que é?

D: coração?

C: doença do coração. Porque que a gente tem doença do coração? Porque a gente tem colesterol, porque a gente fuma, porque a gente é sedentário, porque a gente ta acima do peso, ta. Então assas doenças de hoje em dia, a maior, a grande maioria é tudo fruto do nosso hábito, então é por isso que hoje existe aqui um serviço no Hospital da Clínicas, que é chamado Centro de Promoção da Saúde que é aqui onde a gente ta, que aqui a gente não vem tratar ninguém, aqui a gente quer que as pessoas se cuidem pra elas não fiquem doentes, porque depende da gente isso..."

Neste momento a coordenadora faz uma observação pertinente, diferenciando o que é tratar e cuidar. O HC tem por característica tratar as pessoas e o CPS se dispõe a cuidar, isto é, a acompanhar e apoiar mudanças que alguns desejam realizar.

Ml: preventivo, né?

C: é a gente que vai fazer a gente não ficar doente. A gente é que tem que se cuidar, é isso que eu quero que vocês entendam, eu não quero que vocês me vejam aqui como uma pessoa que ta aqui só: ó, lá vem a chata... não pode comer isso, não pode comer aquilo, não sei o que, não sei o que...

Todos: (risos)

Ml: não, chato é a gente não poder comer, não é você que é chata

C: eu também acho... mas é isso que eu falo dona M., a gente tem que mudar como a gente pensa...

Ml: eu sei... a gente tem que ter consciência, eu sei, eu sei...

C: e quanto mais a gente acha que é chato, mais chato vai ficar, agora se eu mudo o jeito de eu pensar e eu falo: olha, é chato mesmo, mas eu preciso disso pra viver...

Ml: olha, eu quando eu fui lá no grupo de tabagismo eu disse que eu, vontade eu não tinha de parar de fumar, como a gente não tem vontade de parar de comer o que a gente gosta, só que eu acho que eu devo parar de fumar, eu acho que eu tenho que parar de comer o que eu como...

C: ótimo... então já é um primeiro passo

M: pois é, mas eu, num ,num ,num posso admitir que é num é bom, entendeu. É bom fumar, é bom comer as coisas que a gente gosta, então...

(Comentários. Não é possível compreender as falas)

LC: mas tudo que é proibido, como diz o Roberto Carlos, é mais gostoso né, e é bom...

C: olha, eu vou ser bem franca com a senhora dona Ml.

Ml: não é você que é chata, o problema que é chato, entendeu, que a gente tem que...

C: eu sei, mas eu to aqui pra tentar fazer vocês verem o problema de uma outra forma e, aliás, eu to aqui pra vocês enxergarem isso não como uma problema e sim como uma solução, a gente tem, num, num tem que ficar pensando, eu acho que a gente tem um pensamento muito negativo. Em vez de falar assim: é ruim eu não comer o que eu quero...”

De fato uma função importante da coordenadora é possibilitar com que as mudanças não sejam apenas duras. Assim, incorporar a discussão sobre a dimensão do prazer neste processo se torna imprescindível. Roberto Carlos, na voz de LC, diz que tudo que é gostoso (prazeroso) engorda. Então como fazer para não engordar sem perder demais o prazer?

(continuação)

“N: eu não tenho esse problema...”

C: eu devo pensar: é bom eu me alimentar direito...

(comentários ao fundo)

N: eu como tudo que eu quero...

C: a gente tem que reverter isso, a gente não pode ficar pensando só no lado difícil, se não... fica muito mais difícil...

N: tudo o que eu comia antes eu continuo comendo... (não é possível compreender o restante da frase). ...”

Aqui seria uma ótima oportunidade para a coordenadora dar mais voz a N, que estava indicando que tinha conseguido bons resultados sem perder o prazer.

(continuação)

“E: diminui...”

N:... porque eu não sou obrigada. Se eu vou comer dois pedaços de pizza eu como um. O que eu não como todo dia antes eu também não comia, eu não como mais... (continua a frase enquanto a coordenadora fala, mas não é possível compreender)

C: eu vou ser bem sincera pra vocês: eu odeio trabalhar...”

Mas infelizmente ela utilizou um recurso novamente do sacrifício, dela também...

Disse a eles que odiava trabalhar!

“Todos: (risos)

Ml: pois é, são coisas que a gente faz que a gente não gosta

C: eu odeio trabalhar, mas eu gosto da, do dinheiro na minha conta...

LC: não, vamos dizer um pouco de... eu adoro trabalhar... ! Eu gosto!

Nc: é bom, faz bem!

C: então o que que eu faço...

D: tem que ver os benefícios

C: eu vou lá e penso de outra forma. Eu odeio trabalhar mas é uma coisa que eu preciso. Eu odeio, vai, deixar de comer as coisas, mas é uma coisa que eu preciso. Então é isso, e, eu não venho trabalhar estressada, por que se eu ficar: ai que raiva, tenho que acordar cedo, tem que ir trabalhar...

Ml: mas eu não faço nada disso...

LC: vai ficar doente...

C: quem que agüenta uma vida dessa, a gente tem que...

Ml: eu não sou, nem um pouco estressada...

C: é isso que eu quero que vocês pensem. A gente tem que mudar o nosso, por isso que eu falo que a gente tem que pensar magro, tem que emagrecer de dentro pra fora, porque a gente tem que mudar a maneira que a gente pensa, quando a gente conseguir fazer isso e levar as coisas mais levemente, as coisas vão ser mais fáceis.”

Novamente usa o argumento de convencimento pelo apelo à razão. E as outras dimensões da vida: afetos, relações humanas, prazer, significados subjetivos? Poderiam ser exploradas nesta manifestação de resistência da qual Ml era representante.

“Ml: é, mas eu levo, eu acho que eu levo até leve demais, por isso que eu não me preocupei, e, e, e, e...agora...

C: mas num outro sentido, né dona M? Eu to falando num outro sentido. Eu acho que a senhora tem um pensamento muito negativo

Ml: não tenho não...

C:...com relação às coisas, tudo a senhora acha ruim, tudo a senhora acha difícil, tudo a senhora, o adoçante é ruim, o não sei o que é ruim...

Ml: (risos)

C: é ruim mesmo, ninguém é tonto aqui

Ml: num to falando, a, a, a, eu acho, eu acho que...

C: não é verdade?

Ml: que todo mundo concorda, não é agradável, é muito mais gostoso tomar uma coisa com açúcar

C: concordo...

Ml: comer um doce...

C: mas é muito mais agradável eu chegar com quarenta, cinqüenta, sessenta anos com saúde...

Ml: (fala alguma coisa mas não é compreensível)

C: do que chegar a quarenta, cinqüenta, sessenta anos entrevado numa cama, num cama...

Ml: mas é o que eu estou dizendo...

C: com um derrame, com um enfarte

Ml: eu tô fazendo, eu já fiz, já passei por uma etapa que é difícil, entendeu?, Agora eu acho mais difícil ainda essa...

C: então...

Ml: ela é..

C: eu sei que ela é difícil, eu sei que é muito difícil mesmo, mas é isso que eu quero tentar que vocês enxerguem, assim, que as coisas ficam mais fáceis, se a gente ficar mais leve com isso

Nc: tem que aceitar, né?

Ml: pois é, então a gente tem que se propor a fazer as coisas, a gente tem que se propor...

C: eu sei, a senhora tá, tá tão disposta a fazer que tá aqui uma vez por semana...

Ml: pois é...

C: mas isso a gente não tem como negar

Ml: então

C: mas, mas é isso que eu quero que vocês vejam, o meu papel também aqui é as vezes mostrar um lado pra vocês que quando a gente tá envolto no problema é muito difícil mesmo, né? Às vezes uma pessoa de fora tem uma visão de fora realmente, é mais fácil pra quem tá de fora, as vezes pode ajudar mais. Então eu acho que não adianta a gente ficar falando: é difícil, é difícil, é difícil, é difícil mesmo.

Nc: eu fico pensando assim também: aqui tem uma xícara de café com açúcar e aqui tem uma xícara de adoçante. De eu ficar pensando que o açúcar é mais gostoso...

C: você vai pro açúcar...

Nc: eu tenho que pensar: esse é mais gostoso...

C: você opta pelo açúcar...

Nc: mas eu preciso pensar que eu preciso do adoçante, não pensar que é mais gostoso

M: Quando você acostuma o adoçante não é tão ruim...eu pensava assim que eu preferia morrer do que mudar de usar açúcar

N: olha aí, tá vendo?

M: eu que parei. Eu vou mudar? Não vou tomar açúcar? Mais nunca!

N: então, hoje eu já acho o café com leite com açúcar tão pesado!

(todos falam ao mesmo tempo. Não é possível compreender as falas)

M: mas hoje eu também, eu tomo adoçante eu acho melhor

N: é parece que fica mais leve...na época eu reclamava

C: então, é, antes, no começo é difícil, é pesaroso, mas depois...

M: a gente acostuma...

C: a gente se habitua, né? E é o que a Nancy falou...

Ml: mas tudo é uma questão de hábito. Eu, por exemplo, quando eu era magra, eu comia um tiquinho, meu marido dizia que eu comia que nem passarinho...

(entra alguém na sala procurando o grupo de tabagismo)

C: o grupo de tabagismo, é lá naquela outra salinha, perto da televisão...

Pessoa: os que já, já, já fizeram...estão

C: aqui é o grupo de reeducação alimentar...

Pessoa: pra eu voltar aonde que você falou?

C: perto da televisão, ali onde o pessoal faz o grupo de atividade física...

Ml: então, mas eu comia um tiquinho, meu marido dizia que eu comia que nem passarinho. Então vinham me oferece, oferecer assim, doce e eu não queria, não tinha vontade. Hoje, eu to falando que, hoje eu estou passando, um, um, um, uma, uma fase que é difícil pra mim, eu como um pedaço de doce eu quero mais. Então, é, eu, eu, eu, é um problema difícil, né?

C: sem dúvida

Ml: é...

C: só depende da senhora..."

Será mesmo que só depende dela? Mais abaixo Ml fala que está com problemas, um deles é a pós-menopausa. Uma abordagem interessante seria dialogar que significados esta

experiência tem para a paciente e para o grupo, que questões lhe trouxe e como elas afetam as suas tentativas de mudança de hábito. Mais no início Ml diz também que parou de fumar, que foi duro e que lhe trouxe o aumento de peso.

(continuação)

“Ml: eu sei, só, só, eu sei que só de mim, é só eu fechar minha boca

C: eu sei que é difícil, mas é isso que a gente tenta mostrar aqui, que tem maneiras de tornar essa parte difícil, não tão difícil...

Ml: Eu tenho meus problemas, esse é o problema, esse, é, é, é, é, já, um problema que eu já vinha vindo, com problema de pós-menopausa, já tva ganhando um pouco de peso, não é só o tabagismo, entendeu. Então é, eu, eu, eu, eu, eu tenho um monte de problemas contra, eu, eu sei que eu estou com estômago enorme! Eu dilatei me estômago de tanto comer, entende, então é um problema difícil pra mim... é difícil

C: pra todo mundo é difícil

Ml: eu sei que é difícil...

C: que é isso que a gente ta aqui, que a gente ta procurando maneiras de tornar esse problema menos difícil, certo.”

(trecho da quarta sessão de grupo)

Quanto ao formato das sessões, descrito no item Descrição do Grupo de Reeducação Alimentar (vide quadro 1), verificamos que foram mantidos alguns dos procedimentos planejados e outros aconteceram de forma diferente:

- **Aferição do peso:** em geral realizada imediatamente, fora da sala de reunião, no início da sessão. Configurou-se, como já dito, como um momento de muita expectativa, de atestar o sucesso obtido, da avaliação, da nota. A contrapartida da coordenação era então elogiar ou prometer pequenas “brincas”, mas o conteúdo das falas nunca era utilizado, incorporado à dinâmica de “dentro da sala”.
- **Temas da dinâmica de informações e orientações:** os temas “o que é alimentação saudável” e “*diet e light*” se mantiveram como no planejamento inicial. No entanto, os demais permearam todas as discussões feitas nas sessões e

C: energia. Energia, certinho, e as gorduras? Quem que são? Existem dois tipos de gorduras...

LC: poliinsaturadas...

C: a vegetal e animal. A animal vai ser fonte de gorduras saturadas que é a gordura que tem o...

Todos: colesterol.

C: E a vegetal é a gordura insaturada. Às vezes vocês lêem no rótulo fala assim: ah é, contém gordura poliinsaturada, monoinsaturada, é tudo insaturada que é vegetal, mas a gordura vegetal pode ter um outro tipo de gordura também que é a... vegetal hidrogenada. Essa aqui apesar de ser vegetal, não faz bem, por que? Porque o homem foi ali e pôs a mão...

D: mas é geneticamente modificada?

C: ele foi lá, porque a gordura vegetal ela é mole né, ela é líquida, é um óleo e, pra, pra, pra ficar em consistência de margarina, ou pra dar aquela consistência sequinha, crocante no alimentos ele resolveram hidrogená-la, pôr uns átomos de hidrogênio nela, que é pra mudar a composição química dela, e é aí que virou uma gordura que faz mal pro colesterol tá, pro coração, porque ela tem também colesterol tá. Essa aqui é a pior tipo de gordura que a gente tem, é essa aqui, pior que essa até, tá, as duas são muito ruins, mas essa aqui é ainda pior. Então, onde que tem gordura vegetal hidrogenada?"

Às vezes a “professora” fica impaciente, pois apesar de já ter repetido em diversas ocasiões uma informação, ainda assim seus “alunos” não se lembraram. Mas explica novamente, utilizando uma analogia bem comum e de fácil compreensão:

“C: então, a proteína, qual que é a, o que que é proteína? Eu já falei, eu já falei... ninguém lembra da proteína né, coitada...”

D: ah não, proteína não.

C: a proteína é assim, pensa num tijolinho e aqui uma casa, eu preciso de vários tijolinhos pra construir uma casa. A proteína é a mesma coisa, eu preciso de várias dela pra construir o meu corpo. Então a proteína é quem forma meu músculo, minha pele, meus órgãos, meu sangue, tá.? Então é pra isso que serve a proteína, ela é um construtor, ela constrói o nosso corpo, tá.? E, e tem dois tipos de proteína também: a vegetal, quem que é proteína vegetal? E a animal... quem que é proteína vegetal?"

(trechos da quarta sessão de grupo)

- **Troca de experiências:** este recurso foi explorado ao longo de todas as semanas, tanto em relação às experiências que a coordenação passava aos participantes, como entre eles. Seu conteúdo girou em torno de dicas e receitas, tal como o que se segue:

*“C: quando eu for fazer compra no supermercado, dica, o que que eu tenho que fazer?
D e N: comer que é bom...
C: primeiro lugar.
A: ir com a pança cheia.
Todos: (risos)
C: comer, ir depois do almoço, ter comido ta, por que? Quando eu to com fome ninguém segura..
D: é verdade.
C: a gente vai lá, a gente compra.
N: tudo que não deve.
C: tudo coisa que a gente não deve. Segundo: evitar aquela, aquele corredorzinho cheio de chocolate, de bala, nem passa, num passa naquela parte ali, você olha assim e passa reto. Não fica dando... moleza praquela sessão lá, porque senão a tentação vem e a gente compra. Segundo... terceiro: fazer uma lista.
D: ah, isso funciona.
LC: isso eu faço.
C: isso é bom. Primeiro porque a gente gasta menos tempo, menos dinheiro.
N: a gente compra muito supérfluo.
C: é, e eu, e eu diminuo o supérfluo, que normalmente o supérfluo que, que...
N: que gasta mais.
D: que encarece.e
C: que engordam.
E: e não levar filho no supermercado.
D: engorda e esvazia o bolso, ta vendo que bom.
C: é, esvazia o bolso e engorda a gente.
LC: tem, tem mais um item aí, pode colocar: levar moedinha de um centavo, porque o supermercado é doido pra levar aquele centavinho da gente...
C: é né... e ler bem os rótulos dos alimentos. Qual parte que eu tenho que ler do rótulo que é importante mesmo?
Todos: ingredientes.
C: ingredientes, jóia.”*

Acima ilustramos um diálogo conduzido pela coordenadora, dando dicas sobre como agir na hora das compras, e abaixo uma troca de experiência entre os participantes.

*“LC: sabe, eu vou ensinar uma tática pra senhora, foi assim que eu comecei a usar o adoçante: é, por exemplo, a senhora gosta de tomar o café de manhã, então não coloque açúcar, faz o café sem açúcar, põe ele no copo ou na xícara, e toma um gole. Ela vai ta amargo, vai ta daquele jeito que a senhora gosta, ai pinga um, poucas, umas duas ou três gotinhas só de adoçante.
E: não, mas eu não tenho problema com adoçante.
LC: ai a senhora vai ver como ele, que ele fica mais saboroso.
E: eu tomo, as vezes eu tomo suco e coloco o adoçante... mas o café eu gosto com açúcar. Agora, se eu faço uma limonada, um suco eu ponho adoçante”
(trecho da quarta sessão de grupo)*

- **Relaxamento:** Embora estivesse planejado para todas as sessões, o relaxamento ocorreu na maioria delas, como o que se segue, sempre ao final da sessão, como planejado pelo serviço:

“C: ... Então vamos fazer um relaxamento agora que na semana passada eu não consegui fazer... Tá? Então eu vou apagar a luz aqui pra ficar mais gostoso... Então procurem sentar nas cadeiras da maneira mais confortável que vocês puderem, do jeito que vocês gostarem mais, aí agora solta bastante o corpo... Fechem os olhos... Vamos começar a relaxar, primeiro com o ombro, solta o ombro... solta a perna, soltem os braços, solta a mandíbula... relaxa, solta a boca, a mandíbula, pra ficar um pouquinho com a boca um pouquinho abertinha, ficar com a face bem relaxada. Agora vamos prestar atenção no barulhinho da nossa respiração, vamos encher bem o ar... o pulmão cheio de ar... quando achar que estiver todo cheio puxa mais um pouquinho ainda, deixa entrar mais um pouquinho de ar, solta pela boca... bem devagar... (pessoas respirando) Agora se imaginem num lugar bem calmo, no lugar preferido de vocês, num lugar em que vocês fiquem bem confortáveis, se sintam seguros... Fica um tempinho se imaginando nesse lugar... Agora devagar a gente vai voltar, começar a mexer os dedos dos pés... Agora as mãos... mexe a cabeça... agora dá uma mexidinha no ombro, no pescoço... vira a cabeça prum lado, pro outro... e agora dá uma espreguiçada bem gostosa... igual aquela que a gente dá quando acorda. Ai que delícia, não? Ótimo, né? Muito bem. Estamos prontos agora pra ir bem calminho pra casa, né?”

(trecho da segunda sessão de grupo)

Durante as entrevistas finais os participantes foram solicitados a avaliar os diversos recursos utilizados pela coordenação, bem como alguns dados sobre os *setting*, como horários e duração das sessões.

O grupo foi unânime na avaliação positiva do grupo e da coordenadora. Disseram que foram bem tratados, que a nutricionista era doce, meiga, educada, tratava a todos com igualdade e explicava os conteúdos técnicos sem ser muito prolixa, além de possibilitar com que todos participassem.

A troca de experiências foi o momento do grupo mais valorizado e importante no processo dos participantes, segundo suas avaliações.

“V: Porque a gente vê nas experiências coisas que a gente aprende também, né, aprende? Aprende coisas diferentes, que nem o caso de pratos, no último dia que ela fez, né, cada? Cada um levou um prato, quer dizer ali é uma comida diferente, né, as? Às vezes, pensava: ah, o que eu vou comer agora? Não sei o que comer. Principalmente no começo que é difícil e eu falava: Ih, agora eu vou ter que deixar de comer tudo, é aquela preocupação de ficar com fome, mas hoje a gente vê que não é nada disso, que é tudo coisa que a gente criou...”
(trecho da entrevista final da participante 07)

O relaxamento também foi considerado bom, pois tanto servia para se sentir mais leve ao final da sessão como uma técnica a ser utilizada em casa.

A única queixa mais freqüente relacionava-se à durabilidade da intervenção, pois a maioria achou que ela deveria ser bem mais longa, isto é deveria haver mais do que 6 encontros. Justificavam que haveria mais a ser discutido e que sentiam a necessidade de ser mantida a motivação como demonstra o trecho abaixo:

“LC: Pra essa troca de informações ser renovada e batida assim, martelada constantemente porque é, tudo é passageiro nesta vida né? Então você vem, freqüenta seis semanas, a primeira você tá consciente, a segunda, na quinta, na sexta aí parou, na, na primeira semana seguinte você fala: puxa vida, hoje eu estaria lá, acabou né?. Na segunda: puxa né, é mesmo, não sei o que. Na terceira você já: ah puxa, ainda bem que não tem, olha, se tivesse eu tava... (risos)”
(trecho da entrevista final do participante 04)

Segue, então, abaixo um quadro com as principais questões que surgiram sobre a coordenação do grupo:

	Idéias Centrais
Características da coordenação do processo de grupo	<ul style="list-style-type: none">✓ Abordagem educativa;✓ Dinâmica interativa e não co-constructiva;✓ Priorização das informações técnicas;✓ Linguagem técnica e popular;✓ Preocupação em cumprir a agenda de informações pré-estabelecida;✓ Escuta prejudicada por: interrupções das falas dos pacientes, desconsideração de falas que antecediam as sessões, predominância da fala da coordenadora;✓ Estimulação da troca de experiências;✓ Argumentação focada em recursos individuais e racionais;✓ Valorização do sacrifício em detrimento do prazer, justificada pelos ganhos com a saúde;✓ Coordenadora como cuidadora;✓ Valorização da necessidade de engajamento dos participantes;✓ Pouca utilização de recursos técnicos sugeridos pelos modelos teóricos que inspiraram o programa.

Quadro 4: Resumo das idéias principais sobre a coordenação e estruturação do processo de grupo.

5.6 Cenas e contextos de adesão às orientações dadas.

Neste capítulo pretendemos descrever os elementos que favoreceram a adesão às orientações dadas durante o processo. Para tanto utilizaremos as entrevistas finais e o grupo focal. Nos diálogos das sessões pouco foi dito sobre o que de fato era realizado ou não, permanecendo o foco nas informações e no esclarecimento de dúvidas.

A utilização do recurso de investigação através da descrição de cenas foi fundamental para a compreensão deste tópico e do subsequente sobre os contextos de não

adesão. A riqueza de detalhes era muito maior do que quando as respostas vieram em retorno às questões opinativas do tipo “o que você achou de...?”. Nestas últimas a tendência era dizer coisas como, “bom”, “legal”, “gostei” e “foi importante”. Além de permitir acesso a conteúdos de falas que muitas vezes eram contraditórios ao que na cena era descrito, é possível perceber que com esta forma de investigação havia uma tendência a emitir falas que eram mais coerentes com a percebida expectativa das pesquisadoras sobre suas respostas. Isto ocorreu diversas vezes, embora no início de cada entrevista era-lhes dito que não existiam respostas certas ou erradas e o que importava para a pesquisa era a percepção deles acerca do processo.

No início de sua entrevista final M. (01) contou que conseguiu colocar todas as orientações dadas em prática. Não utilizava mais tanto açúcar, nem óleo, nem sal, tampouco cozinhava utilizando peles de frango e gorduras de carne etc. No entanto mais à frente quando se utilizou o recurso da cena, pedindo que ela descrevesse um dia de sua rotina, ficou claro que orientações como fracionamento da dieta e prática do café-da-manhã não eram realizadas com frequência.

“Pesquisadora: Então de todas essas informações que teve no grupo, do açúcar você conseguiu colocar em prática, as outras também você conseguiu? Que você falou, do óleo...”

M: Também. O óleo eu não uso mais... Eu uso... o óleo eu tenho... assim ó, eu usava assim oito latas de óleo por mês, agora eu uso três...”

Neste trecho M. conta-nos sobre as informações que conseguiu colocar em prática. É importante notar a forma da elaboração da pergunta, que era direta, e na qual já havia uma afirmação de que a paciente havia realizado modificações. Em comparação, no trecho abaixo que transcreve um diálogo ocorrido mais adiante na entrevista, a pesquisadora

não faz afirmações, mas pede que M. conte um dia da sua rotina. Já aqui percebemos que nem tudo é praticado e que existem vários personagens, gostos etc, que interferem no hábito diário.

“Pesquisadora: Tá. E você acorda sete horas e você vai fazer o que? Você vai tomar café da manhã, você vai... O que você vai fazer?”

M: Não, café é muito difícil. Já é muito difícil eu tomar café de manhã assim. Vamos tomar café... é só no fim de semana, que a gente toma café assim. Põe café, põe a mesa, compra pão... mas só no fim de semana. No meio da semana, cada um toma assim, normal. Um toma, outro não toma, sai assim sem tomar café... Eu odeio fazer café. Uma das coisas que eu mais odeio na cozinha é fazer café, então eu não faço, eu fico esperando minha filha levantar, a outra filha fazer... eu tenho uma filha de criação e às vezes ela chega “Faz um café pra nós?”, aí ela vai lá e faz, né?”

Pesquisadora: Tá.

M: Então assim, não tem café da manhã e eu não gosto também de tomar café de manhã. Eu sempre não tomo café.

Pesquisadora: Você não toma nada?

M: A L. (nutricionista) vive brigando comigo, porque toda vez eu falo que eu não tomo café. Eu acho muito difícil... tomar café. Porque eu não tenho fome, eu já tô acostumada a não tomar café. Muito agora, de tanto ela brigar, falar que tem que tomar café, eu como às vezes uma fruta.

Pesquisadora: Tá.

M: Sempre às vezes eu como um mamão, uma goiaba, né? De manhã, assim sete e meia, oito horas, mas é muito, muito, muito difícil tomar café.

Pesquisadora: Mas aí o que você faz de manhã? Você acorda sete horas, pode eventualmente comer uma fruta...

M: Aí eu vou lavar roupa, limpar a casa, fazer alguma coisa.

Pesquisadora: Tá.

M: Se eu não for trabalhar, se for no dia que eu não vou trabalhar.

Pesquisadora: Tá. Mas aí o trabalho você vai quantas vezes por semana?

M: Duas vezes.

Pesquisadora: Tá.

M: Na segunda e quinta.

Pesquisadora: Tá, e aí no seu dia que você não vai trabalhar você almoça em casa, como é que é?

M: Aí eu almoço... mas aí faço tudo errado também, almoço três horas da tarde... ela quer me matar com isso.

Pesquisadora: E sem comer nada antes?

M: Não, aí eu sempre, agora, como uma fruta, como uma bolacha, né, assim... que ela falou que quem tem diabetes é pior ainda, não pode, né? Então eu faço sempre assim, eu não faço igual, mas eu procuro sempre fazer alguma coisa, por exemplo, eu como mamão de manhã, ou uma banana... depois umas onze, meio-dia, eu como uma outra fruta... é... aí depois lá por uma, duas horas assim, eu vou lá e almoço, mesmo sem vontade, mas aí eu almoço pouquinho, né? Assim eu faço... vou o que você aprendeu no grupo?”

(trecho da entrevista final da participante 01)

Assim, com o recurso das cenas como instrumento para aprofundar a investigação da adesão, foi possível compreender melhor os motivos que fizeram os participantes procurar

ou reiniciar o grupo de reeducação alimentar. No item Ponto de Partida, mostramos que a melhoria da saúde ou da mobilidade física eram questões mais prevalentes do que a estética, quando investigados a partir do formato mais clássico de “questionário”- que costuma incluir perguntas sobre opiniões, crenças, atitudes e práticas, obtendo sínteses elaboradas, muitas vezes racionalizadas ou verbalizadas na linguagem esperada, ou pelo menos relacionadas ao conteúdo esperado pelo entrevistador. A preocupação estética aparecia ainda timidamente nas cenas em que estavam com o corpo que idealizavam.

Durante o grupo focal, cuja forma essencial de investigação baseou-se na descrição detalhada das cenas, foi possível perceber uma série de outros elementos vinculados ao processo de decisão que culminou na busca do CPS, além de outros intrinsecamente vinculados à adesão ao serviço ou às recomendações. Abaixo seguem algumas falas sobre o momento que marcou a decisão pelo autocuidado, e pela perda de peso.

“Pesquisadora: ... Então eu vou começar com uma pergunta. E a primeira pergunta que eu queria que vocês pensassem é assim: O que fez vocês decidirem a vir no grupo? Pensem, não precisa responder, lá em janeiro, não foi, o primeiro grupo não foi em janeiro?”

A: o meu primeiro grupo foi no outro janeiro, porque eu já tenho dois anos.

Pesquisadora: Faz dois anos?

A: faz dois anos.

Pesquisadora: então, mas neste grupo de janeiro passado, de 2004, né? Tentem lembrar na cabeça de vocês, buscar lá na memória, o processo de decisão, né? 'Não, eu vou pro grupo, né?' Tentem pensar como era antes...se a gente pudesse traduzir numa frase simples, um título de um filme, um título de um livro, né?, Que nome vocês dariam para este processo de decisão?.

A: Vida melhor, vida saudável.

Pesquisadora: Que mais? Pra você também seria isso?

A: é, eles já falaram

Pesquisadora: mas deixa vir na sua cabeça...pensou em outra coisa, veio outra frase na cabeça.

LC: Eu tenho mas essa é particular, é conforme o meu pensamento...retorno a vida.

Pesquisadora: Ta bom. Retorno à vida...

A: Eu fiz os grupo de tabagismo e o da ginástica..

Pesquisadora: aha, nós estamos falando do da ginástica

A: na época eu tava imaginando, porque quando eu fiz da ginástica eu tava gordinha, né? Eu queria de emagrecer, mas aí eu perdi a oportunidade de vir, porque eu comecei o trabalho psiquiátrico lá em Guianazes mesmo...

Pesquisadora: aí você parou de vir...
A: é e não emagreci... continuo gordinha.
Pesquisadora: gordinha você não esta mais... então a frase sua é eu “não queria ficar gordinha”, é isso?
A: é, eu não queria ficar gordinha.
Pesquisadora: alguém pensou em alguma coisa mais?
A: Melhorar minha auto-estima.
Coord: Melhorar minha auto-estima.
A: Precisava de ajuda.
Pesquisadora: Precisava de ajuda, alguém pensou em outra frase?
A: Vida feliz.
A: Começar a viver.
A: Nova vida.”

A pesquisadora então segue com as instruções e propõe um exercício coletivo para recuperar uma cena emergente antes do início do processo.

(continuação)

“Pesquisadora: Então agora eu vou dar um passo atrás e vou pedir para vocês falarem pra mim o momento que vocês tomaram a decisão, desta imagem, vamos lá um pouco atrás, vamos pensar como que vocês descreveriam esta cena, cena da decisão, cena mesmo, imagine que eu vou botar isso num capítulo de novela, ta certo? Imagine que esta cena da vida de vocês vai entrar na novela, então imaginem o mais completa possível, com cenário, quem está, quem está com você, onde você está no cenário, certo? Como vocês estão se sentindo no cenário antes da decisão, ou seja, quando eu to me sentindo gordinha, quando eu não estou me sentindo saudável, quando não estou me sentindo feliz, qual foi a outra frase? Quando minha auto-estima ta baixa. Entenderam? Um pouco antes, tentem lembrar de uma cena forte da vida de vocês, que essa: não to feliz, to gordinha, não to vivendo, não to saudável, né? Que seja assim símbolo, uma cena de novela que eu pudesse mostrar, uma cena, lembrem mesmo da vida de vocês, não precisa contar, só lembrem.

Silencio

Pesquisadora: Todo mundo lembrou? Vou ajudar um pouquinho... vocês estão a onde? Quem esta neste espaço? Que espaço é este? Não precisa contar, só vamos pensar, para não interferir na do outro, né? Onde vocês estão? Na sala, na rua, no shopping... onde vocês estão? Quem esta perto? Tem alguém que é testemunha deste sentimento de vocês? Porque às vezes não está na cena, não presente na cena, mas que esta no fundo da cabeça de vocês e esta testemunhando vocês, né? Vocês estão vestindo como, que horas do dia que é, só para a gente sofisticar, como se eu fosse o produtor da novela, eu quero que ter elementos de vocês para botar na televisão. Conseguiram? Da sua vida? Real? Alguém tem problema de contar a cena pros outros? Se tiver não conta, ta? Quem quer começar? Só para nós todos vermos a cena de vocês.”

(trecho do grupo focal)

A partir desta orientação as cenas começaram a emergir. Um elemento que se destacou em quase todas elas foi a percepção de si mesmo como alguém que precisava de

uma vida melhor, saudável, de retomada, de melhora da auto-estima, de ajuda. Esta percepção deu-se na interação dialógica com outras pessoas, isto é, quando o participante direta ou indiretamente conversava com familiares e conhecidos e uma frase, um comentário ou uma percepção qualquer fazia despertar algo que dizia: “preciso mudar”. Neste contexto, a importância do “outro” no processo de mudança fica mais nítido, processo que é sempre intersubjetivo e nem sempre apenas dependente da “vontade” ou de uma escolha racional, individual.

Nl: ... : ... Depois ele falou assim: “Olha mãe, você tá muito gorda, olha sua barriga como você tá, você não era assim ...” Quer dizer, isso pra mim foi muito chato, né, a partir daquele dia comecei... a me achar mesmo realmente gorda, feia, né.? Ai meu marido já freqüentava aqui nas Clínicas, e ele pegou e falou assim pra mim “Viu, você quer que marque pra você?”, eu falei “Quero”. Ai ele marcou pra mim e eu vim. E a partir daí eu comecei a emagrecer.

C: Então o principal pra você foi a fala do seu filho?

Nl: O principal foi a fala do meu filho.

C: E como você tava se sentindo do lado de cá? Você nunca tinha pensado que você tava gorda?

Nl: Não, eu até tinha pensado, mas eu nunca tentei emagrecer, quer dizer, aquilo não incomodava. Quer dizer, o fato de eu estar um pouco acima do peso não incomodava, quer dizer, eu me sentia um pouco cansada, mas não a ponto de dizer “Não, eu vou emagrecer”. Aquela frase dele sim, mexeu com a minha auto-estima que a partir dali eu quis emagrecer. E graças à Deus eu consegui.

C: Quantos quilos?

Nl: Eu emagreci dez quilos e quatrocentas.”

Na cena da Nl observamos um comentário sobre sua estética que partiu de seu filho e que foi capaz de despertar um incomodo maior do que quando se percebia gorda e cansada. Contou também com o apoio do marido, que foi quem a levou até o CPS.

(continuação)

C: Quem quer falar a sua própria cena?

N: Eu. É, meu caso é muito simples. Levanto de manhã, mil serviços pra fazer, e eu sem coragem. Eu já não sentia ânimo, força no corpo pra trabalhar, né, então?, Então eu falei “Perai, alguma coisa tem que mudar”. E sentia o corpo pesado, qualquer coisa que eu ia fazer me incomodava. Então eu mesma... e vendo as pessoas chegar em casa, e vê as coisas, né, e? E eu querendo fazer as coisas e não

conseguia fazer, né, então? Então eu falei “tem que dar um jeito”. Foi aí que eu conheci o grupo e...
C: *Então você tava no quarto, levantando de manhã...*
N: *Isso...*
C: *E não tinha ninguém, era você com você mesma...*
N: *Não. Eu, meu esposo, né, a?, A minha filha, que eu tenho que cuidar dela, né, que? Que ela depende de mim...*
C: *Mas ninguém falou nada? Foi você mesma?*
N: *Ninguém falou nada, eu que vendo a situação, né, eu? Eu me decidi por mim mesmo.*
C: *Então o que você descreveria do seu corpo que você queria mudar era uma sensação de peso, de cansaço...*
N: *Cansaço, peso...*
C: *... e dificuldade de enfrentar a vida?*
N: *... de movimentar, de enfrentar a vida.*
C: *Tá bom. As atividades da vida.*
N: *Isso. E graças à Deus, com os poucos peso que eu perdi, né, não? Não sei se é pouco...*
C: *Já fez diferença.*
N: *Já fez muita diferença.*
C: *E quanto você perdeu?*
N: *Dezoi... quase dezoito quilos, dezessete quilos.”*

Neste trecho vimos que embora ninguém tenha efetivamente falado algo para a paciente, o diálogo se deu silenciosamente quando ela olhou em volta dela, para seus familiares, para sua filha que dependia dela totalmente por necessitar de cuidados especiais, e percebeu que lhe faltava ânimo.

*“C:...Você quer falar?
LC: Ah, pode ser...
RISOS E COMENTÁRIOS, POIS LC É UM GRANDE CONTADOR DE LONGAS HISTÓRIAS...
C: Onde você tá?
LC: Então, o local é um depósito de material... é... são dois japoneses bem velhinhos, seu Yoko e a esposa dele, e... eu entrei e aí eu “Seu Yoko, eu quero uma enxada, o senhor tem aí uma enxada barata?” –eu tava brincando com ele, como eu sempre fiz– e ele falou “Tem, mas não é pra você trabalhar, né”? Aí eu falei “Claro, trabalho com enxada desde... os nove anos”. Aí ele falou “Ah, que é isso!”, então ele mandou eu fazer como ele fazia, ele agachou e levantou, agachou e levantou, né.
RISOS
LC: Aí eu quase assim, né, “HHRRRRRRRG... Ai”! Aquela dureza toda, ele falou “Tá vendo? Você não vai trabalhar com enxada”, eu falei “Não seu Yoko, eu trabalho com enxada, desde criança eu trabalho com enxada...” Ele falou “É, mas você precisa dar um jeito nessa barriga”. Aí ele me preocupou, porque até então a minha barriga era... eu achava até...
A: Bonitinha.
LC: Chamosa, né? Aí...”*

C: Então o balãozinho¹⁶ aqui do seu LC tava falando o quê? O quê que esse cara tá falando?

LC: Imagina, né, “Pô, a minha barriga tão charmosa e ele tá implicando com ela”, né? Ai... ele falou “Não, você tem que perder essa barriga porque essa barriga sabe o quê que tem aí dentro?”, “Igual porco, né? Deve ter uma gordurama danada aqui!”, falei pra ele. Ele falou “Não, não, não”. Ai, com a desculpa da expressão, ele falou “Ai só tem merda, (PAUSA BREVE) e é antiga”. Ai eu fiquei mais assustado com aquilo, porque eu fico muito impressionado com as coisas. Quando é uma pessoa que eu olho assim, a pessoa tem uma certa experiência e me dá alguma dica eu já fico meio preocupado. Ai eu falei “Mas como o senhor está falando?”, “Eu estou falando porque eu sei. Porque vê, você não come verdura direto, só de vez em quando, você adora uma picanha, uma costela de boi...”, “Mas como o senhor sabe?”, “Eu tô vendo. Torresmo é sua paixão...”, “Pô, o senhor tá acertando na mosca!”, ele falou “É, então, você tem que diminuir tudo isso aí e comer couve, escarola, almeirão...” Todo esse tipo de verdura verde, né, de folha, que aí iria eliminar essa gordura ou tirar esse excremento que tava grudado aqui, né? E essa foi a cena que eu consegui lembrar, né? Que aí foi puxando. E todas as vezes que eu como verdura eu me lembro do seu Yoko, né? Que foi ele mesmo que me deu esse impulso...

A: Que bom.

LC: E foi muito bom mesmo, foi muito bom que eu estava com cento e um quilos, aí venho diminuindo, diminuindo, aí depois que entrei aqui já estou no setenta e oito... Deu uma boa melhorada, né?”

Em todas estas cenas, e mais especificamente nesta última, vemos que dois elementos se destacam: primeiro as personagens sempre são de algum modo relevantes para a pessoa, os familiares, e aqui como LC define “uma pessoa com experiência”; em segundo lugar, houve algum sentimento não dito completamente, mas que é implícito nas falas, como o abalo da auto-estima de NI e o susto de LC.

“C: Eu tô indo na ordem agora, mas quem quiser atravessar a ordem, se vocês duas quiserem falar pode pedir pra falar tá? Vai lá.

D: É... o meu problema é com roupa, vou ser sincera, porque... eu sempre tive que usar, porque depois que eu casei eu engordei, não emagreci mais, e eu sempre tive que usar roupa larga, e eu não gosto. Eu gosto de usar calça jeans, esses negócios.

C: E a sua cena então me conta.

D: A cena é... –uma das, porque tem várias– eu tava na praia, né, com a minha irmã, e eu fiz aniversário. E o meu marido nunca se lembrou de aniversário nada, e ele chegou com uma calça e uma blusinha. Ai você olhando você vê que aquilo não ia caber em mim, né?

RISOS

D: Ele não falou nada, aí eu falei assim “Eduardo, isso aqui não vai servir, né?”, ele falou “Ah, tudo bem, eu troco pra você.”, eu peguei e falei assim “Não, você não vai trocar.”, falei “Eu vou ficar com a calça e a calça vai entrar!” Até... e aí foi

¹⁶ O balãozinho era uma recurso para que os pacientes pudessem explicitar o que lhes passava pelo pensamento no momento em que a cena estava acontecendo, como se vê em gibis.

isso, eu acho que foi um incentivo. E eu como ela, eu também tenho depressão, e eu tava me sentindo muito péssima. Quem me encaminhou pra cá foi o médico, na realidade foi o médico que me encaminhou, mas através dessa cena assim que deu... o impulso.

C: Então foi isso aí. Então você... o balãozinho dizia assim "Gente..." O que que o balãozinho dizia?

Nl: Ele tá tirando sarro da minha cara.

D: Ele sabe que eu tô gorda mas ele não quer falar, ele... sei lá, né?

C: teve um jeito sutil de falar.

D: Isso."

(trecho do grupo focal)

A avaliação de que os outros participavam ativamente de seus processos de mudança também apareceu na valorização da troca de experiências incentivada durante as sessões de grupo. Nestes momentos as informações práticas, como novas receitas mais leves e dicas para lidar com alguma situação específica, foram as que mais contribuíram para a adesão às recomendações, além da possibilidade de reflexão sobre si-mesmo que o encontro com o outro propiciava.

"Entrevistadora: Então vamos. Bom, então, nesse dia que o senhor vem no grupo né, as coisas boas que acontecem no grupo, o que o senhor acha que tem as coisas boas?"

LC: Troca de informações

Entrevistadora: Ah, entre o senhor e...?"

P: A L. (nutricionista) e as outras pessoas que estão ali empenhadas também, é...por incrível que pareça, é...tinha até querendo, gente querendo engordar.

Entrevistadora:: hãhã

P: né, aquela senhora lá, que precisava engordar, ela emagreceu demais né? Mas a maioria tudo querendo emagrecer, perder peso né? Essa troca de informações pra mim é muito interessante, né? Porque você acaba descobrindo que tem coisas que você...acha que é o detentor do, do ,do, né...do centro ali, da, da, da, do troféu né? E não é bem assim, né? Tem pessoas em piores condições que você. Aquela senhora que tava do meu lado aqui, coitada, ela tem diabete, tem, tem isso, tem não sei o que, tem não sei o que, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo. Então, e ela é uma senhora muito mais nova do que eu, então essas informações é que, é que me dá ânimo, né?."

LC se compara com uma pessoa que, na sua maneira de olhar, está em piores condições do que ele, apesar de ser mais jovem. Esta percepção traz-lhe ânimo. Assim, vemos

que a heterogeneidade do grupo, *dos outros*, contribui positivamente para o processo de mudança das pessoas.

“LC: A L. (nutricionista), ela ensinou um patê de...de...ricota com azeitona, ficou uma delícia, ficou muito gostoso também, e...bolo diet também, né? Bolo diet que é muito bom, inclusive eles me pediram até a receita

Pesquisadora: Tá, e o senhor lembra de um dia que o senhor tenha feito alguma...um dia específico assim?

LC: É duro hein?!.

Pesquisadora: O senhor lembra? O senhor não lembra?

LC: É, eu lembro, mas assim no,...por exemplo eu lembrei do doce de, de leite condensado aí por causa do jogo, né?.

Pesquisadora: Faz pouco tempo.

LC: Mas é...não lembro especificamente assim, eu sei que tenho feito, né, não é uma prática né, rotineira, mas eu tenho feito, né?, O patê, o requeijão, né, esse leite condensado já fiz três vezes, né? E...o ah bom: tem o arroz integral que eu estou, assumi mesmo, de vez, to comendo, macarrão integral, é...tem alguma outra coisa que ela...recomendou também, grão de bico, comer mandioca no lugar da batata né, que tem, a mandioca tem mais fibra, e não é tão, não engorda tanto como a batata, é mais ou menos isso.”

O compartilhamento de dicas práticas, as receitas são elementos extremamente importantes para a adesão, pois concretizam a informação técnica e a traz para a dimensão da vida diária.

(continuação)

“Pesquisadora: Tá certo, e como o senhor fez pra conseguir colocar isso que ela ensinou em prática?

LC: Bom é, esse é um, um dos meus defeitos, né?

Pesquisadora: Ah...

LC: Eu não sei se é qualidade, se é virtude ou se é mesmo um defeito, eu sou muito cômico, né? Sou muito é...responsável com, com certas coisas. Quando eu me proponho a fazer uma coisa eu quero fazer e...

Pesquisadora: hãhã...

LC: até tenho assim uma, é, uma crítica mais ou menos brincalhona da minha família, porque eu levo as coisas muito a sério, né? Eu sou muito, por exemplo caminhada: caminhada é uma coisa que, acho que talvez isso tenha me ajudado a emagrecer mais, né? porque eu virei uma, sabe, uma...uma rotina pra mim a caminhada, né?, Eu até me sinto, assim, meio mal quando eu não faço

Pesquisadora: hãhã

LC: essa caminhada, quer dizer, isso pra mim foi importantíssimo, né?É...outra coisa, eu tenho uma...eu sempre, desde criança eu gostei muito de nadar

Pesquisadora: hãhã.

LC: mas até então eu, não é tanto falta de oportunidade ou lugar pra nadar, era mais preguiça mesmo, mas desde que eu descobri que a natação também leva a um,

*...você fazer uma espécie de movimentação mais é...importante ainda do que a caminhada eu também passei a nadar mais praticar mais, a... né, essa...
Pesquisadora:: e alguém ajudou o senhor a colocar as coisas em prática?
LC: Na verdade aqui.
Pesquisadora:: E só?
LC: Só aqui
Pesquisadora:: só aqui?
LC: Só vocês aqui, né?
Pesquisadora:: hãhã
LC: né, a minha vinda aqui foi conversando que eu me conscientizei.”
(trecho da entrevista final do participante 04)*

O trecho acima também pode exemplificar como os argumentos racionais, traduzidos em tomada de consciência, força de vontade e “opinião” são recorrentes para explicar os motivos de adesão. Há pouca percepção de que outros elementos afetivos, relacionais, culturais, estruturais etc., possam afetar seus processos, como fica evidente nas cenas descritas mais acima, em que verificamos uma riqueza de sentimentos e contextos em que as decisões são tomadas.

No entanto, um elemento que se destaca é a conversa, pois através dela LC tomou consciência da importância da realização das atividades que vem colocando em prática. É importante também notar que durante os diálogos percebemos dois tipos de adesão: ao serviço e às recomendações feitas por ele.

A participação dos familiares é também relatada nas cenas como um dado importante da adesão. Nos exemplos abaixo temos que uma das participantes percebe a companhia do marido na dieta como um incentivo, pois assim a mesma comida serve aos dois. Já M, no trecho seguinte acorda com a filha uma maneira de acostumar todos os familiares a ingerirem adoçante, já que o consumo de açúcar em sua casa era extremamente alto, de 15 a 20kg por mês.

*“E: meu marido se alimenta como eu.
Entrevistadora: você acha que isso te influencia?
Faz sim com a cabeça*

Entrevistadora: porque?

E: ah, porque é mais fácil dois fazer, seguir uma dieta do que um só, eu teria que fazer tudo separado, a gente faz uma coisa só, pra..”.

(trecho da entrevista final da participante 06)

“Pesquisadora: E a família tá aderindo então à dieta?

M: Brigam, mas deixa, né? Porque minha filha também precisa fazer regime, ela falou “Mãe, a melhor maneira é você não comprar mais açúcar, que daí não tem açúcar, neguinho não vai tomar café amargo, vai pôr adoçante... vai tomar um suco, não vai tomar sem nada, vai pôr adoçante, eles vão aprender”. Então a gente tá fazendo isso, sabe? Ou esconde, compra quatro quilos de açúcar e esconde. “Não tem açúcar?”, “Não, não tem”, né? Aí eles vão lá e usam adoçante. Então melhorou bastante já o açúcar, diminuiu bastante. Nossa, quase acabaram... pararam de usar açúcar já em casa.”

(trecho da entrevista final da participante 06).

Marido, filhos, todos tendem a contribuir. O contexto familiar, e não apenas a vontade individual, interfere na cena concreta da realização de comportamentos associados à mudança de hábito.

Além disto, o olhar do outro e suas manifestações positivas sobre os participantes também contribuíram para manter a decisão de continuar a dieta. Como se vê no trecho abaixo em que N. recebeu elogios que a fortaleceram em seus comportamentos.

“N: Na verdade meu caso é assim, é fácil de eu ver bastante gente falando “Nossa, como você tá bem, como você emagreceu...”, “Nossa, mas você tá muito bem, você tá emagrecendo tanto!”, então isso aí, na hora que eu vejo as coisas, falo “Não, eu não posso, se eu comer eu vou engordar”, e eu já falei que eu não vou engordar, aí sempre eu lembro das pessoas me olhando e falando que eu tô bem, me achando bem, então eu já perco a vontade de comer.

Pesquisadora: Mas me fala um momento que isso aconteceu, que você viu alguma coisa que deu vontade de comer e você perdeu a vontade.

N: Aí meu Deus um momento?

Pesquisadora: É, o que que você tava olhando que aconteceu isso?

N: Hum, aí é difícil, porque outro dia por exemplo... Ah, vou falar! A gente aos domingos assim na igreja a gente trabalha com cantina, né, aí eu tava preparando lá as coisas pra fazer a cantina logo após a missa aí o padre me viu falou “nossa, mas você emagreceu muito, né? Você emagreceu muito!” Aí depois ele veio lá comprar um neguinho e tal e tava falando comigo e eu tava contando pra ele a forma que eu tava fazendo, né, e ele falou “Nossa, mas você tá muito bem”, e ali forrado de coxinha... E eu falei “Aí, quer saber de uma coisa? Eu preciso largar disso, eu posso até vender aqui, mas eu não tenho que comer, porque se eu comer eu vou engordar, então é essa cena aí.

D: Tem uma cena de comida... é só... é rapidinho. É que tem uma rotisserie perto de casa e eu passei lá tava em promoção... Tava em promoção coxinha, empadinha,

essas negócios, o cento nove, dez reais, aí eu falei “Ai, eu vou comprar”. Mas aí eu tava atravessando a rua eu falei assim: “Não, eu não vou comprar. Não vou comprar agora porque depois é assim, durante a semana eu não como...”

Nl: Nada.

D: Sigo à risca, aí no final de semana eu dou uma puladinha, como um pouco. Aí eu não fui lá comprar, falei “Não, eu não vou comprar. Se eu for comprar, vou comprar no sábado que aí tá todo mundo em casa e aí todo mundo come”. Se eu comprasse aquele dia, eu que praticamente que ia comer, né.? Então eu dei uma parada, não fui lá, não fui comprar.”

(trecho retirado do grupo focal)

Durante a descrição das expectativas em relação aos objetivos e motivadores que apresentavam para participar do grupo foi possível verificar os incômodos em relação à falta de disposição e mobilidade para a realização de atividades diárias. Entretanto, a maior parte das cenas, em que aparecem os benefícios do emagrecimento contribuindo para alguma ação no sentido da manutenção das recomendações nutricionais, está relacionada à estética. A fala acima demonstra isto claramente e indica possivelmente um componente motivador potente relacionado ao feminino.

Os benefícios relacionados aos ganhos de saúde parecem importantes, mas não foram indicados nas cenas de adesão, mas somente quando um discurso mais racionalizado era solicitado. V. refere-se à diminuição da quantidade de remédios ingeridos diariamente e uma melhora de rachaduras nos pés, embora esta participante tenha sido uma das principais porta-vozes das dificuldades em realizar e manter uma dieta.

“V:...a gente num tem nada, porque quem vem, a gente aprende mais e só tem a ganhar. Ganhar o que: ganhar saúde, né”? Num precisar ficar tomando esse monte de remédio que nem eu, que tomo remédio pra pressão, remédio pra isso...tudo bem, não vou dizer que a gente vai deixar de uma vez, mas a gente controlando a alimentação né? Então a gente tem mais vida saudável, do que ter que ficar se preocupando, remédio, remédio, remédio, o dia, de dia, de noite remédio e sendo que a gente pode controlar a alimentação e ganhar mais saúde, que nem, caminhar, eu tenho um problema terrível de rachadura do pé, eu comecei a fazer caminhada, aí os pé rachou de novo. Agora já to, ontem ainda mesmo assim ainda...fazer a caminhada também é uma coisa que ajuda muito. A minha filha mesmo ela tava passando do peso, e, a, uma caminhada que ela fez ela já emagreceu bastante sabe, então, a caminhada...”

(trecho retirado do grupo focal)

A verificação da balança também contribui para a adesão, pelo menos para compensar as dificuldades que tiveram de maneira mais rápida, às vésperas de uma reunião, e não deixá-las interferirem nos resultados e nem provocarem sentimentos de vergonha perante o grupo, que são provocados pelo sentido de avaliação que o momento da pesagem tem.

“Pesquisadora: ta. E a hora da pesagem?

Gf: ai meu deus do céu!

V: a consciência pesa!

Pesquisadora: a consciência pesa...é bom ou é ruim? O que que vocês fazem? Como é que é a cena, a cena da pesagem?

(todos comentam)

Gf: é bem ruim né, quando a gente vai pesar né? Quando a gente vai comprar uma roupa pra gente também, né?

Pesquisadora: o que que ta no balãozinho de vocês?

Gf: vai comprar uma roupa não acha o número, ou que gosta, vê ali não pode ir comprar porque vai experimentar não serve, não tem manequim pra gente, né?, Do modo que a gente gosta. Põe uma saia, levanta, fica, né, a barriga né? Fica feio.

Pesquisadora: já aconteceu de vocês verem uma roupa, você acharem que cabia e quando vocês foram experimentar não cabia?

V: já, eu mesmo tenho. Tenho saia, minha mãe deu dessas saias assim que não estica, essas ainda estica, né? Mas tem umas dessas de tergal assim que ela não estica e eu tenho saia guardada que ta esperando eu emagrecer pra vestir, e um tempo atrás eu já conseguia vestir, e hoje eu num, num to conseguindo, né? E como ela falou também, é, com respeito...

F: você achar que cabe...(não é possível compreender o final da frase)

V: é, achar que cabe e quando vai ver não abotoa, o zíper não levanta, né? Então, que nem ela falou também né? Que a gente engorda e ai quando vai chegando, ah, amanhã é dia de eu ir lá na reunião, ihhh, e agora? Agora vem o peso.

LC: quer emagrecer num dia, né?

(risos)

V: é, é, quando vai chegando o dia né, assim, uns dois dias pra vim aqui. Ihhh, olha o peso, olha a balança...(risos)

Gf: num vô almoça hoje, num vô janta porque amanhã eu tenho que ir lá pra emagrecer pelo menos uns dois quilos...”

Este trecho também nos fala sobre o desejo de que o emagrecimento fosse mágico, que bastasse não fazer uma ou outra refeição que a balança se modificaria. A noção de processo não aparece na realização da dieta.

(continuação)

V: a gente sente assim, né? Uma acusação.

Gf: e é bom, é muito bom, viu?, Eu adoro ta aqui por causa disso, porque daí a gente manti o peso, né? Ah, eu quero perder pelo menos dois quilos essa semana, pelo menos um quilo, vai, né, vai perdendo.

V: aqui também a gente tem que ta sempre assim, principalmente nas horas assim de alimentação a gente tem que ta mais ou menos sempre lembrando o que a gente aprende aqui porque vai ficando assim num esquecido da cabeça da gente e a gente vai comendo, só vai comendo, né? Mas se lembrar um pouquinho do que a gente aprende aqui a gente não exagera não.

Pesquisadora: e a senhora quando vai se pesar?

A: ah, eu fico até perdida, né? Que no começo do ano eu tava com sessenta e quatro quilos, de setenta e pouco pra sessenta e quatro é muito bom, né? Porque eu tenho um metro e sessenta e quatro, ai, ela mesmo falou, continua assim, se puder emagrecer mais um pouquinho melhor. Mas meu marido mesmo falou: magrela demais não (risos)

Pesquisadora: mas e o senhor também acha que o senhor ta muito magro?

LC: já ta, já to (não é possível compreender o final da frase)

Pesquisadora: quando o senhor vai se pesar, como é que é?

LC: Bom, eu, aliás ,é...não sei qual delas, da, da, da, das nutricionistas falou pra mim que eu não preciso ficar pesando tanto assim, mas eu adoro é, um dia sim um dia não eu vou lá, cem gramas que eu emagreci eu já to, pulo dessa altura de alegria. Então eu me controlo, aumentou cem gramas, duzentos gramas eu já, né, falo: não, não posso, não posso aumentar, porque eu tenho que estar lá dia dezoito, dia vinte num sei o que, então essa é a minha preocupação...bom o que eu queria falar pra vocês é o seguinte: precisa escrever lá na lousa três símbolos. O símbolo da pirâmide, o símbolo da balança, e uma espécie assim de uma margarida,é, simbolizando um colorido, São as três palavras que eu utilizo quase sempre, comigo ultimamente

Pesquisadora: ai a margarida seria o que? Os alimentos coloridos?

LC: a pirâmide...exatamente! a, a, quer dizer, a pirâmide, né, foi o que passaram, o que eu posso comer mais, o que eu tenho que comer menos, né?, A balança que é o que eu tenho que compensar, ou eu tenho que gastar energia pra compensar o que eu como, quer dizer, se eu comer demais e gastar pouca energia eu vou engordar, né? Se eu gastar muita energia e comer de menos eu vou emagrecer, não enfraquecer.

Pesquisadora: e o senhor pensa nisso sempre?

LC: eu penso nisso, eu penso nesse equilíbrio. E o colorido foi o que me passaram, é, o ,o a comida, o alimento que você come, que você ingere tem que estar o mais colorido possível, porque você absorve todas as proteínas, né, contidas naqueles alimentos e você é, deixa seu corpo mais saudável porque ta recebendo todo tipo de vitamina que ele necessita. Não é só o ferro do feijão, não é só o carboidrato do arroz, né? Não é só...sei lá, vitamina C na laranja, então tem que...misturar, equilibrar tudo isso ai. Então eu tenho observado muito isso e, e eu fiz em casa uns papezinhos com esses três símbolos”.

(trecho do grupo focal)

A criatividade e as negociações feitas pelos participantes com familiares, amigos e até consigo mesmos, para facilitar a realização da dieta valem um destaque. É importante notar que elas foram pouco estimuladas e exploradas durante as sessões de grupo e, no entanto demonstraram ser estratégias bastante práticas e relevantes. No trecho abaixo é

possível notar como algumas mulheres utilizaram sua criatividade para conseguirem lidar com desejos próprios e pressões de familiares e ressaltam que para que estas ferramentas sejam utilizadas é necessário o desejo e a consciência de que realmente precisam mudar.

D: O dia... logo que eu comecei a fazer aqui a nutrição, o começo do ano é muito aniversário em casa... e foi num aniversário. Foi num domingo, eu fiz o nhoque light lá, nhoque de ricota, eu sei que a comida tava bem light, aí ele(marido) pegou comeu, falou que tava bom não sei que lá e saiu. Dali a pouco ele chegou com uma torta desse tamanho, né, de morango, aquela cheia de creme... Eu peguei e meu olho ficou...

Nl: Queria cair matando.

D: Cair matando. Eu peguei falei "Ai meu Deus, eu não posso comer". Ai eles puseram lá na mesa, cortaram, eu falei "Corta em quatro, não corta em cinco", né, "E se for muito grande o que sobrar guarda.", "Por que? Você não vai comer?", "Você não vai comer, mãe?", falei "Não, eu não vou comer.", "Não acredito que você não vai comer"...

Nl: "Mãe, tá uma delícia!"

D: É, parece que o pessoal te testa pra ver se você...

Nl: É, mas é verdade.

D: Mas a primeira vitória minha foi que eu consegui não comer torta. A primeira lembrança assim quando eu tava começando a fazer.

Nl: Olha, o ano passado em dezembro aconteceu uma coisa muito engraçada. Eu não sou de comer chocolate, eu não sou viciada em doce. A minha filha trouxe uma cesta da Koppenhagen, mas assim (GRANDE), que ela tinha feito um trabalho, tinha desenvolvido um projeto lá no serviço dela e a gerente dela deu uma cesta, mas desse tamanho da Koppenhagen, chocolate de tudo que é jeito. Ela falou "Ah mãe, eu trouxe, e o que você vai fazer?", eu falei "Ai, o quê que eu vou fazer?", e só pensando, né, "Essa cesta de chocolate guardada aqui em casa não vai dar certo..."

RISOS

Nl: E ela ia viajar logo em seguida, eu falei "Ó filha, sabe o que você vai fazer?", ela falou "Não", "Leva a cesta com você na viagem!", "Eu não acredito mãe!", "Pode levar". Eles eram quatro que eles iam viajar, eles iam viajar de carro pra Bahia, eu falei "Ah, no caminho vocês comem!" E ela levou, eu não deixei um em casa. Depois eu fiquei pensando "Por quê que eu não deixei um pra mim?", né? Ai falei "Ah, depois se eu quiser eu compro um e pronto". Então assim, eu tento me desfazer das coisas que eu posso tentar querer comer...

D: São tentação, né?

Nl: Eu mando embora. Assim, no dia que eu tô com muita vontade de fazer doce, aí eu faço. Ai eu como um pouquinho e pego o resto e distribuo pros vizinhos... Não deixo ficar nada em casa, porque se eu deixo em casa às vezes eu tenho esse medo de falar "Ai que judiação, eu vou jogar fora? Eu gastei tanto com isso aqui, tem tanta gente precisando... e eu vou jogar fora?", aí eu acabo comendo, aí eu falo "Não, eu não vou comer", aí eu já como na hora que eu faço, ponho num pratinho, levo pra vizinha, ponho num outro pratinho levo pra outra vizinha... não deixo nem um pedacinho em casa. Eles também comentam "Nossa, você fez bolo e não deixou nenhum pedacinho em casa?", eu falei "Não", "Por que? Você não vai comer?", mas e se eu resolvesse querer? Ai vai na doceria e compra. Pronto. Muito fácil.

N: No meu caso assim, quando eu comecei aqui no grupo, a gente foi se orientando, se orientando, aí chegou o ponto, no dia que tivemos a orientação, da questão do óleo, sal, né? Porque eu sempre cozinhei com pouco sal e pouco óleo, né? Mas depois que a gente entrou nesse assunto aqui, eu comecei pôr o mínimo possível, só pra fritar um pouquinho a cebola e o alho, né?E depois eu coloco água pra poder

cozinhar o arroz. *Aí não fazia mais fritura, frango eu fazia ou empanado ou então assado, bife eu não fazia mais bife à milanesa, eu fazia no forno, aí qualquer coisa que eu ia fazer “Agora aqui...” –meu marido começou a reclamar– “Agora aqui não se pode comer mais nada, porque não pode comer isso, não pode comer aquilo... Não pode comer isso, não pode comer aquilo outro, como é que a gente vai fazer então?”, aí eu falei assim “Bom, saudável é assim. Agora eu faço pra mim. Vocês, sal, depois que eu colocar muito sal eu não posso reverter. Eu colocando pouco sal vocês podem pegar, colocar mais um pouco em cima da comida... A mesma coisa o óleo, ou então se de tudo vocês fizerem questão que eu faça do jeito que vocês querem, eu faço o de vocês, mas eu faço o meu separado”, “Ah não, não! Assim também não, aí como é que vai ficar isso?”. Aí eles começaram, adaptaram do meu jeito e eu não tive mais problema. Mas no começo foi difícil. Eu cheguei até a ficar nervosa com isso.*

Nl: (CORTANDO A N) Você sabe domingo eu fiquei tão sem graça... Eu fui pra Santos, que eu voto em Santos, né? E eu fui na casa de uma amiga minha que é portuguesa, né? Ela adora comer essas coisas bem doida, né, bem pesada, e ela tava fazendo um pote de biscoito, de farinha de rosca, né? E ela chegou com um pote bem grande, devia ter um quilo de farinha de rosca, falou assim pra mim “Ó, leva pra você!”, eu pensei “O quê que eu vou fazer com esse pote de biscoito na minha casa?”, falei “Ó Regina, eu não quero, porque lá em casa eu uso pouco...”, “Não, leva que eu fiz bastante, leva pra você fazer bife à milanesa”, eu falei “Ah, tá bom”. Aí catei o pote de pó de biscoito e trouxe pra casa, agora não sei o que eu vou fazer com ele porque eu não uso. Nem em casa eu não faço, porque eu não faço bife à milanesa lá em casa, aí eu pensei “O quê que eu vou fazer com essa farinha de rosca”?

D: É de pão mesmo?

Nl: É!

D: Você pode umedecer e fazer pudim de pão.

Nl: Que é um pote, deve ter um quilo de farinha de rosca.

D: Pode umedecer...

Nl: Mas eu também não faço pudim de pão, não faço.

N: No começo era só esse obstáculo, depois se resolveu, hoje em dia ele come do jeito que eu faço, não reclama, também já tá perdendo peso, meu filho ele não faz a refeição em casa... de manhã ele almoça no serviço, à noite alguma vez ou outra ele janta, e ele também come do jeito que eu faço, não tô tendo problema mais não, mas no começo foi difícil.

D: No começo o pessoal não leva muito a sério.

Nl: Estranha, não leva a sério.

Nl e D: Acha que não vai...

D: É, acha que você não vai... Mais um, né?

Nl: ...Tinha pressão alta. E os meus filhos a tendência é também ter, né? Porque como os pais e os avós também tinham, então... agora não, todo mundo come bem. A minha filha de vez em quando ainda catava o saleiro, agora ela já não cata mais, já come a comida do jeito que tá sem bota nada. Mas antes “Ai mãe, você pôs sal nessa comida?”, “Pus sim”. Quer dizer, bem séria, “Pus sim!”, “Ah, mas não tem sal!”. Agora não, ela já come e nem percebe se tá ou se não tá, também não fala nada. No começo a gente sempre tem aquela divergência, né?

N: Até acostumar, né, é meio difícil, mas depois que acostuma...

D: No começo acho que a gente mesmo é o pior obstáculo, enquanto a gente não se conscientiza, não é?

Nl: Porque eu acho que emagrecer é que nem parar de fumar, não basta os outros querer, você que tem que querer. Eu sei porque quando eu parei de fumar –eu também fumava:, quando eu parei de fumar um dia eu disse pra mim mesma “Hoje é o meu último cigarro”, meu’ marido falou “Não acredito”, eu falei “Pode acreditar”, e não fumei mais. Meu marido dizia assim pra mim “Eu vou fumar lá fora pra você não ficar com vontade”, eu dizia “Não, fuma aí, eu quero saber se eu vou parar de fumar e vendo cigarro, porque na rua ninguém vai esconder o cigarro porque eu tô passando, né?”.

N: É verdade...

Nl: ... “Então eu tenho que parar de fumar é vendo o cigarro na minha frente”. E nunca mais eu fumei nenhum cigarro, já tem trinta e um anos.

D: Nossa...

Nl: Ele continuou fumando, minha irmã continuou fumando, a minha cunhada continua fumando, mas eu mesma nunca mais fumei.”

(trecho do grupo focal)

Os relatos acima demonstram a necessidade de uma elaboração interna das informações recebidas no processo, adaptando-as à cultura e ao contexto subjetivo e interpessoal de cada participante. Estas adaptações são provocadas pelo embate com situações reais cotidianas e se dão de maneira bastante espontânea.

A diminuição das despesas propiciadas pela nova proposta alimentar, assim como a prática de relaxamento, foram outros elementos importantes referidos, mas não de forma espontânea, uma vez que ela só apareceu diante da investigação ativa das pesquisadoras durante as entrevistas finais. É interessante notar que, diferentemente do que se pensa, para estes pacientes a mudança de hábito alimentar proporcionou uma dieta mais equilibrada e economia nas compras, geradas pela diminuição dos alimentos em geral e a alteração da qualidade dos mesmos. LC conta que até está conseguindo poupar.

“E: certo, e, o novo hábito que o senhor adquiriu né, mudou alguma coisa no orçamento do senhor?”

P: Ai meu deus, posso falar, não vai pra receita federal? (risos)

E: (risos)

P: eu consegui, é, de janeiro pra cá, por incrível que pareça, em, nesses anos todos, eu sempre tentei e não consegui, eu consegui abrir uma caderneta de poupança e não estou mexendo nela (risos)

E: (risos)

P: isso é que é mais importante (risos), porque antes eu abria a caderneta de poupança e depositava hoje e depois amanhã eu ia lá tirar o dinheiro, eu num to, eu num to fazendo isso, to conseguindo manter lá, é pouco, é verdade, mas não, to conseguindo passar o mês sem precisar mexer, e a minha preocupação em ter mais pra pôr lá que eu não consigo ainda porque meus proventos são poucos mas

E: Hãhã

P: É, tá sempre aumentando, eu to sentindo assim que, se eu conseguir, é, depositar x por mês eu, no fim do ano, vou ter tanto, e isso aí eu to conseguindo por, um pouco também por causa da alimentação que eu estou fazendo mais light, uma alimentação mais..talvez até mais rica, é, do que eu estava comendo antes, e menos carne.

E: Quais são as alterações especificamente, o senhor sabe me dizer?

P: Bom, eu, o, o, o, veja bem, eu, a carne vermelha eu já venho abolindo ela há um tempo, num ,num parei de tudo, não parei de, de, de, de,de,de comer mas eu tenho assim me restringido bastante a carne vermelha, né? Mesmo porque, você veja o que eu estava falando agora mesmo da conscientização do meu corpo: o meu corpo já recusa certos tipos de carne vermelha, eu não consigo mais, por exemplo olhar um bife de contra file, daqueles que vem com aquela rebarba de gordura assim, frita assim,eu olhava acebolado, precisa, pra mim me enchia a boca d'água, eu não consigo mais, né? Eu olho, me repugna, não vai, aquela gordura me num, num me, num me atrai, não consigo mais ter vontade de comer, né? Então você vê, só por ai eu já diminui alguns gastos porque a carne vermelha é a mais cara, né? E pra você comer uma carne vermelha saborosa você tem que pagar ai sete, oito reais por quilo, né? Então isso ai já me ajudou bastante, como o frango é mais barato, e os peixes, tem os peixes caros mas tem também aquele peixe... e ...você vê, por incrível que pareça, o arroz integral é muito mais caro do que o arroz comum, mas como eu diminuí a quantidade eu estou gastando menos arroz, comendo arroz integral que é mais caro, parece um paradoxo né, que é mais caro do que o arroz comum, que é mais barato, né?, E eu era uma japonês pra comer arroz.

E: comia um monte

P: eu não sei se é porque é integral e como a [diz o nome da nutricionista] mesmo disse que ele sacia mais, né? Eu to comendo menos arroz, e outras coisas mais também, né? que eu comia muito...porcariada, por exemplo, tem um pão, é, que é feito com lingüiça calabresa, eu não passava uma semana sem comprar esse pão e esse eu comia demais. É, o pão francês eu aboli, eu não tenho comido mais pão francês e eu comia, apesar de tá comendo pão integral muitas vezes eu comia o pão francês, agora eu não consigo também, né?

E: Hãhã

P: Então, por ai, uma coisinha aqui, outra ali, eu sinto que diminuí assim as despesas

E: Tá, e essas alterações ela pesam no seu orçamento?

P: Olha a gente...sente porque você começa a perceber que você tava gastando um x semanalmente no supermercado, de repente esse x caiu, né? Tá diminuindo, então talvez ai sim dá pra perceber que no meu orçamento eu estou tendo uma certa economia na minha alimentação e não estou me desprovendo de nada, pelo contrário, na minha alimentação agora tá sendo até mais saudável, né? (não é possível compreender o início da frase) mais disposição pro trabalho, pra fazer né, esforço físico, coisa que antes eu, qualquer coisinha já estava cansado, hoje não, eu já estou me sentindo assim, né? Tenho mais disposição, tenho mais vontade nas coisas."

E sobre o relaxamento LC diz que anda espreguiçando bastante e que tem se sentido bem com isto:

"E: E o que que o senhor achou do relaxamento?

P: Ah, muito bom, alias eu tenho feito isso ai

E: Ah é?

P: É outra coisa que eu tenho feito. Olha, eu tinha me esquecido desse detalhe, que interessante, muito bom, muito bom... é uma coisa que, sabe você, ela tinha falava falado disso e eu, na, no momento eu não consegui assim perceber, mas é uma realidade, você, dependendo do seu relaxamento você sente até o seu sangue fluir, né? Você sente ele percorrendo o corpo e tal. E eu adotei uma técnica, é, que deve

existir, ou sei lá, coisa parecida, é...de, de sentir meu sangue é, circulando assim...aqui, aqui (mostrando) desce aqui, vai lá no pé, assim, você tá entendendo? Revitalizando todos os setores do corpo e eu acho que...

E: Tá ajudando?

P: Nesse relaxamento parece que sim porque você é...parece que...você transporta aquele sangue que tá parado nos pés, tá parado em algum lugar, né, pro coração, pra ele se renovar, passar pelo, fígado, rim, sei lá, né, se, se recompor, né, ser filtrado, ser né, retirado as enzimas, coisas ruins dele, né?É...mais ou menos isso, né, que eu sinto nessa técnica de relaxamento. Outra coisa também muito importante que ela ensinou: o espreguiçamento

E: hãhã

P: né, realmente, ao se levantar, dar uma boa espreguiçada como faz o galo, como faz o gato, é, muito importante viu, nossa...

E: (risos) o senhor acha que ajuda?

P: É muito saudável, seu corpo parece que, é... outra coisa também, a...é, isso eu não fazia, que é, alongamento, né? Eu nunca me preocupei com isso, sai pra caminhar, fazer alongamento, voltar da caminhada fazer alongamento e eu senti umas dores na perna muito fortes depois que eu passeia fazer o alongamento antes e depois: acabou.”

(trechos da entrevista final do participante 04)

A seguir resumiremos os pontos de destaque da adesão às recomendações e ao processo de grupo.

Idéias Centrais

Elementos da adesão	
	<ul style="list-style-type: none">✓ Troca de informações práticas;✓ Interferência do olhar do outro, especialmente outros significativos;✓ O despertar de sentimentos;✓ Diálogo;✓ A importância dos outros do grupo, que se tornam significativos para o processo;✓ A participação da família;✓ A heterogeneidade do grupo;✓ Percepção dos benefícios, especialmente os estéticos e ligados à saúde;✓ Negociação e criatividade;✓ Elaboração interna das informações;✓ Adaptação das informações aos contextos intersubjetivos e culturais;✓ Noção de processo;✓ Redução das despesas;✓ Avaliação de desempenho (balança);

Quadro 5: Resumo das idéias centrais acerca da adesão às recomendações e ao serviço.

5.7 A não adesão.

Neste item gostaríamos de evidenciar as cenas e os contextos em que a adesão às recomendações ou às reuniões não foi possível. Infelizmente a compreensão mais completa destes fatores associados à não-adesão ficará prejudicada, pois, como já dissemos no item “Recusas e Desistência”, a única participante desistente não compareceu à entrevista final ou ao grupo focal. Além disso, este grupo foi extremamente aderente, o que não é tão comum assim na nossa experiência.

Uma realidade comum nestes grupos e que pouco apareceu na experiência do grupo estudado refere-se a uma forte adesão às reuniões e não às recomendações. São pessoas que não faltam a nada, mas não caminham em relação ao que se espera que aconteça a partir do processo, como, por exemplo, perder peso. É importante dizer que o primeiro passo para a realização das recomendações é a adesão ao serviço e que, portanto este é um dado positivo.

V. que já havia participado de uma intervenção inteira, durante 14 meses e agora vinha pela segunda vez, descreve este jeito de se relacionar com serviço, como o que se segue.

“Pesquisadora: E a senhora V. O que você acha que atrapalhou?”

V: ah, eu...me atrapalhei que eu tive uns problemas tudo, né? E eu vou dizer a verdade que,

no momento assim, sabe de...da gente ficar uns dias afastado assim, né, ai eu achei que eu não ia conseguir mais, sabe? Eu achei que não ia conseguir passar os problemas em casa, os problemas familiar, eu achei que eu não ia conseguir. Eu falei assim: o negócio é...eu abandonar né, eu deixar esses tratamentos pra lá e...e num voltar mais, né? Ai, como diz, ai a gente volta a fazer o que tava, fazia antes né? Volta a...a fazer o regime naquela acusação, mas não tanto como há necessidade

Pesquisadora: aquela acusação qual?

V: Isso, assim porque, uma coisa assim que eu acho difícil até hoje, pra mim é difícil libertar do pão, né? Porque até falou que o pão ele engorda muito, né? Acho que até é isso e...eu ainda não consegui né, me libertar, assim do pão. Então a gente não consegue comer um pão só. Na verdade, em parte o que me prejudica é isso, né? Nem tanto, na comida nem tanto, mas...e eu consegui normalizar minha pressão, né? Ela ta bem, mas a parte da gordura, é meio complicado. O diabete

também a gente controla, né? Que é açúcar, é só deixar de comer doce, a gente controla, mas dia...é, colesterol, é difícil, eu ainda eu quero lutar pra conseguir né, combater o colesterol, que eu ainda não consegui combater, né? Então, no momento eu achei assim que eu não ia conseguir assim, falei: ah, quer saber de uma coisa eu, né, as vezes a gente tendo condição...

...

V: então, porque a gente as vezes tendo condição, ou não tendo a gente vem, mas não adianta eu ir lá e depois, né?

...

V: então, porque então, ai eu achei né, eu falei assim: ah gente ta indo, né? Vai toda semana, no meu caso, que a gente vinha, é, acompanhei o grupo de reeducação, tudo, né? E depois a gente não seguir, não adianta nada a gente vim e depois não assumir aquilo que a gente aprendeu, então...

pesquisadora: mas o que que a senhora acha que atrapalhou pra senhora não conseguir assim?

V: então, é, que uma é que eu me afastei, né? E a outra assim a gente...

pesquisadora: é ter acabado o grupo que a senhora fala?

V: não. Acabou o grupo né? Terminou o ano acabou o grupo, ai no começo que era pra recomençar eu me atrapalhei, não deu pra mim vim, e depois assim, eu acho que com o desanimo né, eu achei assim que eu num ia conseguir mais, né? Eu achei, falei assim: ah, então, eu vou, falei assim quer saber de uma coisa, eu num vou mais, né? Porque eu, ou eu sigo ou eu não sigo né, direitinho, que ai a gente volta a comer de novo, volta, né, a fazer o que fazia, né? Então, ai falei, a gente vai ficar indo pra lá indo pra cá, né? Gastando tempo a toa. Ou a gente faz uma coisa de boa vontade né? Ai, ai depois eu vi que a situação também começou a piorar, porque ai a gente começa a engordar, começa aquilo que a gente não sentia começa a sentir de novo, foi aonde eu parei assim né, e pensei, então ai a gente volta, né? Mas a gente não consegue se libertar disso, né? Então ai, eu peguei, falei assim: não, quer saber de uma coisa, eu vou, eu vou conseguir, eu vou voltar e foi onde parece que, foi uma coisa assim, né, que, na mesma semana que eu tava com esses pensamentos, eu tinha saído, né? Nem tava em casa, ai cheguei lá, minha filha falou: ah mãe, ligaram do hospital das clínicas querendo, uma moça ligou querendo falar com a senhora, tudo, né, eu falei que a senhora não tava aqui, que eu, que outro dia ligava, então, isso daí então..."

Nota-se aqui como foi importante a ligação telefônica que V. recebeu. A família e ela se sentiram valorizadas e motivadas a retomar o processo. Lembramos apenas que este contato foi feito apenas em virtude da pesquisa. Não é uma prática habitual no serviço.

(continuação)

"Ai, a própria minha familia mesmo, incentivou, falou: olha ai ó, você ta querendo deixar tudo e eles tão lutando pra te ajudar, então você tem que aproveitar essa oportunidade que eles tão lutando pra te ajudar, tão lutando pra melhor, então você tem que lutar e você vai conseguir, sabe? Minha mãe incentivou e aonde eu agora eu to determinada mesmo, continuar e agora sem desânimo e até o fim, né? Então chegar aonde eu quero chegar."

(trecho do grupo focal)

O diálogo acima traz outros elementos para nossa futura discussão. Foi interessante notar que durante as entrevistas finais pouco foi dito sobre o que tinha sido difícil ou impossível realizar, embora o roteiro de entrevista favorecesse esta reflexão. Desta forma, lendo o material coletado por este instrumento deixou-nos a impressão de que tudo era quase que perfeito. No entanto, durante o grupo focal, estimulados possivelmente pelo seu formato - isto é, roteiro e forma de condução das perguntas, estímulo ao pensamento cênico e identificação com as dificuldades apresentadas pelos outros – as falas sobre as “tentações” ou contextos de impossibilidade de adesão começaram a surgir.

Assim é possível ver que os problemas da vida, na fala de V. *“eu achei que não ia conseguir passar os problemas em casa, os problemas familiar, eu achei que eu não ia conseguir”*, constituem fatores importantes de recaídas. Além da família (que ora apoia, ora não), outros motivos como doenças e suas implicações físicas e psíquicas também constituíram elementos ambíguos do processo de adesão, pois podem fortalecer a decisão de mudança, como vimos nas expectativas apresentadas, mas podem também comprometeram a adaptação esperada pela intervenção. Gf. e V. representam bem estas dificuldades nas falas abaixo.

“Gf: daí abriu bastante apetite, daí veio a pneumonia em seguida, to saindo agora da pneumonia, né, ainda to convalescença. Então ai aquele apetite, comendo bastante, em casa minha família também gosta, minha neta como adora comer. Isso é presunto, é lasanha, tudo quanto é coisa forte, né? E eu ali, também eu... com muito apetite, comendo bastante, né? Frutas, assim... todos os instantes, cada... parece que a cada dez minutos me dava fome! Fora de horário sabe, e, com isso eu peguei bastante peso, eu sei que eu to enorme, né? (risos).

LC: mas tem um, tem um conselho da... da [diz o nome da nutricionista], e da outra nutricionista, não me recordo o nome agora, é, a sensação de fome, muitas vezes não é pra alimento, meio copo de água a senhora já acaba com essa sensação.

Gf: mas as meninas começaram se por, minhas filhas, eu tenho três filhas, né? É por causa da anemia e da... a pneumonia veio na pós-operação, então daí eu achava assim que deu pneumonia por causa de fraqueza, né, eu me cuidar bem na operação, não tomei nenhuma vitamina só o soro lá do hospital. Daí em casa eu... fazia uma alimentação de rotina. Comia as fruta e elas batia... gemada pra mim

a noite, né? Fazia, que é bom pros pulmão, aquela coisa e com isso...eu fiquei com apetite e engordar tudo de novo.

LC: mas é...faz isso ai pra senhora ver. Quando é muita fome assim, principalmente se faz, é, por exemplo duas horas que a senhora comeu, se fizer três horas então é bom comer alguma coisa, porque é...to seguindo o que ele falaram. Uma alimentação de três em três horas com pouca quantidade, alimenta muito mais do que chegar lá, comer três pratos a cada três horas...

Gf: será que não é a diabete que faz dar tanto apetite?

LC: faz, a diabetes faz. Só que...a senhora tomando água sacia essa fome.

...

V: é, é uma dificuldade assim que eu vejo assim é a massa é pão, né? Assim que a gente num, que a gente tem, a gente, como diz, a gente tem assim um problema de diabete também né, e ai tem muita fome né? A gente tem e gente tem hora que num tem aquilo que a gente pode comer, tem aquilo que a gente não pode comer, né? Então isso daí as vezes também dificulta, né? Mas a gente, como diz, que nos falamos aquela hora, que a gente sabe que não pode né, comer aquilo, e eu tenho certeza que eu vou conseguir."

(trecho do grupo focal)

Os hábitos familiares e as "delícias" que são vistas à mesa também não são fáceis de contornar. A pessoa responsável pela cozinha de uma casa parece ser um elemento fundamental para as questões relacionadas à adesão às recomendações. Outro quesito importante no trecho abaixo se refere aos costumes alimentares de uma cultura, como a ingestão de comidas mais pesadas e calóricas em dias frios e em outros, como sábado é dia de samba e feijoada. Como não "sucumbir"? Veja o debate entre os participantes no grupo focal.

"C: Agora vamos, o tempo já ta acabando. Eu só quero dizer se faltou contar alguma coisa do que ajuda, que vocês pensaram que ajuda lá na casa de vocês...(não é possível compreender o restante da frase). Só aproveitar esse tempo pra fechar esse assunto..."

GF: desânimo, né?

LC: bom, o que me ajuda

C: as estratégias que atrapalham... (não é possível compreender o restante da frase)

LC: é...que minha mulher gosta muito de verdura então, é...por força desse prazer que ela tem de comer verdura, então, quando estamos junto eu como muita verdura, que ela num, num se faz de rogada, faz mesmo, faz dois três tipos.

Pesquisadora: ela é alguém que te ajuda?

LC: dois três tipos...nesse ponto, mas, pelo contrário também é válido porque, é...você já ouviu falar naquele samba do Zeca Pagodinho, feijão da dona Nenê? A minha esposa, o apelido dela é Nenê, porque não tem como comer pouca comida com ela fazendo, e se for uma comida gordurosa, uma comida assim então ai piorou porque ela...é, é muito caprichosa sabe, ela faz uma comida, né, modéstia a parte ela faz uma comida muito gostosa mesmo. Então essa é a minha dificuldade, porque quando eu estou sozinho eu me regulo, né? Eu como macarrão integral, eu como arroz integral, eu, é como bastante fruta, aquelas coisas, mas quando eu estou

junto dela, eu não tenho aquela preocupação de mexer com comida nada, então eu como o que ela faz e geralmente tem muita coisa gostosa, ela fez um...

Pesquisadora: o senhor fica em casa só de fim de semana, né?

LC: é, isso..ela fez esse um...fim de semana ela fez um...um frango lá e tinha até creme de leite. Creme de leite eu to evitando num quero mais creme de leite, requeijão, essas coisas, tenho evitado muito. Queijo prato, né, eu como lá de vez em quando a mussarela na pizza, mas é também muito pouco, e ela fez aquilo lá com creme de leite, num tem como você comer pouco, né, então essa é a dificuldade que eu tenho tido, né?

Pesquisadora: o senhor já passou algum fim de semana fora de casa e que foi difícil?

LC: olha, na verdade eu já passei vários...não, não, não é difícil não porque quando...

Pesquisadora: o problema é a esposa?

LC: é, quando nos estamos juntos aí...num é fácil...

(risos)

LC: aí não é fácil, nossa senhora, mas quando eu to sozinho não, eu procuro me controlar bem né, mesmo porque a gente fica com um pouco de preguiça né, de cozinhar, ficar fazendo muita coisa então qualquer coisinha já resolve, né?

Pesquisadora: então é mais fácil fazer o regime do que...

LC: é, fica mais fácil, inclusive quando eu to sozinho.

V: e a gente come aquilo que a gente sabe que a gente ta podendo comer

LC: isso, e quando eu to acompanhado não, esse pessoal come de tudo, e aí você, você sabe que tem ali, que tem a verdura que você tem que comer, tem só um pepino ali, que você, é aquela saladinha, aquela coisa, mas você olha lá, uma macarronada num sei de que jeito. Olha ali, uma lasanha não sei de que jeito, um frango assado, e num sei o que. Né, então realmente...

GF: feijoada no dia que faz frio...

LC: é...

Gf: no domingo eu fiz feijoada, (risos), aí meu deus!

Pesquisadora: a senhora acha também que é mais fácil fazer a dieta...(não é possível compreender o final da frase)

Gf: em casa eu tenho que fazer dois almoço, porque as minhas netas, o meu neto, eles adoram comer bem e sempre tem visita. Domingo, minha filha de manha vai pra igreja quando vem passa em casa pra almoçar né, que trabalha a semana inteira então passa em casa, e é aquela...e a gente vai, nem que seja um pouco a gente come, né? Mas eu quero dizer assim que eu gosto muito das reuniões porque nas reuniões a gente consegue se manter. A gente fica naquela aposta: aí eu quero ficar mais, quero perder um pouquinho, quero perder um pouquinho, né? Num quero chegar lá, que assim foi a outra vez comigo né, e consegue sem a...as reuniões, a gente não consegue se manter.

LC: a senhora falou uma verdade...

Gf: não consegue se manter viu...

LC: o grande motivador da gente é a reunião porque a expectativa de chegar lá e estar acima do peso, então você se controla. Não é verdade?

Gf: é, ajuda a gente...

LC: fala: não, eu quero chegar lá...

V: realmente."

(trecho do grupo focal)

Como já pudemos ver nos itens anteriores, um dos momentos mais valorizados das sessões de grupo é o da troca de experiências. Além das dicas, da socialização e do acolhimento que esta ferramenta propicia, ela e a própria existência do grupo em si são

percebidas como muito breves para dar conta do processo como um todo. Muitas manifestaram o desejo de que as reuniões fossem em maior número e com menos espaçamento entre elas na fase de manutenção, pois o afastamento do serviço dificulta a realização das recomendações.

“M: Não sei se é psicológico, o que seria, mas tendo alguém falando pra você: Olha, a semana que vem eu vou ver se você emagreceu, aí você põe na cabeça: é tenho uma obrigação a cumprir, uma meta a cumprir, preciso pelo menos manter o mesmo peso ou emagrecer que é o ideal, mas aí você fica lá, fica 40 dias para o retorno, não então uns 15 dias antes eu vou entrar na linha, então por isso que eu acho que...”

C: é...

Risos

A: eu acho que quando eu saio do grupo que eu relaxei, porque, às vezes, eu encontrava as pessoas e elas falavam: Parabéns, você perdeu, né? Isso te anima, te deixa lá em cima, seja lá 200 ou 300, né, mas já te anima.”

(trecho do grupo focal)

Neste trecho mais uma vez fica claro que a opção pela atividade em grupo é de fato relevante. O que chamam de dimensão “psicológica” reforça a abordagem da mudança de comportamento pensada a partir dos contextos intersubjetivos, da pessoa diante de si mesma e das propostas do “interventor” que vem de fora com soluções prontas.

Assim poderíamos resumir os destaques deste item como no quadro abaixo:

Idéias Centrais

Elementos da não adesão	
	<ul style="list-style-type: none">✓ Estruturação do diálogo: forma de investigação e fornecimento de receitas e soluções prontas;✓ Não favorecimento da conversa sobre os contextos de realização da dieta;✓ Programa muito breve;✓ Problemas da vida: familiares, doença.✓ “Tentações: boas comidas, oferta de alimentos por amigos e familiares;✓ Falta de apoio de amigos e familiares;✓ Hábitos cultivados pela contexto cultural de cada pessoa;

Quadro 6:Resumo das idéias centrais acerca da não-adesão às recomendações e ao serviço.

6 Destaques da apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo pretendemos destacar alguns aspectos para facilitar nossa reflexão crítica acerca do que foi implementado no programa de reeducação alimentar. Embora acreditemos que muito desta reflexão possa ser pertinente à prática de aconselhamento na clínica individual ou em grupos para diversos hábitos (como tabagismo, estresse, sedentarismo e outros) em promoção da saúde, estamos cientes de que nossos dados descrevem um grupo específico, e que a dinâmica entre participantes e coordenadores é única de cada processo. Além disso, o processo foi modificado, neste caso, pela situação de estudo. A reflexão crítica pretende, portanto, inspirar novos estudos, e a inovação das práticas em curso não pretende ser generalizável.

Vimos como, através das opções teórico-metodológicas adotadas pelo serviço apresentadas na introdução deste estudo, oferece-se ao paciente um conjunto de práticas que visam à modificação de seus hábitos não saudáveis, ou de risco, através de um conjunto de informações e estímulo à realização das recomendações negociadas ou prescritas.

Em primeiro lugar é importante destacar que a maioria dos participantes já tinha realizado algum tipo de tratamento ou atendimento no Hospital das Clínicas, como era o caso de nossas três “repetentes”, M., NI. e V. Cada uma tem uma história diferente em relação ao processo de grupo de reeducação alimentar. M já havia perdido quase todo o peso que desejava; NI, além de perder todo o peso indicado, ficou mais magra ainda e tinha reduzido boa parte de seus medicamentos para as co-morbidades relativas ao hábito alimentar; e V. conseguiu perder peso, mas voltou a engordar e estava ali novamente para tentar voltar a perdê-lo. É interessante notar que ela, V., teve um histórico de doença grave (anemia) que foi diagnosticada e tratada através de uma internação no hospital e apesar de ser a participante com maiores dificuldades financeiras estava no grupo pela segunda vez.

NI teve ainda dois parentes, marido e irmão, que faleceram no hospital com câncer de pulmão, sendo que o primeiro foi quem a indicou para o CPS e morreu em seguida, durante sua participação no grupo de apoio às pessoas que desejam parar de fumar. G.e Gf estavam com seus tratamentos em curso em outros ambulatorios do HC e os demais tinham iniciado algum tratamento para depressão nas consultas médicas individuais, como foi o caso de N. e D., cuja irmã era funcionária do hospital.

S. perdeu o peso que necessitava durante as consultas médicas individuais, Ml. tinha acabado de parar de fumar com o apoio do grupo específico para pessoas que fumam e também participou do grupo de estresse. LC não especificara qualquer benefício que partiu de seu vínculo direto com a instituição, mas tem uma relação de afeto com o hospital porque sua mãe prestou seus serviços em uma casa de médicos do HC que foram extremamente importantes em suas vidas. Muitos participantes, portanto, começavam o grupo com uma história prévia de adesão ao serviço.

Este histórico, e as experiências negativas anteriores que tiveram em outros serviços de saúde, contribuíram para confirmarem o significado popularmente atribuído ao HC como um lugar bastante poderoso, “logo abaixo de Deus”, com solução para tudo exceto para o que realmente não há o que fazer. Seus profissionais são da máxima qualidade técnica, são de confiança e muito educados. Lá são bem tratados. Ora, o CPS está fisicamente localizado neste “oásis” para sofrimento humano e isto não é pouco relevante para pensarmos a adesão que estes participantes têm ao serviço.

Durante o processo todo houve uma única desistência. Sabemos, entretanto, a partir da nossa experiência clínica de mais de quatro anos no serviço, que este não é um fato tão comum a todos os outros grupos que presenciamos. Infelizmente, o CPS não possui dados estruturados sobre a frequência ao programa para que possamos visualizar o que acabamos de dizer.

Acreditamos ainda que a presença das pesquisadoras também possa ter contribuído para o baixo número de faltas e desistências durante todo o processo. Algumas práticas de organização dos registros e das entrevistas, como as ligações telefônicas para convidá-los a comparecer nas entrevistas finais e no grupo focal, foram recebidas muito positivamente pelos participantes. Além, é claro, do próprio status de importância que recebem por participar de uma pesquisa em que a opinião deles seria utilizada para a melhoria do serviço, como foi contratado e assinado no consentimento livre e esclarecido.

Outra característica bem comum aos usuários, observados também neste grupo, e que pode relacionar-se também com este imaginário acerca da instituição, é a de que muitos são aderentes ao serviço e não às recomendações. Isto é, não faltam a uma consulta ou sessão sequer, mas realizam pouco em relação às orientações específicas de cada grupo.

As concepções relatadas acerca da saúde, da promoção da saúde e do *check-up* são importantes para visualizarmos o cenário cultural e o contexto simbólico associado aos

descritores mais diretos deste serviço (Paiva, 2000). A forma mais comum de referência ao CPS, é “o *check-up*”, apelido compartilhado até hoje por profissionais e usuários, e que se relaciona com o nome original do mesmo: Centro de *Check-up* e Promoção da Saúde. Este nome além de grande e complexo, difícil e pouco prático para ser memorizado, representa que o que era oferecido se parecia com as práticas oferecidas por instituições particulares para executivos, freqüentemente divulgados pela mídia impressa ou audiovisual. Imagens de máquinas capazes de detectar dos cânceres às mais discretas alterações físicas, que muitas vezes servem para preocupar e provocar medo nas pessoas, são veiculadas pela mídia e serviços privados de saúde. Os usuários chegavam lá imaginando que passariam por qualquer tipo de “*scan*” deste tipo, já que o HC é uma instituição poderosa e capaz de oferecer tecnologia deste tipo.

É importante pensar que os objetivos do CPS divergiam desta idéia de *check-up* propagada pelos meios de comunicação. Suas atividades foram estruturadas na proposta de avaliação médica preventiva orientada pelos procedimentos e valores da medicina baseada em evidências. Isto resultou em atividades guiadas por procedimentos de *screening*, isto é, de métodos avaliativos preconizados para a população geral, e seguidos de aconselhamento. A definição destes procedimentos sempre veio acompanhada de uma preocupação ética de rastrear fatores ou hábitos de risco, cuja intervenção precoce fosse capaz de alterar positivamente o curso do adoecimento. A partir dessa visão crítica do chamado *check-up* e pelo modo de implementação do programa apresentados pelo CPS, definiu-se no Centro que o aconselhamento e a promoção da saúde eram os grandes diferenciais do serviço em relação a outras propostas afins. Assim, acordou-se que seu nome privilegiaria esta característica em detrimento do *check-up*: do nome Centro de *Check-up* e Promoção da Saúde, decidiu-se apenas por Centro de Promoção da Saúde.

No entanto, tanto profissionais quanto os usuários ainda se referem ao CPS pelo apelido “*check-up*”. Não foi diferente com os nossos participantes. Este termo possui, para eles, o significado de avaliar, vasculhar o que se passa no corpo, com a saúde física e se há algo de grave aí. Por outro lado, poucos souberam definir o que entendem por promoção da saúde. Os que conseguiram, referiram principalmente “evitar ou prevenir doenças”, ao mesmo tempo em que a principal definição de saúde que encontramos na fala dos participantes foi a ausência de doenças.

Estas concepções estão fortemente associadas ao imaginário do tratamento médico curativo, que olha o corpo físico, os órgãos, e propõe intervenções que procuram restabelecer seu funcionamento ou prevenir agravos de saúde. O fato de muitos apelidarem o serviço de *check-up* pode representar uma identificação ainda muito maior com a proposta curativa e de intervenção de alta tecnologia do hospital. Portanto, uma imagem possível do cenário compartilhado entre profissionais e participantes para entender as cenas do serviço poderia ser: pacientes que procuram um serviço dentro de um hospital idealizado, poderoso; eles chegam com uma representação de um lugar que detém tecnologia capaz de curar seu sofrimento físico; e em contrapartida, pelo menos idealmente, há a proposta do CPS de incrementar a saúde, de propor modificações ao “estilo de vida” das pessoas e de olhá-la para além dos órgãos doentes.

Crossley (2000, pág.39) afirma que o modo de construção de conhecimento produzido pela Psicologia da Saúde – subsídio teórico-metodológico para as práticas que envolvem estes dois campos, psicologia e saúde – está muito identificado com as questões que orientam o saber biomédico. Questões como: *O que é* (fumar, beber, exercitar-se, etc)? *Quem* não os realiza? *Por que* não são realizados? *Que fatores predizem* o que quer que não seja realizado? Finalmente, *que fatores predizem a recaída* para um dado comportamento? Segundo ele, este modo de pensar é presente nos livros médicos de anatomia e fisiologia e que, embora tragam algum conhecimento relevante para o campo, não é suficiente para tratar da sua complexidade.

A literatura crítica do campo da psicologia da saúde (Prilleltensky e Prilleltensky, 2003) observa que o conhecimento acumulado por ela tem sido utilizado para estruturar programas de promoção da saúde. No entanto, as práticas que se assemelham ao que vimos neste estudo são chamadas pelos autores de “proativas”, em função das iniciativas de oferecimento de apoio para pessoas ainda não doentes, que ocorrem predominantemente no espaço do trabalho, em centros de saúde comunitários ou em instituições de saúde. Esta análise reforça a relevância das observações que realizamos acerca das representações sobre o HC e suas implicações para o trabalho realizado no CPS, uma vez que programas afins vêm ocupando o *setting* hospitalar de alta complexidade e tecnologia.

Assim, levantamos a necessidade de se compreender que tipo de diálogo é possível entre serviço e usuário. A partir de que estratégia seria possível lidar com esse imaginário, e entender como o paciente se coloca diante da proposta oferecida? Os profissionais dialogam a

partir de que posição, com o que? Partem das representações dos usuários, da proposta, ou ambos? Será que os abandonos, a desistência, estão associados com a impossibilidade de encontro destes elementos do cenário? Como favorecer encontros mais produtivos?

Vale aqui, entretanto, a observação de que alguns participantes apresentaram definições mais positivas de saúde, tais como ter disposição, desenvolver auto-estima e chegar a uma vida mais prazerosa. Indicam um giro significativo em relação à média dos pacientes e representam a possibilidade de uma vinculação diferenciada com a instituição, com o serviço e, ao mesmo tempo, com seus projetos de vida. Estar num processo de grupo que tem como objetivo prevenir ou lidar com doenças pode ser bem diferente de desejar ter mais prazer e disposição para a vida.

No estabelecimento do contrato vale a pena compartilhar os princípios da proposta de promoção da saúde do CPS e reforçar as definições mais positivas de saúde já existentes no imaginário de alguns destes participantes. Assim facilitaríamos o amadurecimento de ambas as partes (profissionais e usuários) em relação a esta proposta, que parece não se encontrar, desde o início, de forma consciente e explícita com as expectativas e representações levantadas pelas características do hospital e suas conotações simbólicas.

As expectativas que surgiram nas falas dos pacientes sobre o que imaginavam que encontrariam no grupo refletem o poder atribuído ao hospital e seus profissionais. Identificam-se com o paciente-aluno-que-recebe-o-saber enquanto esperam que o técnico seja capaz de oferecer ativamente informações “certas” e funcione como controlador das atitudes deles. É interessante notar que, mesmo os que já tinham participado de outros processos de grupo, ou eram “repetentes”, não apresentaram descrição diferente. Seria esta forma de interação parte da realidade do que se fez nos outros grupos (de tabagismo, estresse e sedentarismo) promovidos pelo CPS, e que alguns tinham freqüentado?

Uma segunda reflexão sobre o processo de grupo indica que este tipo de interação sequer contempla os recursos metodológicos que inspiram a prática de aconselhamento nestes grupos, derivados dos modelos Transteórico e TCC, além das recomendações das *task-forces*. Não foi possível perceber, a partir da descrição do que acontece de fato no grupo, estratégias de trabalho que busquem de forma cuidadosamente planejada, por exemplo, o incremento da auto-eficácia, ou o manejo das tentações, por qualquer dos recursos sugeridos, tais como: *role-playing*, catarse, manejo de estímulos, contra-condicionamento, dentre outros que apontamos na introdução deste estudo. Como já apontado no capítulo anterior, o diálogo

estabelecido entre coordenadora e participantes centrou-se no fornecimento de informações, dicas e receitas, que, embora muito úteis para a possibilidade de adesão às recomendações, não contempla sequer um dos objetivos metodológicos principais sustentados pelos pressupostos teóricos dos modelos e orientações, que é o treino de habilidades. Ora, treinar habilidades não é tarefa que se realiza a partir da “pregação” sobre a força de vontade e o sacrifício, aliados ao conjunto de informações técnicas sobre nutrição. *Role-playing*, por exemplo, que é um método indicado pelos modelos acima e que poderia possibilitar este treino, também não foi proposto.

Outra recomendação feita pelas teorias inspiradoras do programa refere-se ao reforço dos benefícios resultantes das mudanças de hábitos estimuladas no processo. Entretanto, o diálogo a este respeito limitou-se, predominantemente, a valorização das falas referentes aos ganhos de saúde, como a diminuição do uso de medicamentos, redução da pressão arterial, etc. Não se deu voz às motivações mais amplas para o bem viver, para uma visão mais integrada do que significa saúde no cotidiano, tão valorizados nas avaliações onde o recurso da cena foi utilizado. Os pesquisadores tiveram chance de escutá-las, em função das estratégias de uso da cena, mas a forma como o manejo do grupo acontece pode não valorizá-las.

Nos momentos de observação da pesquisa, para além das sessões de grupo, os participantes relataram motivações e expectativas que transcendiam o bem-estar físico: como se sentir mais bonito; servir de modelo para netos; não ser ridicularizado ou observado pelo excesso de peso; conseguir realizar atividades corriqueiras como abotoar os sapatos; e viver a vida com mais disposição. O diálogo a partir das falas que não foram aproveitadas pela coordenadora durante as sessões desse grupo poderia melhorar a comunicação criativa dentro do grupo, fortalecer os pacientes para a superação de dificuldades, uma vez que os resultados aparecem mais relacionados aos projetos de vida presentes nas falas de cada uma das pessoas, identificadas pela equipe da pesquisa como motivação para sua participação no grupo. Valorizar mais integralmente o que os participantes trazem, não significa desvalorizar os ganhos com a saúde, mas evitar a surdez para outros fatores que marcaram a decisão destas pessoas para investirem esforços no programa.

Lembramos, entretanto, que a redução das despesas promovidas pela incorporação do novo hábito pode ser também um benefício, mas que não apareceu espontaneamente nas narrativas dos participantes. Há que se tomar cuidado com este resultado, pois a renda de que

dispunham a maioria deles permitia com que consumissem alimentos que não constam da cesta básica, como frios, por exemplo. De fato, a redução desse “luxo”, para a maioria dos brasileiros, pode possibilitar economia no supermercado. Mas para as pessoas que tem renda inferior e que dependem da cesta, a nova alimentação pode indicar aumento das despesas, pela incorporação de itens não presentes no cardápio, como frutas, verduras, legumes, laticínios desnatados, etc.

Uma outra expectativa que se tinha era o incentivo da troca de experiências, da qual foi porta-voz a única paciente que desistiu do grupo. Como vimos, esta troca foi favorecida em alguns momentos, o que conquistou outras pessoas uma vez que foi uma das atividades referidas, durante as entrevistas finais, como das mais interessantes que ocorreram no processo de grupo. De fato, pudemos observar nas falas e na descrição do perfil dos participantes que grupos como estes incorporam participantes com uma diversidade grande de experiências de vida, profissões, e recursos para lidar com dificuldades. Essa diversidade e criatividade na vida cotidiana devem ser valorizadas e incorporadas como recursos importantes no processo de grupo.

Confirmamos, portanto, as reflexões de Kegler et al (2002) mencionadas na introdução deste trabalho, que indicam que os profissionais utilizam conhecimentos derivados de teorias e que são associados à sua experiência clínica - esta geralmente muito diferente da experiência no CPS para a maior parte dos profissionais - para montar seus programas de intervenção. Os autores do modelo Transteórico assumem que esses dois elementos são sua fonte de inspiração.

Se o que é efetivamente realizado difere do que é programado no papel, a interpretação e a formação teórica de quem coordena as atividades exercem uma influência direta na execução do programa. Dois caminhos podem resultar dessa observação. De um lado, aprimorar a reflexão permanente a partir da atividade prática inspirada por estas teorias, como parte de um programa de formação permanente para atuar segundo os modelos propostos, reflexão especialmente adequada aos objetivos de um Centro com fins acadêmicos como este. De outro, observar e analisar criticamente *porque* o modelo não consegue se realizar tal como planejado na prática cotidiana do serviço.

Se tomarmos a literatura sobre vulnerabilidade ao adoecimento (Ayres e cols, 1999; Ayres, 2003), uma das referências que subsidiam nosso olhar crítico para o processo de grupo, poderíamos afirmar que a forma como o programa se organiza para lidar com a

vulnerabilidade social e individual de seus usuários, um indicador da dimensão programática da vulnerabilidade, precisaria ser ajustada para facilitar a permanência e o aproveitamento melhor dos usuários do serviço no programa.

Os ajustes ou inovações, além de contemplar o que já refletimos acima, podem ser inspirados pelos fatores associados à adesão. A participação do outro é um dos principais elementos percebidos nas falas dos participantes. Ela ocupa a função dupla de fonte de apoio e de facilitadora da auto-percepção, espelho que reforça as possibilidades de incorporação das recomendações, em casa ou no grupo do CPS.

Vimos, por exemplo, que LC resignificou sua auto-avaliação acerca de sua condição de saúde quando ficou diante de outros participantes que, apesar de mais novos, não se sentiam tão bem quanto ele. O apoio também aparece na medida em que o grupo passa a ser uma rede de socialização nova, em que novas amizades são feitas, e se tem contato com outros cenários culturais, hábitos, e maneiras de lidar com as situações.

Crossley (2000) e Prillestensky e Prillestensky (2003) observam que as abordagens individuais e as melhores seleções de estratégias cognitivas e comportamentais não são suficientes para promover um bom apoio no campo do manejo dos “comportamentos não saudáveis”. Os últimos (op. cit. 2003) ainda sustentam que, se os programas não olharem para a dimensão social do problema e continuarem a focar somente os indivíduos, eles serão incapazes de reduzir a incidência de casos.

Uma vez que os modelos que orientam a prática são orientados para o indivíduo, considerando pouco as questões contextuais e psicossociais que constroem e dão sentido ao comportamento, acaba-se propondo atividades muitas vezes difíceis de serem realizadas no contexto sócio-cultural dos frequentadores do serviço. Por exemplo, a TCC sugere que o paciente faça tarefas em casa, como diários de pensamento, comportamento e afetos. Os motivos alegados pelos pacientes do CPS para não fazer a tarefa vão desde a falta de tempo até a dificuldade com a compreensão da atividade e com a escrita. Já o MT, quando trabalha o incremento da auto-eficácia e a superação das tentações, não oferece uma forma consistente de contextualização das dificuldades enfrentadas, o que faz parecer para alguns profissionais que o paciente não segue certa orientação por falta de compreensão ou de fé, talvez, nos benefícios prováveis.

Seria interessante também investigar a religiosidade das pessoas, como elas a vivenciam, e comparar essa dimensão da vida entre os que aderem e os que não-aderem a um

grupo como esse. O grupo estudado incluía muitas pessoas que consideram a fé religiosa algo bastante relevante na vida. Como traduziriam a idéia de “força moral”, a força de vontade e determinação, que aparecem como elementos fundamentais para o alcance de seus objetivos na fala da coordenação? O discurso do profissional de saúde que apela ao sacrifício calaria de que forma em pessoas que declaram menor religiosidade ou significam “força moral” de outra maneira? Como fariam o debate sobre as tentações, sobre as manifestações de impedimentos ou as dificuldades acerca das orientações?

Esse tipo de abordagem baseada na crença e força de vontade, descontextualizada, pode também devolver para o indivíduo de forma pouco produtiva o “fracasso” de suas tentativas. A mensagem é: você sucumbiu às tentações por falta de determinação! Como já se discutiu no caso da infecção pelo HIV e do adoecimento de aids, a pessoa que vive em contextos vulneráveis (em ambientes onde as crenças do grupo estão na contra-mão das recomendações propostas para a promoção da saúde, ou contextos de pobreza e desemprego, de baixa escolaridade, de alta desigualdade de gênero, de exclusão dos serviços, de racismo, entre outros males sociais) é acusada de algo que não produz individualmente, a vítima vira culpada (Paiva 2000, 2002).

Mais do que, então, acusar o “contexto” e se sentir impotente seria importante superar a definição dos participantes dos grupos de prevenção ou de adesão como “consumidores” inadequados (ou adequados) de serviços e comportamentos pré-definidos, como sugere Paiva (2002), que sofrem de algum “déficit” (de informação, de decisão, de motivação, de força de vontade). Melhor pensá-los como co-participantes, colaboradores e, necessariamente, inovadores das propostas feitas por quem coordena as iniciativas de promoção de saúde. Criar oportunidades para os participantes produzirem a partir de seu contexto e recursos pessoais a solução impossível de ser antecipada por um profissional de classe média que teve poucas oportunidades de conhecer o mundo cotidiano de outros grupos, classes e mundos de crenças e hábitos distantes do seu. O uso do recurso da cena, como vimos através das entrevistas e grupos focais, permite compartilhar codificar e de-codificar o contexto e também como o indivíduo lida com o contexto, incluindo outros significativos sempre participantes de toda cena cotidiana, presencialmente ou não. Para essa atitude e interação colaborativa é, entretanto, necessário entender o desafio da promoção da saúde como um desafio emancipador, tanto no plano pessoal (subjetivo) como coletivo (pelo menos sócio-cultural), portanto no plano psicossocial (Paiva, 2002). Não como “tarefa modeladora”, “modificadora”

de comportamentos descontextualizados, como a maior parte dos modelos tradicionais da literatura de promoção da saúde compreende sua tarefa.

A proposta de utilização da cena como recurso metodológico do aconselhamento pode favorecer que muitos, senão todos, processos de mudança propostos pelo MT sejam estimulados e ampliados. O processo de conscientização, por exemplo, descrito por Prochaska et al (2002) envolve o aumento da consciência de causas, conseqüências e curas para um dado problema de saúde, o que segundo eles sensibilizaria o indivíduo para tomadas de decisões. Já a conscientização facilitada pelo processo de codificação e de-codificação dos contextos promovidos pela descrição na forma de cenas promove a percepção ou a consciência mais abrangente e condizente com o que pertence aos limites individuais, culturais, sociais, programáticos e estruturais que permeiam uma mudança de comportamento.

A dinâmica interativa que qualificou o tom dos diálogos promovidos durante o processo de grupo poderia ser substituída pelo co-constutivo. Esta inversão promove a valorização do saber dos participantes, torna-os sujeitos de seus projetos, permite solidarizar-se com o outro, além de humanizar o técnico, não exigindo dele soluções mágicas, que são pouco úteis para uma mudança emancipada. A humanização, de técnicos e participantes, propostas aqui, pode ser definida segundo Deslandes (2004) como a possibilidade de reconhecimento dos outros dos sofrimentos, da dor e do prazer dos sujeitos, uma vez que “as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com seus semelhantes (Betts, 2003, apud. Deslandes, 2004).

Estas idéias centrais podem resultar em propostas concretas e inovação para o programa realizado pelo CPS, como o que segue nas conclusões.

7 Conclusão

A Carta de Ottawa (1986) retoma sinteticamente cinco níveis de atuação das práticas de promoção da saúde. O campo de atuação Centro de Promoção da Saúde focalizaria dois de seus objetivos: o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde. A partir deste foco é que conduzimos a discussão deste estudo e indicamos as sugestões para a sua renovação.

O CPS fez um movimento relevante, dada a inovação, a ousadia e a visibilidade que um programa como este possa ter diante de instituições do mesmo porte dentro do nosso país. Suas principais ações refletem uma tentativa de reestruturação do serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas, visando especialmente à capacitação de profissionais para serem promotores da saúde, especialmente médicos em graduação e residência.

A idéia central deste espaço de treinamento é a de que estudantes e profissionais possam atuar não apenas visando práticas curativas, mas onde quer que eles trabalhem, sejam capazes de cuidar, de “ver o doente” como uma pessoa. Olhar a pessoa na perspectiva desse serviço significaria ampliar a postura prescritiva e investigativa que se limita ao órgão ou sistema doente, e propor-se a escutar, negociar e ampliar a compreensão do outro que busca ajuda, para adaptarem juntos conhecimentos, desejos e os limites da vida de cada um.

Para finalizar este trabalho gostaríamos de partir da análise crítica proposta acima para fazer sugestões que poderão servir tanto para estruturar programas afins como para auxiliar na capacitação de promotores da saúde em contextos hospitalares. Inspirados pela perspectiva da análise da vulnerabilidade social, individual e programática, e auxiliados pelos recursos de um estudo qualitativo, que utilizou o recurso da cena, esperamos ter apresentado narrativas que nos permitiram enxergar a forma como socialmente se experimenta o adoecimento, ou a limitação, ampliando-a para além da doença, como propõem Ayres e col. (1999). As sugestões a seguir pretendem inovar as estratégias para que sejam mais abertas à dinâmica das experiências sociais do adoecer e de reagir a essa condição.

Ressaltamos que estas idéias não anulam o valor dos procedimentos propostos pelos modelos inspiradores do programa oferecido pelo CPS, pois, como observamos, embora eles

não tenham sido realizados de forma mais estruturada pela coordenadora do grupo, aparecem espontaneamente nas falas das pessoas. O que queremos marcar é que, em primeiro lugar, o profissional envolvido na promoção da saúde trabalhando com aconselhamento precisa estar mais consciente do que está fazendo, isto é, firmar-se no marco teórico e técnico que orienta seu trabalho e não realizá-lo apenas “intuitivamente”. A intuição e a espontaneidade que caracteriza qualquer encontro intersubjetivo, ainda mais um dessa natureza – cuidar- são recursos indispensáveis. Fazer pensando e pensar fazendo seria a sugestão para a prática do cuidado. Somente a partir da consciência e da reflexão crítica constante é que se pode avaliar o programa, para então caminhar para o amadurecimento e melhora do apoio oferecido.

Durante a capacitação de profissionais que queiram trabalhar no espaço do CPS-HC é importante ressaltar que a postura de comprometimento com os objetivos acadêmicos e científicos desta instituição favorece a prática compartilhada e humanizada, mais do que quando o técnico se identifica com o significado de poder e prestígio, quase mágicos ou divinos, atribuídos ao HC e tão fortemente arraigados no imaginário das pessoas. Na primeira é possível ter uma posição crítica diante do que se faz, aberta às mudanças, enquanto que a segunda promove uma prática autoritária, bancária, como diria Paulo Freire (Freire, 1967) e ao mesmo tempo angustiante, pois o profissional se vê obrigado a “dar solução para tudo”. Ele próprio não pode se humanizar e à sua prática.

Para tanto é imprescindível que o serviço mantenha uma equipe própria, remunerada, capaz de estar num processo de educação continuada e amadurecer o que se oferece. Além disso, seria importante a criação de um espaço de troca e discussão das assistências que promove, como uma supervisão. Atualmente o CPS possui um momento de discussão de casos apenas para as consultas médicas, apesar de ter já incorporado aí a participação de profissionais não-médicos, o que é uma grande inovação para o que é mais comum neste tipo de espaço da instituição. Além disso, incorporar a participação de pacientes-voluntários engajados na proposta durante as supervisões poderia resultar em ganhos para os técnicos, assim como fortalecer a dimensão solidária e cidadã almejadas pelas inovações propostas.

Verificamos que a estimulação das respostas aos roteiros de entrevistas através da descrição detalhada das cenas demonstrou-se mais elucidativa dos elementos que compõe a adesão ou não às recomendações ou às sessões de grupo. Desta forma, sugerimos que este recurso seja mais utilizado, tanto para escutar os usuários e facilitar sua conscientização acerca de suas vulnerabilidades, como para promover o surgimento de soluções criativas e

compartilhadas. Abaixo exemplificaremos como instruções diretivas dadas pelo coordenador podem ser substituídas:

INSTRUÇÃO DIRETIVA	INSTRUÇÃO CÊNICA (QUE USA O RECURSO DA CENA)
<u>Instrução dada:</u> <i>Quem que daqui já começou a fazer a dieta certinho? Rigoroso...</i>	<u>Instrução alternativa:</u> Gostaria que cada um de vocês se lembrasse agora do momento, na semana passada, em que receberam a dieta. Lembraram? O que vocês pensaram? Agora vamos mais para frente no tempo um pouquinho, para o primeiro momento em que tentaram colocar pela primeira vez em prática a dieta. Chegaram? Descrevam para mim este momento, como se fosse uma cena de novela.

A instrução da esquerda indica uma conduta a partir do que é esperado pelo coordenador, além de sugerir um julgamento negativo para quem não foi “rigoroso”, ao passo que a da direita não dirige a resposta da pessoa e permite visualizar o que houve, não importando se foi um resultado satisfatório ou não em relação às expectativas que se tinha dele no grupo.

Esta postura pode favorecer o aparecimento das situações de vulnerabilidade, nos três planos, o que é desejável e importante para o processo do grupo. A proposta acima pode também ser utilizada na construção de soluções coletivas, como através da conduta sugerida abaixo:

SOLUCAO-BANCÁRIA	SOLUCAO-CONSTRUÍDA-HUMANIZADA
<u>Solução dada:</u> <i>Mas, mas é isso que eu quero que vocês vejam, o meu papel também aqui é às vezes mostrar um lado pra vocês que quando a gente ta envolto no problema é muito difícil mesmo, né? Às vezes uma pessoa de fora tem uma visão de fora realmente, é mais fácil pra quem ta de fora, às vezes pode ajudar mais. Então eu acho que não adianta a gente ficar falando: é difícil, é difícil, é difícil, é difícil mesmo.</i>	<u>Solução alternativa:</u> É verdade que em alguns momentos experimentamos dificuldades nas tentativas que fazemos de adotar um novo hábito. Todos nós vivenciamos isto. Nem sempre ela depende exclusivamente da nossa vontade. Vamos tentar entender juntos que coisas podem estar em jogo neste momento. Pensem por uns instantes em uma situação em que tiveram dificuldade de colocar a dieta em prática. Ou que tiveram dificuldade de vir até aqui na reunião. Pensaram? Alguém aqui pode nos contar em que situação foi?

	<p>Quando? Como? Onde? E com quem foi? <i>Após descrição:</i> Vocês percebem como existem outras coisas além da nossa vontade, da nossa opinião (<i>detalhamento a partir da cena</i>). <i>Após detalhamento e estimulando a construção compartilhada de soluções:</i> Vamos imaginar (<i>ou efetivamente encená-la</i>) a cena que foi descrita aqui. Se fosse uma cena da sua vida, como você acha que poderia fazer para facilitar com que ela tivesse um final mais feliz?</p>
--	--

Desta forma é possível sair da posição em que o profissional é responsável sozinho por ajudar a modificar as visões que se tem acerca da mudança e, também, pelas soluções mágicas que ele vai oferecer. Na instrução e manejos alternativos humanizamos a experiência, compartilhando do sentimento de que o processo é muitas vezes duro para todos, e de que nem sempre depende exclusivamente da nossa força de vontade, e que cada um pode dar a sua contribuição para ajudar a encontrar um meio de facilitar o processo.

Neste processo de construção é também relevante tratar da dimensão do prazer e do bem viver não contemplados no discurso do sacrifício e da força de vontade. Hábitos não saudáveis, como comer inadequadamente, são bastante prazerosos para as pessoas e se a nova proposta não discutir formas de torná-la também agradável, isto pode desestimular sua prática. Foi o que pudemos aprender com a promoção da saúde integrante da resposta brasileira à aids, das experiências de prevenção da aids, onde substituímos o “ a aids vai te pegar se você não se cuidar” pelas abordagens de redução de danos, sexo mais seguro e “viver com HIV”, viva a vida!

A elaboração da dieta também deve contemplar esta dimensão, além de ser menos prescritiva e mais co-construída, dentro do possível. No processo de grupo que apresentamos, as dietas estão pré-prontas, havendo somente uma necessidade de adequação ao tipo de morbidade apresentado por cada participante, bem como um ajuste de quantidade calórica permitida para a ingestão diária. Assim dados sobre gostos, hábitos e acesso aos alimentos prescritos, por exemplo, não são incorporados imediatamente quando se elabora a proposta alimentar. A possibilidade de inovar receitas também não.

A agenda de temas informativos acerca da nutrição e da dieta discutidos durante as sessões também poderia ser definida a partir de um diálogo promovido na primeira semana com coordenadores e pacientes em conjunto.

Desta forma, tanto a dieta quanto as orientações relevantes para sua execução, embora pautadas em dados científicos sobre nutrição, poderiam estar mais próximas dos interesses e possibilidades dos participantes.

Refinar a escuta para outros benefícios esperados do processo que não sejam os relativos à saúde mostra-se também relevante. Isto significa olhar para as questões de gênero, ser mulher ou homem, e dos momentos de vida que aparecem especialmente quando estimulados pela descrição detalhada das cenas. A comunicação poderia ser melhorada através deste recurso, pois se o coordenador estimula apenas ou mais fortemente o que cada um ganharia em saúde com a mudança de hábito, não há encontro com os diversos projetos de vida que se encontram num processo desta natureza.

Outro ponto importante a ser destacado como sugestão para futuros processos é a utilização do momento da balança, *da cena da balança*, ou de qualquer outro procedimento que avalie o desempenho da pessoa. A incorporação das falas e sentimentos despertados por esta avaliação deve ser realizada durante a sessão, facilitando a percepção de contextos pessoais e coletivos, humanizando as conquistas e as impossibilidades, pois se torna um recurso a mais para a troca de experiências entre todos e propõe outra interação alternativa para as que se sustentam no professor-que-dá-bronca e aluno-que-se-culpa, ou ainda no professor-que-elogia e aluno-que-fica-feliz. A dimensão solidária deve ser sempre estimulada em processos de grupo que tem como horizonte a emancipação psicossocial.

Assim, as iniciativas de estimulação da interação solidária-cidadã podem ser mais bem exploradas produzindo recursos humanos e técnicos capazes de retro-alimentar este apoio e valorizar o aprendizado de cada participante como, por exemplo, através de ações concretas de:

- formação de multiplicadores, isto é, capacitar os participantes que estejam engajados no processo para que possam servir de referência para outros que freqüentem o CPS e estimular iniciativas de participação em suas comunidades;
- elaboração de uma cartilha de dicas e receitas produzidas a cada processo de grupo por seus participantes com a ajuda da coordenação e distribuída ao final do processo;
- incorporação de uma sessão com periodicidade mensal em que fossem convidados um familiar ou uma pessoa que se tornou significativa durante o processo de grupo para cada participante, com o objetivo de trocar as repercussões externas ao mesmo, bem como valorizar o apoio recebido.

O ambiente em que se realizam as sessões deve ser uma sala com versatilidade suficiente para facilitar dinâmicas diversificadas, como a encenação das situações descritas em propostas de estimulação do pensamento e diálogos cênicos, ou a discussão em subgrupos etc. São desejáveis, então, uma sala grande com cadeiras móveis, de preferência confortáveis, lousa ou outra forma de facilitar a comunicação sobre as informações, desde que elas se adequem às condições físicas e de escolaridade dos participantes.

A coordenação deve ser realizada preferencialmente por dois profissionais treinados para que não haja sobrecarga de tarefas administrativas sobre um deles, comprometendo o bom andamento das sessões. Eles devem dividir seus afazeres de tal forma que durante a sessão possam estar inteiramente a serviço do cuidado.

O contato telefônico periódico, ou mesmo por correio, com os pacientes pode também ser um bom recurso deste cuidado, pois demonstra o interesse do serviço por eles e encoraja ou auxilia as pessoas que estejam em vias de desistir de comparecer.

Outras pesquisas devem avaliar as inovações sugeridas acima em contraposição aos modelos vigentes no campo através de ensaios clínicos de diferentes tipos de processos de grupo. Este tipo de desenho de estudo pode fortalecer os argumentos que facilitem a incorporação destas inovações no programa já que a linguagem valorizada e compartilhada pela instituição é a da medicina baseada em evidências.

Além disso, é importante também repensar a duração do processo mais adequada a este tipo de questão já que há a queixa dos participantes de que o número de sessões é muito reduzido e verifica-se a freqüente necessidade dos participantes em repetir o processo. Uma sessão de grupo tem duração de duas horas, aproximadamente, e a grande queixa de profissionais que fazem aconselhamento individualmente, em consultas médicas, é a de que o pouco tempo é insuficiente para modificar o tipo de interação que é realizada. Prillestensky e Prillestensky (2003) relatam estudos em que foi possível verificar quantitativamente que médicos em média interrompem os pacientes depois de 18 segundos de fala e que estes usualmente são desencorajados a fazer questionamentos. No consenso de 2001 (Brasil, 2001) sobre a abordagem do fumante há a indicação da relação entre tempo de aconselhamento e superação da abstinência provocada pela cessação do tabagismo. Sugere-se que quanto maior o tempo da abordagem, maior a abstinência. No entanto se o aconselhamento somar um tempo superior a 90 minutos, poucos são os benefícios em relação aos tempos menores.

Desta forma, sugerimos pesquisas que repensem a prática do aconselhamento neste *setting*, incorporando as sugestões feitas.

A relação da religiosidade com o processo de mudança promovido é um outro tema relevante de pesquisa que poderia elucidar porque o discurso moral favoreceria a adesão de alguns pacientes. Sabemos o quanto a “fé”, o “compartilhamento” e a “força moral” aparecem como recurso nos grupos de apoio ao emagrecimento (Vigilantes do Peso), ou nos grupos dedicados a ajudar as pessoas a vencer o uso abusivo de drogas e álcool (como Alcoólicos Anônimos).

Sugerimos, ainda, estudos que permitam melhor compreensão do que representa oferecer serviços de promoção da saúde em um hospital de alta especialização e tecnologia e que interferências este espaço produz na dinâmica do apoio proposto. Outra área de investigação interessante seria a articulação com outros espaços de assistência, ensino e pesquisa ligados ao complexo HC/FMUSP, como o Ambulatório Geral Didático (AGD), o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (CSE Butantã) e a experiência docente assistencial com o Programa de Saúde da Família do Distrito do Butantã.

Finalmente, gostaríamos de destacar que a metodologia qualitativa escolhida para desenhar este estudo pôde tornar público um fazer que fica invisível aos leitores da produção científica do campo. Os artigos e livros técnicos sobre o tema (Glanz et al, 2002), em geral, só nos trazem conceitos e resultados traduzidos em números ou indicadores que pouco esclarecem os aspectos dinâmicos do processo como um todo. A análise e a reflexão sobre dados mais “vivos” do campo de trabalho podem iluminar caminhos inovadores e pertinentes ao nosso modo de ser e cuidar.

Esperamos que este trabalho inspire outros brasileiros a inventar, ou reinventar, como tantos fizeram no caso da reconhecida resposta brasileira a epidemia do HIV/aids, modelos teóricos e tecnologias nacionais, sem precisar necessariamente importa-los do exterior.

8 Referências Bibliográficas

- AGGLETON, P. Monitoramento e avaliação de educação em saúde e promoção da saúde voltadas para o HIV/AIDS. In: Czeresnia, D., Santos, E.M. Barbosa, R.H.S., Monteiro, S. AIDS pesquisa social e educação. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.
- ALBRIGHT, C.L.; COHEN, S.; GIBBONS, L.; MILLER, S.; MARCUS, B.; SALLIS, J.; IMAI, K.; JERNICK, J.; SIMONS-MORTON, D.G. Incorporating physical activity advice into primary care: physician delivered advice within the active counseling trial. Am J Prev Med, 18(3), 225-234, 2000.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIO, R.I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de Aids. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (org.) Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999, p. 49 -72.
- AYRES, J.R.C.M. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges, Interface _ Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.11-24, 2002. Disponível em <<http://www.scielo>>. Acesso em 30 mai. 2005.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA, J.R.I.; CALAZANS, G.; FILHO, H.S.; AYRES, J.R.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novos desafios e perspectivas. In: Czeresnia, D., Machado de Freitas, C. Promoção de saúde – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- AYRES, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol 5 (supl. 1), novembro de 2002.
- AYRES, J.R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 9 (3) :583-592. 2004
- BECK, A.T.; RUSH, J.A.; SHAW, B.F.; EMERY, G. Terapia Cognitiva da Depressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BECK, J. S. Terapia Cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

- BEUTLER, L.E.; SCOGIN, F.; KIRKISH, P.; SCHRETLEN, D.; CORBISHLEY, A.; HAMBLIN, D.; MEREDITH, K.; POTTER, R.; BAMFORD, C.R.; LEVENSON, A. Group cognitive therapy and alprazolam in treatment of depression in older adults. J Cons CI Psychology. Vol 55 (4) p550-556, 1987.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38p
- BUCHALA, C. M.; PAIVA, V. Comentário: da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. Revista de Saúde Pública. São Paulo: v.36, n.4 supl, p.117 - 119, 2002.
- BULL, F.C.; JAMROZIK, K.; BLANKSBY, B.A. Tailored Advice on Exercise- Does it make a difference? Am J Prev Med, 16(3), 1999.
- I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, Canadá. Carta de Ottawa.
- CATANIA, J.A.; KEGELES, S.M.; COATES, T.J. Towards an understanding of risk behavior: na AIDS Risk Reduction Model (ARRM). Health Educ Q 1990;17:53-72.
- CTF. Canadian Task Force. Counseling for Risky Health Habits: a conceptual framework for primary care practitioners. Technical Report, Nov, 2001. Disponível em <<http://www.ctfphc.org>>. Acesso em 30 mai. 2005.
- CONTENTO, I.R.; RANDELL, J.S.; BASH, C.E. Review and Analysis of Evaluation measures used in nutrition education intervention research. Society for Nutrition Education, 2002.
- CROSSLEY, MICHELE, L. Rethinking psychological approaches to health promotion. In: Crossley, Michele, L. Rethinking Health Psychology. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2000. p. 36 -62.
- DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva 9(1):7-14, 2004..

- EDEN, K.B.; ORLEANS, T.; MULROW, C.D.; PENDER, N.J.; TEUTSH, S.M. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of evidence. Ann Intern Med, 137 (3), 208-215, 2002.
- FERREIRA JÚNIOR, M.; MARTINS, M.A. Centro de Promoção da Saúde: um novo conceito de ensino, pesquisa e prestação de serviços preventivos de saúde na clínica geral. Revista de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, ano 1 (4), p. 49-51, 2000.
- FOTHERINGHAM, M.J.; OWEN, N. Applying psychological theories to promote healthy Lifestyles. In: RIPPE, J.M.(Ed.) Lifestyle Medicine. Massachusetts: Blackwell Science, 1999.
- FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. Rio e Janeiro: Paz e Terra, 1967.
- GAGNON, PARKER, YANEE, WEEKS. Culture, Society and Sexuality. NY: UCL Press, 1999.
- GLANZ, K. et al (eds). Health Behavior an Health Education: Theory, Research and Practice. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.
- HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.M.; KIRK, J.; CLARK, D.M.(org.). Desenvolvimento e princípios das abordagens cognitivo-comportamentais. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.M.; KIRK, J.; CLARK, D.M.(org): Terapia Cognitivo-Comportamental para problemas psiquiátricos. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- BRASIL. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Ajudando seu paciente a parar de fumar. Sem data.
- ISO-AHOLA, S.E.; CLAIR, B. Toward a theory of exercise motivation. Quest 52, p.131-147, 2000.
- JANZ, N.K.; CHAMPION, V.L.; STRECHER, V.J.; The health belief model. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; LEWIS, F.M. (eds). Health Behavior and Health Education: theory, research and practice. 3rd ed. San Francisco: Jossey –Bass, 2002.
- KEGLER, M.C.; CROSBY, R.A.; DICLEMENTE, R.J. Reflections on Emerging Theories in Health Promotion. In: CROSBY, R.A.; KEGLER, M.C. (eds). Emerging Theories in

Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.

KERBAUY, R. R. O comportamento e saúde: doenças e desafios. In: Psicologia USP, vol.13 (1), 2002.

MERCER, S.L.; GREEN, L.W.; ROSENTHAL, A.C.; HUSTEN, C.G.; KHAN, L.K.; DIETZ, W.H. Possible Lessons from tobacco experience for obesity control. Am. J Cl Nutr 77 (suppl), 2003.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo e Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MIYAZAKI, M.C.O.S.; DOMINGOS, N.A.M.; VALERIO; N.I.; SANTOS, A.R.R.; ROSA, L.T.B. Psicologia da Saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. Psicologia USP, vol. 13(1), 2002.

MONTAÑO, D.E.; KASPRZYK, D. The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; LEWIS, F.M. (eds). Health Behavior and Health Education: theory, research and practice. 3rd ed. San Francisco: Jossey –Bass, 2002.

NEMES, M.I.B..(pesq. principal) Adesão ao tratamento por anti-retrovirais em serviço públicos no estado de São Paulo. Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de saúde, Coordenação de DST/Aids, Brasília, 2000.

NORRIS, S.L.; GROTHAUS, L.C.; BUCHNER, D.M.; PRATT, M. Effectiveness of physician-based assessment and counseling for exercise in a staff model HMO. Preventive Medicine, 30, 513-523 (2000).

NÚCLEO DE EXERCÍCIO E SAÚDE. FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA. Aconselhamento para a Actividade Física. Pace: Provider Assessment and Counseling for Exercise. Center for Disease Control and Prevention.. Câmara Municipal de Oierias, sem data.

NÚCLEO DE EXERCÍCIO E SAÚDE. FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA. Aconselhamento para a Nutrição. Pace: Provider Assessment and Counseling for Exercise. Center for Disease Control and Prevention. Câmara Municipal de Oierias, sem data.

- PAIVA, V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (org.) Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Ed.34, 1999. p. 249-269.
- PAIVA, V.; LEME, B.; NIGRO, R. Lidando com a adesão: a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In: Tá difícil de engolir. São Paulo: Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS, Centro de Referência e Treinamento em DST-AIDS, 2000. p. 7-26.
- PAIVA, V. Fazendo Arte com a camisinha: sexualidades jovens em tempos de Aids. Summus editorial, São Paulo, 2000.
- PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. Interface- Comunic, Saúde, Educ, v6, n11, p25-38, ago 2002.
- PAIVA, V. Analysing sexual experiences through sexual scenes: a framework for sexuality education and evaluation. Sex Education, London, Taylor and Francis. No prelo.
- PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALA, C. M.; HEARST, N. Building partnerships to respond to HIV/AIDS: non-governmental organizations and universities. Aids - An International Monthly Journal. , v.16, n.dezembro, 2002a.
- PRILLELTENSKY, I.; PRILLELTENSKY, Y.O. Towards a Critical Health Psychology Practice. Journal of Health Psychology, vol 8(2), 197-210, 2003.
- PROCHASKA, J.O.; REDDING, C. A.; EVERS, K.E. The transtheoretical model and stages of change. In: GLANZ, K. et al (eds). Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.
- PROCHASKA, J.O.; VELICER, W.F. The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion, 12 (1), 38-48, 1997.
- SANTOS, A.O.; PAIVA, V. Consumo e uso abusivo de álcool e drogas em comunidades anfitriãs do ecoturismo da região do Vale do Ribeira, Brasil. Artigo em fase de revisão de pares.
- TUNALA, L. G.; PAIVA, V.; SANTOS, N.; FELIPE, E. V.; SANTOS, T. Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de

saúde. In: Tá difícil de engulir? Sao Paulo : CRT DST/AIDS E NEPAIDS, 2000. p. 83-114.

UNAIDS. Sexual Behaviour Change for HIV: Where Have Theories Taken Us? Geneva: Joint United Nations Programme on AIDS, 1999.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE UPDATE. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd Ed. WASHINGTON, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996. Disponível em <[http:// www.ahcpr.gov/clinic](http://www.ahcpr.gov/clinic)>. Acesso em 30/05/2005

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE UPDATE. Counseling: Physical Activity. Release 2002. Disponível em <[http:// www.ahcpr.gov/clinic](http://www.ahcpr.gov/clinic)>. Acesso em 30/05/2005

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE UPDATE. Counseling to Promote Healthy Diet in Adults. 2003. Disponível em <[http:// www.ahcpr.gov/clinic](http://www.ahcpr.gov/clinic)>. Acesso em 30/05/2005>

VICTORIA, C.G. et al. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WEINBERG R.S.; GOULD, D. Comportamento e adesão ao exercício. Sem data.

YAMAMOTO, O.H.; TRINDADE L.C.B.O; OLIVEIRA, I.F. O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. Psicologia USP, vol 13(1), 2002.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO INICIAL

QUESTIONÁRIO INICIAL	
Código do entrevistado: _____	data da entrevista: _____
Entrevistador: _____	local da entrevista: _____
Grupo do entrevistado: _____	Duração: _____

DEMOGRÁFICOS

1- Idade: _____ Data de nascimento: ___/___/___
2- Sexo: () 1-Fem. () 2-Masc.

ORIGEM

3- Origem:

	Cidade e estado
a- você nasceu onde?	
b- seu pai nasceu onde?	
c- sua mãe nasceu onde?	

4 - Você mora na cidade de São Paulo? () sim () não
5 - Se não, onde mora? _____ (cidade)
6 - Há quanto tempo reside nesta cidade? _____

RESIDÊNCIA

7 - Em que bairro você mora? _____
8 - Você mora numa:
() 1- casa () 2- apartamento () 3- barraco () 4-quarto
() 5- residência de parentes/amigos () 88- outro _____
9- Sua residência é:
() 1- própria () alugada () 88- outro _____
10- Quantos cômodos têm sua casa? (contar: dormitório, sala, cozinha, banheiro) _____ cômodos.

RELIGIÃO

11- Qual sua religião?
() 1- Católico ou () 51- recém-convertido () 7- não tenho religião
() 2- Espírita ou () 52- recém-convertido () 88 - outro _____
() 3- Evangélica/crente/protestante ou () 53-recém-convertido () 58 recém-convertido ao outro
() 4- Umbanda/candomblé ou () 54-recém-convertido () 77 - não quis responder
12- Qual a importância da religião na sua vida?
() 1- muito importante () 2 - importante () 3- pouco importante () 4- nada importante
() 999 - não se aplica

Comentários _____

COR/RAÇA

13- Como você definiria sua cor/raça? (Ler as alternativas)

- () 1- Branca () 2- Preta () 3- Parda () 4- Amarela

EDUCAÇÃO/ PROFISSÃO/RENDA/DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

14 - Até que série você estudou? _____

- () 1 não sabe ler nem escrever () 9- completou a 8ª. série
() 2 sabe ler e escrever sem ter ido a escola () 10- não completou o 3º. colegial
() 3- não completou a 4ª série () 11- completou o 3º. colegial
() 4- completou a 4ª. série () 12 - universidade incompleto
() 5- não completou a 8ª série () 13- universidade completo
() 77- não quis responder

15. Atualmente você está empregada?

- () 1- sim/emprego () 2- sim/bico () 3-não/desempregada () 4- não/aposentada
() 5- nunca trabalhei () 6 - estudante () 88 - outro _____

16- Qual é a atividade/ emprego atual? _____

17- O que você já fez? _____

18- Quanto você ganha por mês? _____ (em Reais)

- () 99 - não sabe () 77- não quis responder () 999- não tem renda

19 - No último mês quanto somou a renda de todos que ganham dinheiro em sua casa, incluindo você? _____ (em Reais)

- () 99 - não sabe () 77- não quis responder () 999- não tem renda

20 - Quantas pessoas vivem com esta renda, incluindo você? _____ pessoas

21 - E quantas pessoas moram na mesma casa que você, incluindo você? _____ pessoas

FAMÍLIA

22- Você tem filhos? () 1-sim () 2- não

Idade dos filhos	Sexo (F/M)	Moram com você? (S/N)

23- De quantas pessoas você cuida, excluindo você (comida, roupa, limpeza, doença)? _____ pessoas

24- Alguém ajuda? () 1- sim Quem? () 2- não

25- Como você define seu estado conjugal?

- () 1- casado (a) () 2- mora junto () 3- namora ou caso fixo
() 4- vários parceiros (as) () 5- separado/divorciado (a) sem parceiro
() 6- viúvo (a) sem novo parceiro () 7- separado divorciado (a) com parceiro
() 8 - viúvo (a) com novo parceiro () 9 - solteiro (a) sem parceiro (a)

ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

26 - Você tem algum problema de saúde atualmente? () 1-sim () 2- não

27 - Qual (is)? _____ () 999 - não se aplica

28 - Qual o meio de transporte que você utiliza para vir ao serviço?

- (...) 1- carro (...) 2 - ônibus (...) 3- metrô (...) 4- ônibus e metrô (...) 88 outro : _____

29 - Quanto você gasta por dia para vir ao serviço/ grupo? _____ (em reais)

- (...) 999 - sou isento (a) de pagar condução

30- O que te trouxe a este serviço? Por que você veio procurá-lo?

31 - Você acha que irá ter alguma dificuldade de vir às reuniões do grupo de _____?

() 1-sim () 2- não

32- EM CASO AFIRMATIVO. Qual a maior de dificuldade que você pensa que terá para vir ao grupo todas as semanas?

EXPECTATIVAS E CRENÇAS EM RELAÇÃO AO SERVIÇO E À SAÚDE

(ENTREVISTADORA: Explorar as respostas dos participantes. Ao final de cada resposta pergunte: Algo mais?)

33- Desde que você chegou ao serviço (Centro de Promoção da Saúde), qual foi o teu caminho até você chegar ao grupo de _____?

34-Como você imagina que será o grupo de _____?

35-Qual o seu principal objetivo neste grupo? (se pretende ganhar ou perder peso, ou alguma outra finalidade)

36- E o que te levou a querer (falar o objetivo especificado acima)?

37- Você acha que conseguirá atingir o seu objetivo?

() 1-sim () 2- não

38- Por que?

AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS PARA VOCÊ E GOSTARIA QUE VOCÊ RESPONDESSE O QUE TE VIER À MENTE, POIS NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS PARA ELAS. CERTO?

39- Como você descreveria seu corpo hoje? (Diga-me o que você gosta e o que não gosta nele)

40- Você lembra de alguma cena/situação, a primeira que te vier à mente, em que seu corpo tenha tido um papel importante para você (tente pensar em uma cena/situação em que seu corpo tenha lhe facilitado ou dificultado uma determinada ação/realização ou que tenha lhe proporcionado alguma outra sensação tal como constrangimento, felicidade etc)

41- Como você gostaria que fosse seu corpo?

42- Imagine-se com este corpo que você acabou de descrever (tempo). Conte-me o que você imaginou (explorar a cena)?

43- Como você imagina que seu corpo estará ao final do grupo? (imagens, descrições do corpo daqui a 7 semanas)

44- E é assim que você gostaria que ele estivesse?

() 1-sim () 2- não

45 - Se não, o que mais precisaria acontecer para você atingir o que gostaria?

46 - O que é para você "ter saúde"?

47 - O que é para você "promoção da saúde"?

48 - O que é para você "check-up"?

49 - O que é para você "o hospital das clínicas"?

OBRIGADA!

ANEXO B – ROTEIRO DA ENTREVISTA FINAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA FINAL

Código do entrevistado: _____ data da entrevista: _____
(buscar o código no questionário inicial antes da entrevista)
Entrevistador: _____ local da entrevista: _____
Grupo do entrevistado: _____ Duração: _____

INSTRUÇÕES

Eu gostaria de fazer-lhe algumas perguntas relacionadas ao seu estilo de vida e ao trabalho que foi realizado no grupo de Eu poderia gravar a entrevista? (Se sim, pedir para o paciente assinar a autorização de gravação). Como havíamos combinado, a previsão de duração desta entrevista é de cerca de 1 hora. Vou pedir-lhe que seja o mais sincero (a) possível nas suas respostas, pois aqui não há resposta certa ou errada. O que realmente interessa é o que você pensa. Eu também vou anotar tudo o que você disser (caso o entrevistado não permita que a entrevista seja gravada)

PARA O ENTREVISTADOR:
PRESTE ATENÇÃO NAS SIGLAS ABAIXO.

NA= NÃO ADERENTES

T = TODOS (considerar as pessoas que vieram em pelo menos 2 sessões inteiras)

ESTIMULAR SEMPRE O DETALHAMENTO DAS CENAS, DOS PERSONAGENS, DOS SIGNIFICADOS, DOS LUGARES, DOS OBJETOS, DOS PERSONAGENS “FANTASMAS”

NA 1. De quantas reuniões de grupo você participou ao todo?

NA 2 –Sabemos que é difícil comparecer as reuniões de grupo. O que dificultou a você participar das reuniões?

NA 3- O que favoreceu a sua vinda no início?

(I) Individuais

T – 4. O que é para você “ter saúde”?

T – 5 O que é para você “promover a sua saúde”?

T – 6 O que é para você o Hospital das Clínicas?

T – 7 O que você aprendeu durante o grupo e que você julga terem sido as informações mais importantes para você e que te ajudaram durante a sua tentativa de? (estimular a descrição do máximo de informações).

T – 8. O que mais?

T - 9. O quanto dessas informações e recomendações você conseguiu por em prática?
(EM CASO NEGATIVO IR PARA A QUESTÃO 13)

T- 10. Você se lembra de um dia, uma situação em que você conseguiu colocar alguma dessas coisas que você aprendeu no grupo em prática? Conte-me como foi? Onde você estava? Com quem estava? Quando foi? O que você estava fazendo? O que estava sentindo? O que estava pensando?

T – 11. Como você fez para conseguir colocar em prática?

T – 12. O que te ajudou para que você pudesse colocá-los em prática?

T – 13. Alguém ajudou?

T – 14. Quais foram as principais dificuldades que você encontrou?

T – 15. Você se lembra de um dia, uma cena em que você estava numa situação muito “tentadora” e que você conseguiu resistir e permanecer firme com os seus propósitos de manter a proposta de (emagrecer, mudar alimentação/ fazer atividade física)? Conte-me como foi? Onde você estava? Com quem estava? Quando foi? O que você estava fazendo? O que estava sentindo? O que estava pensando?

T – 16. Você se lembra de um dia, uma situação em que você estava numa situação muito “tentadora” e que você NÃO conseguiu resistir e permanecer firme com os seus propósitos de manter a proposta de (emagrecer, mudar alimentação/ fazer atividade física)? Conte-me como foi? Onde você estava? Com quem estava? Quando foi? O que você estava fazendo? O que estava sentindo? O que estava pensando?

PARA QUEM RESPONDER QUE NÃO CONSEGUIU COLOCAR EM PRÁTICA:

Por que? O que poderia ter ajudado?

Você se lembra de um dia, uma situação em que você NÃO conseguiu colocar alguma dessas coisas que você aprendeu no grupo em prática? Conte-me como foi? Onde você estava? Com quem estava? Quando foi? O que você estava fazendo? O que estava sentindo? O que estava pensando?

(II) Sociais

T – 17. Como é o hábito de.....das pessoas que estão à sua volta (familiares, amigos, colegas de trabalho etc)?

Você se lembra de algum dia em você pode observar este hábito? Conte-me como foi? Onde você estava? Com quem estava? Quando foi? O que você estava fazendo? O que estava sentindo? O que estava pensando?

T – 18. E o hábito de _____ das pessoas que conviviam com você no passado, quando você era pequeno? Você se lembra de alguma situação? Conte-me como foi? Onde você estava? Com quem estava? Quando foi? O que você estava fazendo? O que estava sentindo? O que estava pensando?

T – 19. O que eles valorizam na

T – 20. Você acha que eles influenciam na

PARA QUEM RESPONDER QUE NÃO HÁ INFLUÊNCIA, PULE PARA A QUESTÃO 24

T – 21. Como você acha que eles influenciam?

T – 22. Quem principalmente?

T – 23. Muito ou pouco?

T – 24. Você tem alguma crença religiosa?

T – 25. Você acha que ela influencia no seu hábito de

(EM CASO NEGATIVO PULE PARA A QUESTÃO 27)

T – 26. De que forma?

T – 27. Conte-me um dia típico da sua rotina (a partir daí explorar o hábito de interesse, como em que contextos aparecem)

T – 28. O novo hábito que você está tentando adquirir mudou alguma coisa no seu orçamento?

T – 29. E isso pesa no seu orçamento?

T – 30. Você teve que alterar algum gasto seu para conseguir colocar em prática o novo hábito? **(EM CASO NEGATIVO IR PARA A QUESTÃO 32)**

T – 31. Conte-me quais foram as alterações?

T – 32. Que vantagens você vê no hábito de...?

T – 33. Que desvantagens você vê no hábito de...?

T – 34. Durante este período o que você fez para mudar o hábito que não deu certo? Porque?

T – 35. Durante este período o que você fez para mudar o hábito que deu certo? Porque?

T – 36. Em que outros lugares/serviços/meios de comunicação você pôde obter mais informações ou auxílios que te ajudassem a

T- 37. No que eles ajudaram/riam especificamente?

(III) Programáticos

T – 38. Em que você acha que o grupo mais te ajudou no seu processo de

Vamos voltar lá para um dia em que você veio ao grupo, ok? Como é este dia (explorar)? Aí você chegou no grupo, sentou. E então o que você vê? O que está pensando? O que está sentindo? Que coisas você gosta no grupo?

T – 39. Em que ele não ajudou?

Agora vamos colocar todas essas coisas boas que você disse que acontecem no grupo e no dia que você vem ao grupo aqui ao lado. E vamos voltar lá para um dia em que você veio ao grupo, ok? Quais são as coisas chatas neste dia (puxar de algo que já tenha sido dito)? E no grupo, que coisas você não gosta muito?

T – 40. Pense por alguns instantes e diga-me o que representa para você participar do grupo de..... no Hospital das Clínicas?

T – 41. Sobre o grupo o que você achou ...

(EXPLORAR E FICAR ATENTA A RESPOSTAS DO TIPO: BOM, LEGAL):

- das informações que foram dadas no grupo?
- da forma como as informações foram passadas?
- da troca de experiências entre você e demais participantes
- da troca de experiências entre você e coordenadores?
- das tarefas propostas para casa como preenchimento de questionários, diários etc?
- quais você acha que mais ajudaram?
- quais você acha que não ajudaram?
- quais você acha que atrapalharam?
- do relaxamento?
- da duração do grupo?
- do horário do grupo?
- da maneira como o coordenador conduziu o grupo?

T – 42. Conte-me cenas do seu cotidiano em que se lembrou do grupo?

Você se lembra de alguma situação do seu cotidiano em que você se lembrou do grupo? Conte-me como foi? Onde você estava? Com quem estava? Quando foi? O que você estava fazendo? O que estava sentindo? O que estava pensando?

T – 43. Você teria alguma sugestão para melhorar o grupo de

T – 44. Você teria alguma sugestão para melhorar o serviço de uma maneira geral (desde a palestra, as consultas até o grupo)?

OBRIGADA!

ANEXO C – CONSENTIMENTO

ANEXO D – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)