

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

TATIANE MITLETON BORGES RAMOS

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO EM UM GRUPO DE
ASSISTÊNCIA A PORTADORES DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES**

**RIBEIRÃO PRETO
2010**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

TATIANE MITLETON BORGES RAMOS

**Acolhimento e Vínculo em um Grupo de Assistência a
Portadores de Transtornos Alimentares**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica
Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientador: **Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão**

**RIBEIRÃO PRETO
2010**

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Ramos, Tatiane Mitleton Borges

Acolhimento e Vínculo em um Grupo de Assistência a Portadores de Transtornos Alimentares. Ribeirão Preto, 2010.

228f. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Pedrão, Luiz Jorge.

1. Acolhimento. 2. Vínculo. 3. Transtornos da Alimentação 4. Assistência à Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tatiane Mitleton Borges Ramos

Acolhimento e Vínculo em um Grupo de Assistência a Portadores de Transtornos Alimentares.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____.

Julgamento: _____ Assinatura: _____.

Prof. Dr. _____ Instituição: _____.

Julgamento: _____ Assinatura: _____.

Prof. Dr. _____ Instituição: _____.

Julgamento: _____ Assinatura: _____.

À minha irmã,
que tal como
Fênix, ressurgue e
recria-se a cada
sol, reinventando
belos e amplos
caminhos a
percorrer.

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão**, que me acolheu, acreditou em meu projeto, e ensinou-me a buscar o humano no cuidado de cada paciente.

Ao **Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos**, que foi o responsável por me abrir as portas da carreira acadêmica, sempre me mostrando possibilidades e caminhos frutíferos a percorrer.

À **Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro**, que serviu a mim como um exemplo de comprometimento, responsabilidade e dedicação.

Aos **profissionais do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares**, que se mostraram sempre atenciosos e dispostos a esclarecer minhas dúvidas e questionamentos.

Aos meus amigos, em especial à **Geisa** e **Fabio**, que foram guias importantes em momentos difíceis.

À **minha família**, que me deu, e continua oferecendo respaldo para que eu possa realizar meus sonhos.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo**, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Na Hora do Almoço

No centro da sala, diante da mesa,
No fundo do prato comida e tristeza.
A gente se olha, se toca e se cala,
E se desentende no instante em que fala.

Medo, medo, medo, medo, medo, medo.
Cada um guarda mais o seu segredo,
A sua mão fechada, a sua boca aberta,
O seu peito deserto, a sua mão parada,
Lacrada, selada, molhada de medo.

Pai na cabeceira, é hora do almoço.
Minha mãe me chama, é hora do almoço.
Minha irmã mais nova, negra cabeleira,
Minha avó reclama, é hora do almoço.

Moço, moço, moço, moço, moço, moço.
Que eu ainda sou bem moço prá tanta tristeza,
Deixemos de coisa, cuidemos da vida.
Pois se não chega a morte ou coisa parecida,
E nos arrasta moço sem ter visto a vida.

Belchior

RESUMO

RAMOS, T. M. B. **Acolhimento e Vínculo em um Grupo de Assistência a Portadores de Transtornos Alimentares**. 2010. 228f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

O acolhimento é um dispositivo técnico e político que visa garantir à população um atendimento em saúde usuário-centrado e com elevada resolutividade em suas ações. O vínculo entre profissional e usuário é a relação que possibilita que a autonomia e a cidadania sejam estimuladas, na participação ativa do usuário no serviço e na construção de saberes sobre saúde. No entanto, visto a relação conflituosa que se estabelece entre anoréxicos e bulímicos, e os profissionais de saúde que tratam desses pacientes, este estudo teve por objetivo avaliar como é o processo de acolhimento dos usuários do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – Campus USP (GRATA-HCFMRP-USP) e como se dá o vínculo entre os profissionais e os usuários, ambos inseridos nesse serviço. Através da Avaliação Qualitativa de Quarta Geração, que tem como base teórica o Construtivismo, e como ferramenta metodológica o Círculo Hermenêutico-Dialético de Guba e Lincoln, foram entrevistados 16 usuários e 7 profissionais do serviço. O Círculo Hermenêutico-Dialético teve a finalidade de fazer emergir construções sobre os significados do acolhimento e do vínculo, que foram negociados entre os participantes da pesquisa. Os dados foram analisados pelas construções conjuntas emergidas, dos pontos consensuais e divergentes levantados nas entrevistas, e também por meio de análises de documentos e das observações no serviço. Os dados mostraram que há alguns elementos que são essenciais para que o acolhimento aconteça e para que o vínculo se estabeleça, são eles: integralidade no serviço, intersetorialidade, interdisciplinaridade, formação profissional, vínculo e humanização do atendimento. Respectivamente, o GRATA mostrou ser um grupo que busca a integralidade em seu atendimento, no entanto essa integralidade pode ser prejudicada pelo excessivo emprego do modelo biomédico na atuação de alguns profissionais; a articulação intersetorial com os vários profissionais e setores de saúde mostrou-se fundamental ao serviço, apesar do HCFMRP-USP apresentar algumas deficiências quanto a estrutura física e organizacional; há um trabalho interdisciplinar consistente na equipe, prejudicado apenas por algumas sobrecargas de funções e excessivo emprego de uma visão biomédica de alguns; as atividades de capacitação e supervisão mostraram-se fundamentais ao trabalho, podendo ser estendidas aos outros profissionais do HCFMRP-USP; os vínculos entre profissional e usuário mostraram-se consistentes e promissores de espaços dialógicos, no entanto prejudicados por fatores como a falta de salas, a inabilidade da escuta qualificada por alguns profissionais ou a rotatividade de profissionais; a relação entre os usuários mostrou-se um recurso de enfrentamento ao transtorno, porém, algumas vezes, prejudiciais ao tratamento, sendo que atividades que poderiam ser oferecidas pelo serviço foram citadas como redutoras dos danos causados por essas más relações; o GRATA, enfim, foi considerado um serviço que busca um atendimento usuário-centrado com considerada resolutividade, com procedimentos que priorizam a dimensão humana do sujeito atendido, apesar de algumas limitações e deficiências vistas.

Palavras-chave: Acolhimento. Vínculo. Transtornos da Alimentação. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

RAMOS, T. M. B. **User Embracement and Attachment in a Eating Disorders' care Service.** 2010. 228 f. Master Thesis – Ribeirão Preto Nursing School, São Paulo University, 2010.

The user embracement is a technical and political way aiming to guarantee the population a type of health assistance with high resolution. The attachment between the health professional and the patient is the relationship which makes possible that the autonomy and the citizenship are stimulated by an active participation of the user in the service and in the health knowledge construction. However, due to the conflicting relationship usually established between the anorexic and bulimic patients with the health professionals dealing with them, this investigation had the purpose to access how the user embracement process is in the Assistance Group of Eating Disorders of the University Hospital of the Ribeirão Preto Medical School (GRATA-HCFMRP-USP), and how the attachment between users and health professional is established. By means of the Fourth Generation Evaluation, which is based in the theoretical framework of the Constructivism and uses Guba and Lincoln's Hermeneutic-Dialectic Circle as methodological tool, 16 patients and 7 health professionals were interviewed. The Hermeneutic-Dialectic Circle was employed with the purpose of allowing the appearance of constructions about the meaning of the user embracement and of the attachment, which are negotiated among the research participants. The data were analyzed by the emerged constructions, the consensual and divergent aspects raised in the interviews and also by analysis of the documents and observations available in the service. The data disclosed that some elements are essential for the establishment of the user embracement and the attachment: service integrality, intersectoriality, interdisciplinary approach, degree of professional education, attachment and humanization of the health assistance process. Respectively, the GRATA showed to be a group seeking an integral patient assistance, although this integrality can be affected by the exceeding use of the biomedical model of some professionals; the sectorial articulation with the various professionals and health departments was fundamental to the service, despite some deficiencies of the HCFMRP-USP regarding its physical and structural organization; there is a consistent interdisciplinary aspect within the service, however influenced by function overload and excess use of the biomedical approach in some health professionals; the training and supervision activities were considered fundamental, which could also be extended to other professionals of the HCFMRP-USP; the attachments between the professionals and the patients were consistent and revealed some potentiality for dialogic spaces, despite being prejudiced by the lack of enough rooms, inability of some professionals for an adequate listening of the patient, and the professionals' turnover; the relationship among the patients was considered an useful resource for facing the problem, even though it sometimes influenced the treatment negatively, considering that activities which could be offered by the service were supposed to attenuate the harm imposed by these relationships; the GRATA, in the end, was regarded as a service seeking a model of assistance centered in the patient, having a considerable degree of resolution and tending to adopt procedures that highlight the patient human dimension, despite the occurrence of some limitations and deficiencies.

Keywords: User Embracement. Attachment. Eating Disorders. Health Care.

RESUMEN

RAMOS, T. M. B. **Acogimiento y Vínculo en un Grupo de Apoyo para Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria**. 2010. 228 f. Tesis (Máster) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

El acogimiento es un dispositivo técnico y político encaminado a garantizar la atención de la salud pública centrada en el usuario y con alta resolución en sus acciones. El vínculo entre el profesional y el usuario es la relación que permite que la autonomía y la ciudadanía se estimulan, en la participación activa del usuario en el servicio y en la construcción de conocimientos sobre la salud. Sin embargo, visto la relación de confrontación establecida entre anoréxicos y bulímicos y profesionales de la salud que tratan a estos pacientes, este estudio tuvo como objetivo evaluar el proceso de acogimiento de los usuarios del Grupo de Apoyo para Pacientes con Trastornos de la Conducta alimentaria del Hospital de las Clínicas de la Escuela de Medicina - campus de la USP (GRATA-HCFMRP-USP), y cómo es la relación entre profesionales y usuarios, ambos incluidos en este servicio. Mediante de la evaluación cualitativa de la cuarta generación, que tiene la base teórica del constructivismo, y como herramienta metodológica el Círculo Hermenéutico-Dialéctico de Guba y Lincoln, se entrevistó a 16 usuarios y 7 profesionales del servicio. El Círculo Hermenéutico-Dialéctico tuvo como objetivo emerger significados acerca del acogimiento e del vínculo, que fueron negociados entre los participantes de la investigación. Los datos fueron analizados por los significados y por los acuerdos y desacuerdos que surgió en las entrevistas, y también mediante el análisis de los documentos y las observaciones en el servicio. Los datos mostraron que hay algunos elementos que son esenciales para permitir el acogimiento y el vínculo, que son: servicio integral, la intersectorialidad, la interdisciplinariedad, la formación profesional, la vinculación y la humanización de la atención. Respectivamente, el grata el demostrado ser un grupo que busca la atención integral, sin embargo esta integralidad puede ser dañado por el uso excesivo del modelo biomédico en el trabajo de los profesionales; la colaboración intersectorial con los diferentes profesionales y sectores de la salud resultaron ser fundamentales el servicio, a pesar de la HCFMRP-USP presentan algunas deficiencias en la estructura física y organizativa; el equipo tiene un trabajo interdisciplinario coherente, obstaculizado solamente por algunas sobrecargas de función y el uso excesivo de una visión biomédica de algunos; las actividades de supervisión y formación es un factor esencial para el trabajo, y se puede ampliar a otros profesionales del HCFMRP-USP; los vínculos entre profesionales y usuarios fueron consistentes y prometedores de espacios dialógicos, sin embargo obstaculizada por factores como la falta de salas, la falta de una calidad de escucha por algunos profesionales, o la una cierta rotación del profesionales; la relación entre los usuarios demostrado ser un recurso para manejar el trastorno, pero a veces nocivo para el tratamiento, siendo que las actividades que podrían ser ofrecidas por el servicio se cita como un reductor de los daños causados por estos malas relaciones; el GRATA, por último, se consideró un servicio que busca una atención centrada en el usuario, con alta resolución en sus acciones, con los procedimientos que hacen hincapié en la dimensión humana del paciente tratado, a pesar de algunas limitaciones y deficiencias observadas.

Palabras-clave: Acogimiento. Vínculo. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Prestación de Atención de Salud.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	18
1.2 O MODELO BIOMÉDICO	19
1.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROPOSTA “HUMANIZA SUS”	22
1.4 OS CONCEITOS DE ACOLHIMENTO E VÍNCULO NO SUS.....	23
1.5 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES E A BUSCA DA CLÍNICA AMPLIADA EM SUA ASSISTÊNCIA.....	28
1.6 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	34
1.6.1 O modelo Assistencial do GRATA	36
1.6.2 A Reunião de Equipe Multiprofissional	37
1.6.3 A Abordagem Psiquiátrica.....	38
1.6.4 O Psicólogo e o Psicodiagnóstico	40
1.6.5 O Aspecto Nutricional e o Nutricionista	41
1.6.6 A Função da Terapia Ocupacional	43
1.6.7 O Grupo de Apoio	44
1.6.8 O Grupo de Apoio aos Familiares.....	45
1.6.9 O Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas.....	46
1.6.10 O Autocuidado da Equipe	48
2 JUSTIFICATIVA.....	50
3 OBJETIVO.....	53
4 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	55
4.1 TIPO DE PESQUISA	56
4.2 A AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE QUARTA GERAÇÃO	56
4.3 METODOLOGIA CONSTRUTIVISTA	63
4.4 SUJEITOS E LOCAL.....	67
4.5 CONSIDERAÇÕES DOS ASPECTOS ÉTICOS	69
4.6 PROCEDIMENTO.....	70

5 TRATAMENTO DOS RESULTADOS.....	73
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE	76
6.1 POSTURA	77
6.1.1 Relação Usuário-Usuário.....	78
6.1.2 Relação Profissional-Profissional.....	91
6.1.3 Relação Profissional-Usuário	94
6.1.3.1 Uma Relação que Funciona	94
6.1.3.2 Os Ruídos e Desvios na Comunicação	98
6.1.3.3 Os Médicos Residentes e os Usuários do GRATA	102
6.1.3.4 As Diversas Formas de vínculo.....	104
6.2 TÉCNICA	107
6.2.1 As Atividades Oferecidas	108
6.2.1.1 Os Grupos de Apoio e de Orientação Médico Nutricional aos Familiars/Representantes	108
6.2.1.2 Atividades de Promoção de Saúde	111
6.2.2 A Organização do GRATA	113
6.2.2.1 O Enfoque Assistencial do GRATA.....	113
6.2.2.2 Organização do Atendimento.....	117
6.2.2.2.1 O tempo de espera para as consultas	118
6.2.2.2.2 A duração do atendimento individual.....	122
6.2.2.2.3 O não atendimento do usuário por alguns profissionais	123
6.2.2.2.4 O índice de adesão dos usuários.....	125
6.2.2.2.5 A reelaboração do Plano de Atendimento.....	127
6.2.2.2.6 As reuniões nucleares	130
6.2.2.2.7 Os atendimentos conjuntos	132
6.2.2.2.8 A portaria do Hospital das Clínicas	138
6.2.2.2.9 A articulação do GRATA aos outros serviços do Sistema Único de Saúde	141
6.3 ACESSO	148
6.3.1 O acesso geográfico e econômico	149
6.3.2 O acesso funcional	151
6.3.2.1. Dimensão Temporal.....	164
6.4 REORIENTAÇÃO DE SERVIÇOS	166

6.5 OS ELEMENTOS COMUNS À POSTURA, TÉCNICA, ACESSO E REORIENTAÇÃO DE SERVIÇOS	
.....	173
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	204
REFERÊNCIAS	210
APÊNDICES	222
ANEXOS	227

APRESENTAÇÃO

Poderia discorrer sobre como os transtornos alimentares adentraram a minha história de vida, e de como esse fato lançou-me a uma inquietação, presente na busca de respostas, caminhos e vias mais saudáveis, para um transtorno que afeta e altera em demasia, a vida dos portadores, e daqueles que com eles convivem.

Todavia, prefiro aqui me ater às descobertas e aprendizados que adquiri em anos de confronto, observação e relação com as anorexias e bulimias nervosas, dentro e fora do contexto acadêmico, e de como esse aprendizado me incitou a aprofundar-me sobre a assistência aos transtornos alimentares.

Sempre me foi curioso questionar sobre como tratar um paciente com transtorno alimentar. Como acessar uma pessoa que não se vê realmente doente, e fazê-la compreender que é necessário uma mudança de atitudes? Como conviver com angústia de vê-la definhando aos poucos, sem saber muito bem como agir, e como lidar com tão destoante situação? Afinal, como se conformar, impotente, a uma pessoa considerada saudável, e que se recusa a comer, ou pior, não consegue fazê-lo?

Explicações e hipóteses são várias, mas não amenizam a dificuldade em se deparar com a situação real e as poucas alternativas encontradas à mão. Porém, diante de tão extrema dificuldade, que embora perturbadora, fascina pelo seu caráter enigmático e desconcertante, outro elemento motivou-me a enveredar sobre as práticas de cuidado de anoréxicos e bulímicos: as relações de extremo amor, mas também conflituosas e destrutivas, existentes entre os anoréxicos e bulímicos, e seus cuidadores.

Pude perceber que o que me instigava era o caráter destoante presente nessas relações, que ora se davam com extrema afetividade, ora eram permeadas por ódio, distanciamento e desconfiança. No entanto, faziam-se como elo de apoio ao paciente, e necessárias ao enfrentamento do transtorno. Assim, essenciais, mas extremamente conflituosas via à frente senão, uma encruzilhada. Como vincular esses pacientes? Como aderi-los e acolhê-los em busca de caminhos mais saudáveis, em meio a relações justamente tão instáveis?

Ampliada para dimensões maiores, percebi o desafio a que se propõem as equipes de assistência à saúde, ao escolher cuidar desses pacientes. Que técnicas, que recursos e instrumentos? Como se organiza e estrutura o serviço para vincular e acolher esses usuários?

Qual foi a minha surpresa quando percebi que essa era precisamente uma das questões a que se indagavam os gestores de saúde e as políticas públicas em saúde do governo. Através de uma Política Nacional de Humanização à saúde, instituída pelo Ministério da Saúde, pretendia-se, justamente, reconhecer as demandas, particularidades e necessidades dos usuários dos serviços de saúde, para que esses serviços pudessem se modificar, de forma a

melhor aderir, vincular e acolher os usuários envolvidos. Assim, com políticas públicas à procura de uma reorganização nos serviços, para um atendimento com protagonismo dos sujeitos envolvidos e responsabilização dos profissionais, junto a trabalhos de equipe, que ofereçam uma clínica ampliada e mais humanizada à assistência, foi possível estabelecer interações que trouxessem pistas de como tornar os serviços de assistência aos transtornos alimentares mais qualificados e eficazes.

Dessa forma, vi um caminho para, fundamentada em políticas e teorias de melhor receber, atender e considerar as necessidades do usuário do serviço, colocando-o como o centro da atenção, poder-me aprofundar sobre a minha questão inicial, de como assistir portadores de transtornos alimentares, de modo a garantir um tratamento com qualidade e resolubilidade significativas.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), tal como se estrutura atualmente, deu-se em um contexto de Reforma Sanitária, que não terá sua contextualização histórica amplamente tratada nesse estudo, por se pretender esboçar uma visão resumida e geral sobre o tema, que embasará os assuntos posteriores.

Cabe ressaltar, todavia, que a Reforma Sanitária no Brasil deu-se em um momento de democratização da sociedade, onde se visava instaurar a saúde como um valor universal, sendo acessível a todos, e garantida de maneira equidistante. O conceito de “Reforma Sanitária” refere-se, portanto, a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela atenção à saúde dos cidadãos, concretizando-se na busca do direito universal à saúde, e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

De acordo com as transformações do Sistema Sanitário Brasileiro, o SUS estrutura-se de forma a seguir algumas diretrizes que se dão pela *universalidade* do acesso, garantindo o direito de acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros. A *integralidade* da assistência à saúde significa dizer que há o compromisso público em prover as necessidades de saúde das pessoas e das coletividades, de modo completo. E a *equidade* dá a garantia de que todos os cidadãos brasileiros, independente de sexo, raça, etnia, religião, idade ou situação de emprego, tenham a mesma assistência para uma mesma necessidade.

A *universalidade* de acesso e a *equidade* da atenção conduzem ao princípio da *gratuidade* das ações e dos serviços de saúde oferecidos. Também o SUS sustenta o princípio da *descentralização*, que se refere ao processo de ampliação das responsabilidades nas três esferas de governo, pela formulação de políticas de saúde, seu planejamento, sua operacionalização, e seu controle social. A descentralização e a hierarquização pretendem, como medidas gestoras, garantir a municipalização e a regionalização, como formas de gestão capazes de acelerarem e efetivarem a implantação do SUS.

Ademais, o princípio fundamental de *controle social*, refere-se à participação da sociedade nos Conselhos de Saúde. Nesses fóruns encontram-se representados os segmentos sociais dos usuários dos sistemas de saúde, dos trabalhadores em saúde, e dos respectivos prestadores de serviços desse sistema. Nos conselhos, reflete-se sobre as prioridades e demandas sociais do setor, e são construídas solidariamente as políticas públicas postas em ação, cujas execuções deverão necessariamente ser fiscalizadas pelas partes representadas.

O Sistema Único de Saúde, que se deu a partir da Reforma Sanitária, trata-se, pois, de um sistema público e único de saúde, que carrega como princípios basilares o *acesso universal, igualitário e gratuito* à saúde, operacionalizado por uma rede de ações e serviços, *regionalizada e hierarquizada*, sob gestão *descentralizada*, com *integralidade* da atenção e *participação da comunidade* (WEBER, 2006).

Assim, dentro dessa proposta de atenção à saúde, o SUS instaura mais recentemente “A Estratégia de Saúde da Família” como forma de melhor organizar e estruturar os serviços de saúde, mais especificamente os de atenção primária, para que atuem conforme os princípios e diretrizes do SUS. É um programa que prioriza ações de prevenção e promoção de saúde junto à comunidade, e estabelece uma relação permanente entre profissionais de saúde e a população assistida, com foco à humanização do atendimento e à resolutividade dos problemas de saúde tidos como mais frequentes. Deste modo, a Estratégia de Saúde da Família é uma proposta concreta na mudança do modelo assistencial tradicional, capaz de garantir amplo acesso aos serviços de saúde e à atenção integral, atendimento adequado das necessidades individuais e coletivas da população, e serviços de qualidade e com alta resolutividade de demanda (BRASIL, 2002).

Esse novo modelo de atenção à saúde, com foco na atenção primária, contraria o modelo assistencial tradicional, de lógica hospitalocêntrica, que têm como raiz principal o conceito biomédico de atenção à saúde. Para maiores esclarecimentos, será feita uma breve explanação sobre o modelo biomédico e suas influências na saúde.

1.2 O MODELO BIOMÉDICO

O advento do Renascimento, que se estendeu do final do século XV ao início do século XVI, trouxe um deslocamento epistemológico da medicina, antes tida como a arte de curar indivíduos e, desde então, caracterizada como disciplina das doenças (LUZ, 2004a).

Esse reducionismo quanto ao foco de atuação da prática médica deveu-se, sobretudo, ao avanço da tecnologia médica, principalmente a anatomia, que proporcionou uma ruptura com as antigas maneiras de conceber o organismo humano. A racionalidade médica moderna, tendo como traço fundamental o mecanismo fisiologista, começa a eleger como objeto de estudo o corpo humano, analisado e considerado de forma mecanicista, e distante de uma visão humanizada e integral do ser atendido.

Em consonância com essas transformações, os hospitais começaram a ser organizados como ambientes de abrigo aos fenômenos patológicos (LUZ, 2004a), onde o corpo humano reduziu-se a sede das doenças, e a saúde como a mera ausência do distúrbio.

Vinculado a influencia cartesiana, que concebe o mundo e os seus fenômenos como sistemas mecânicos, e através de leis de causa e efeito (VAITSMAN, 1992), o ser em sofrimento passa a ser simplesmente um corpo a ser curado. O saber médico, seguindo essa corrente, transforma-se, cada vez mais, em um dispositivo responsável pelo distanciamento na relação entre médico e paciente.

A teorização dos discursos médicos sobre as práticas de cuidado, e de conhecimento sobre as doenças, coloca o médico como portador exclusivo do saber sobre a saúde, e estabelece, pois, uma relação segmentada e estereotipada entre médico e paciente, onde o doente é reduzido ao portador da doença, ao qual o médico tem a exclusiva função de decifrar (FOUCAULT, 1998). Para Foucault (1998), o discurso que advém do saber médico estabelece uma verdade sobre a doença e seus meios de cura, e cria uma segmentação entre a visão do doente e a do médico. Este último é aquele que detém a verdade sobre a saúde e a doença do ser cuidado, e a qual o paciente deve se submeter, o que cria um entrave estrutural na relação.

O modelo biomédico assume o corpo como um organismo constituído por partes que se inter-relacionam e que agem de acordo com determinadas leis naturais, devendo seu funcionamento ser restabelecido quando o mecanismo orgânico destoa do padrão. Com ênfase sobre os aspectos biológicos, e na busca do restabelecimento orgânico, muitas vezes as outras dimensões do ser humano são preteridas em nome dessa racionalidade biomédica. O sofrimento subjetivo do paciente que se confronta com a doença, é visto como algo menor, e torna-se incômodo, ao representar um aspecto que sai da esfera do cuidado médico, pois está muitas vezes além do palpável domínio biológico. Rompe-se, dessa forma, a possibilidade de intercomunicação entre médico e paciente, ficando o médico em seu campo técnico e científico, e o paciente submetido ao seu sofrimento, muitas vezes incapaz de agir frente à doença.

Para Bonet (2004) o modelo biomédico cinde as dimensões entre o saber e o sentir na prática do cuidar. Nas práticas médicas, orientadas pela racionalidade biomédica, existe uma divisão “entre o que é preciso saber para fazer e o que se sente quando se faz” (BONET, 2004, p. 16). A ênfase na racionalidade técnica acaba por eliminar qualquer resquício de empatia e proximidade nas relações que se estabelecem na prática clínica. O autor defende a idéia de que há um confronto entre o campo científico, claramente vinculado a um investimento universalista e iluminista, e uma disposição contrária, que denuncia a perda dos fluxos e

intensidades da vida, a fragmentação das totalidades (sociais e individuais) e a separação entre sujeito e objeto. Os médicos, dentro desse contexto sócio-cultural, sentem-se perturbados com os sentimentos envolvidos nos fenômenos do adoecimento e da morte, o que dificulta o sentir diante dos fenômenos vitais que a sua profissão exige.

O autor expõe o desenvolvimento da medicina como uma disciplina científico-racional, marcada pelo afastamento do sensível, pela fragmentação dos domínios, pela universalização dos saberes e pela interiorização dos sujeitos. O tipo de concepção de doença no modelo biomédico é influenciado pelo processo histórico da cultura ocidental moderna, que como forma de buscar respostas da relação entre natureza e cultura, tem segmentado os campos entre a ordem material e espiritual, e enfatizado a ordem biológica que se sobrepõe ao campo social.

O hospital, lugar da prática do modelo biomédico, é um ambiente de registro, acúmulo e formação de saber. Essa produção de saber envolve diferentes atores sociais que, em distintas posições frente ao médico, concretizam a prática hospitalar. Bonet (2004) considera o hospital como um lugar onde estão em jogo comportamentos estereotipados que transmitem informações acerca de valores culturais. Os valores estão expressos, por exemplo, nas hierarquias de posições dentro do hospital: os grupos de médicos especialistas de cada serviço, os chefes dos serviços, os chefes de residentes, o instrutor, os alunos do primeiro e segundo ano de residência, e a situação de médicos concorrentes e visitantes. Existe um sistema de aprendizado em cascata que faz emergir diferenças entre vínculos trabalhistas, de responsabilidades, de tempo de trabalho no hospital e de maior experiência com o saber e a prática médica.

Levando-se em conta toda a estrutura do modelo biomédico, e como esta se aplica a instituição hospitalar, desvela-se um quadro onde estão presentes relações de poder entre profissionais e entre profissionais e pacientes, burocratização no acesso ao atendimento e segmentação das especialidades em áreas cada vez mais refinadas, o que dificulta a apreensão e o cuidado do doente de um modo integral. O diagnóstico, apesar de ser uma construção que também abarca o paciente, muitas vezes desconsidera o que ele tem a dizer sobre o que sente, seus valores e concepções sobre sua doença. Estabelecem-se, portanto, relações rápidas e “frias”, o que dificulta a formação de vínculos entre profissional e paciente, e uma melhor forma de cuidar.

A hospitalização torna-se, devido a essa série de fatores, uma situação assustadora e desumana aos pacientes (BOEMER, 1998). Essa situação é ainda agravada pelo fato do paciente, quando adentra o contexto hospitalar, habitar um mundo distinto do seu, ainda desconhecido e envolto por situações tensas e tristes. Os pacientes convivem com pessoas

desconhecidas, com quem vão compartilhar experiências tristes e dolorosas, na maioria das vezes. A apreensão, a angústia e o medo do futuro são sentimentos presentes nessa nova situação. A racionalidade técnico-científica, presente nesse contexto, reduz o sujeito à sua doença e retira as possibilidades de um ser ativo, desejante e autônomo diante de sua condição.

Com vistas a isso, para conseguir alcançar as propostas de assistência à saúde do SUS, baseadas nos princípios de humanidade, integralidade, equidade e participação popular é de essencial importância que haja um resgate à singularidade humana na relação entre profissional de saúde e usuário (BOEMER; CORRÊA, 2003). É em busca dessa transformação nas práticas de cuidado que a Estratégia de Saúde da Família pretende atuar.

1.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROPOSTA “HUMANIZA SUS”

A Estratégia de Saúde da Família, buscando distanciar-se de um atendimento desumano e fragmentado, típico do modo de atenção biomédico e hospitalocêntrico, e almejando a construção de serviços de saúde cuja saúde seja compreendida como Bem – Estar e, portanto, qualidade de vida, propõe princípios que vão à contramão do modelo anterior. Os modelos biomédico e hospitalocêntrico trazem como características: a compreensão de saúde como a ausência de doenças; a atenção das ações concentradas no indivíduo; a oferta de serviços com foco em ações curativas, baseadas na demanda espontânea; o hospital como serviço de saúde dominante, cuja posição é central na lógica do sistema; e o predomínio da intervenção do profissional médico. Já as propostas da Estratégia de Saúde da Família concebem a saúde como um direito de todo e qualquer cidadão brasileiro, sendo um dever do Estado provê-la; o modelo de atenção à saúde se configura na concentração das ações no coletivo; o foco das ações e serviços ofertados visam à integralidade da atenção à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação; e, além da atuação médica, há o predomínio da intervenção das equipes multidisciplinares (WEBER, 2006).

O Humaniza SUS, vem como um programa a complementar a Estratégia de Saúde da Família. Instituído pelo Ministério da Saúde em 2003, como uma Política Nacional de Humanização da Saúde (BRASIL, 2006a), o Humaniza SUS visa à humanização dos serviços de saúde, como política pública. Através de seus princípios, visa abraçar diversas intervenções e instâncias gestoras do SUS, pretendendo estabelecer modificações nas condutas e nas ações dos funcionários que atendem a clientela do SUS.

Suas propostas compreendem: o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de assistência pública à saúde; a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de

saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde; uma reorganização do serviço de saúde à partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a fazer com que a equipe multiprofissional intervenha na resolução do problema do usuário; a elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária, que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado); mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas.

Para tanto, é necessário um processo de envolvimento e responsabilização da equipe com o serviço, onde se pretende uma postura de compromisso e trabalho interdisciplinar, visando dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos. Também é necessário que haja a disponibilidade para uma construção coletiva de propostas com a equipe local, e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais, de modo que essa articulação garanta um atendimento de qualidade, e de acordo com as necessidades da população.

Dentro dessa proposta de humanização dos serviços de saúde, dois conceitos guiam o trabalho da equipe e servem como diretrizes para que os serviços se estruturam de modo a oferecerem um atendimento humanizado e que atenda as demandas da população: os conceitos de acolhimento e vínculo. Abaixo, será explicado detalhadamente cada conceito.

1.4 OS CONCEITOS DE ACOLHIMENTO E VÍNCULO NO SUS

O acolhimento é uma das ferramentas que pretende efetivar os princípios do SUS, ao garantir universalidade, integralidade, e equidade na assistência à saúde, e a viabilização de ofertas de serviços de saúde, para que atendam as necessidades dos usuários.

É, pois, uma das diretrizes que incorpora a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implantadas nas unidades do SUS, através de processos tecnológicos, que visam à constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção. Esses vínculos objetivam atuar sobre problemas/necessidades de saúde, almejando a produção de técnicas e estratégias que possam representar a conquista do controle do sofrimento (enquanto doença), e/ou à produção da saúde.

O acolhimento traz princípios para organizar o serviço de uma forma usuário-centrada ao garantir: a acessibilidade universal para os usuários; a reorganização do processo de trabalho, a fim de que esse desloque seu eixo central do médico para uma equipe

multiprofissional, e a qualificação da relação profissional-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

De acordo com Merhy et al. (1997), o acolhimento e o vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde. O acolhimento permite regular o acesso do usuário por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, e contribuir para a satisfação deste. É um arranjo tecnológico que busca garantir, em níveis primários de atenção à saúde, acesso aos usuários, com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples, e/ou encaminhá-los se necessário. O vínculo entre o profissional de saúde e paciente, ao estimular a autonomia e a cidadania, promove a participação do usuário durante a prestação de serviço (CAMPOS, 1997).

O acolhimento prevê certa plasticidade, pois exige a capacidade do serviço em adaptar técnicas e combinar atividades com o objetivo de melhor respondê-las, e adequar essas técnicas e atividades aos recursos escassos e aos aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida diária. É um conceito que transita entre o técnico e o político, já que concretiza as diretrizes da política sanitária com certo saber técnico (MERHY, 1994).

Praticamente, o acolhimento pretende que, após o acesso do usuário ao serviço de saúde, deva se estabelecer uma etapa seguinte na qual haja uma negociação entre profissionais e usuários, e onde a identificação das necessidades desse último sejam visadas (MATUMOTO, 1998). Para tal feito, o vínculo entre profissional e paciente, de acordo com Campos (1997), deve favorecer a participação do usuário durante a prestação do serviço, para possibilitar a construção de vínculos entre profissional e usuário, e estimular a autonomia do paciente. A autonomia garantida ao usuário o coloca na posição daquele que participa e interfere em seu próprio tratamento, e é reconhecido como cidadão imbuído de direitos e deveres em seu processo de assistência.

Os profissionais, dentro dessa perspectiva, são reconhecidos também como sujeitos de deveres, que devem responsabilizar-se e estarem envolvidos no processo de atenção à saúde. Durante a realização de suas atividades, devem adquirir uma postura de atuação criativa e engajada, para usufruir dos instrumentos à disposição no serviço, e alcançar os objetivos pretendidos na assistência.

As intervenções e formas de organização que o serviço apresenta para acolher os usuários permitem visualizar de que modo se efetiva a implantação da assistência, e como os profissionais posicionam-se frente a esse modelo de atendimento. É a partir do conhecimento dessa dinâmica, que intervenções podem ser feitas de modo a transformar a forma de organização do serviço, em um meio promissor de técnicas e recursos mais adequados e

integrados.

Como forma de se analisar mais detalhadamente no que se constitui essas intervenções e modelos de organização nos serviços de saúde, Silva Júnior e Mascarenhas (2004) apresentam o acolhimento conforme quatro dimensões: *Acesso* (geográfico e organizacional), *Postura* (escuta, atitude profissional-usuário e relação intra-equipe), *Técnica* (trabalho em equipe, capacitação dos profissionais e aquisição de tecnologias, saberes e práticas), e *Reorientação de Serviços* (projeto institucional, supervisão e processo de trabalho).

O *Acesso* pode ser compreendido como a dimensão que descreve a entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de prestação de serviços em saúde. Entendida como um conjunto de circunstâncias de diversas naturezas, a acessibilidade viabiliza a entrada de cada usuário na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Assim, o aspecto geográfico, que pode ser entendido como a facilidade ou dificuldade do usuário em se locomover até o serviço, e as instalações físicas do serviço, tal como o conforto das salas e a disponibilidade de espaços e instrumentos oferecidos, estão relacionados ao *Acesso*. Da mesma forma, o modo como o serviço se organiza para atender os usuários, através de Planos de Atendimento, listas de esperas, formas de chamadas para as consultas, atividades a serem oferecidas, etc. revelam as possibilidades de *Acesso* dos usuários ao serviço. O *Acesso* representa, enfim, as dificuldades ou facilidades em obter o tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e disponibilidade de recursos do serviço.

A *Postura*, conforme Silva Júnior e Mascarenhas (2004) descrevem, pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar de forma humana os usuários e suas demandas. Através de uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários, se estabelecem posturas receptivas que se solidarizam com o sofrimento do outro, abrindo perspectivas de diálogo e escuta da demanda. A *Postura* também é vista, e necessária, nas relações dos profissionais da equipe de saúde entre si, e entre os níveis de hierarquia da gestão do serviço. Por meio de uma escuta qualificada e de um diálogo produtivo, torna-se possível que a equipe estabeleça relações que estimulem a participação e a autonomia dos profissionais, para decisões sobre práticas e intervenções em saúde mais coletivas e democráticas.

A *Técnica*, aplicada aos serviços de saúde, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Por meio de um trabalho de equipe bem capacitado e qualificado técnica e formalmente, é possível que a equipe esteja mais preparada em escutar, analisar a situação apresentada pelo usuário, e discriminar as alternativas aos problemas demandados. O resgate e

a potenciação do conhecimento técnico das equipes possibilitam o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais de saúde na assistência. Ademais, a capacitação técnica permite que a reflexão sobre a humanização das relações no serviço seja ampliada, contribuindo assim, para uma mudança na concepção da saúde como direito (MERHY et al., 1997). Ainda, o emprego da técnica promove o trabalho interdisciplinar entre os profissionais da equipe, capaz de superar a fragmentação dos saberes, e a construção de novos saberes apropriados às necessidades do trabalho em saúde.

O acolhimento atua na *Reorientação de Serviços* na medida em que detém uma proposta ou um projeto institucional, que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto de agentes, e pela política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. Assim, a proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho em equipe, os perfis dos agentes buscados nos processos de seleção, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos e capacitações, e as características operacionais e conteúdos das supervisões e da avaliação de pessoal. A supervisão destaca-se como uma atividade relevante, pois, ao acompanhar e analisar o cotidiano do trabalho atua diretamente no modo de organização do serviço. Essa reflexão a respeito do processo de trabalho e das necessidades do serviço permite reformular o processo de trabalho ou sua diretriz, de modo a rearticular o serviço de forma mais efetiva.

Além dessas quatro dimensões que Silva Júnior e Mascarenhas (2004) apresentam como as bases fundamentais do acolhimento em saúde, o conceito de vínculo, tal como ele é compreendido no contexto de atenção à saúde, é um elemento inerente ao processo de acolhimento. O vínculo, no processo de acolhimento, é, de acordo com Merhy et al. (1997), ter relações tão próximas e claras entre profissional e usuário, que a equipe possa se sensibilizar com o sofrimento e a demanda dos usuários, ou da população adstrita, de forma a se tornar referência para os usuários e seu coletivo, e estimular e construir a autonomia desses usuários, frente as suas condições de saúde e doença.

Ao buscar definir melhor e esclarecer o que constitui esse vínculo, Silva Júnior e Mascarenhas (2004) propõem três dimensões que recaem sobre ele: a *afetividade*, a *relação terapêutica* e a *continuidade*. Quando se aborda o vínculo compreendido como *afetividade*, se refere ao domínio subjetivo do profissional gostar de sua profissão e interessar-se pela pessoa do paciente. Através dessa afetividade aplicada à relação, é possível a construção de um vínculo firme e estável entre profissional e usuário, essencial ao processo de acolher o usuário.

O vínculo como *relação terapêutica* compreende um tipo específico de relação, onde está presente uma atitude de atenção, interesse e compartilhamento, diversa de uma relação

sujeito-objeto, mas próxima de uma atitude sujeito-sujeito, onde se cria espaços de convivência e interação entre os sujeitos (BOFF, 1999), tratados, pois, como autônomos. As relações profissional-paciente, imbuídas de caráter terapêutico, pressupõem uma atitude de desvelo, envolvimento e responsabilização tanto do profissional, quanto do usuário, para com o tratamento e a seriedade da assistência. Assim, é essencial que haja uma postura de escuta, divisão de responsabilidades, autoconhecimento (ou conhecimento do outro por parte do profissional), e a consideração dos elementos de transferência e contratransferência, para que haja uma relação terapêutica efetiva. As singularidades e subjetividades de cada relacionamento entre profissional e paciente devem ser levadas em conta, pois desvelam as características pessoais e expectativas, conscientes ou não, de ambas as partes. Também é necessário que haja a escuta atenta e qualificada, e uma postura empática por parte do profissional, de forma a favorecer a abertura e consolidação das relações. Essas relações bem consolidadas possibilitam uma maior efetividade das intervenções propostas, e propiciam maior adesão à terapêutica e às medidas promocionais e preventivas em saúde (SILVA JÚNIOR.; MASCARENHAS, 2004).

A *continuidade*, dentro do conceito de vínculo, está intimamente ligada à esfera de responsabilidade do profissional. A continuidade implica na atitude do profissional em assumir os cuidados pelo paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção. Assim, o profissional assume a indicação e a garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema do paciente, não cabendo a transferência burocrática para outra instância decisória, ou nível de atenção (MERHY et al., 1997). Diante de um atual quadro de desapego e alienação profissional dos profissionais de saúde com relação aos seus trabalhos, o que contribui para um baixo grau de responsabilização e criação de vínculos (CAMPOS, 1994), a noção de continuidade vem como um fator de fortalecimento do vínculo e da mútua confiança entre profissional e paciente.

Pela visão tradicional de assistência em saúde, o acolhimento sempre foi identificado como uma dimensão espacial, que se traduz em uma recepção administrativa e em um ambiente confortável, ou como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. O acolhimento, no entanto, é mais do que uma triagem qualificada ou uma ‘escuta interessada’. Pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas, contribuindo para a redução da centralidade das consultas médicas e para a melhor utilização do potencial dos demais profissionais (SOLLA, 2005).

Os conceitos de “acolhimento” e “vínculo”, quando empregados em um serviço de

assistência à saúde, poderão conduzir a uma postura mais autônoma, criativa, integrativa e interativa entre profissionais e usuários. Isto possibilitará a capacitação e o desenvolvimento do serviço, originando um ato de cuidar onde, na relação entre doente e cuidador, é desafio buscar o ser humano existente no objeto cuidado (PITTA, 1996).

1.5 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES E A BUSCA DA CLÍNICA AMPLIADA EM SUA ASSISTÊNCIA

Os transtornos alimentares são síndromes comportamentais que, de acordo com o DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual, IV edition*) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2003) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998), possuem como duas entidades nosológicas principais: a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN). Apesar de classificados separadamente, os dois transtornos acham-se intimamente relacionados por apresentarem uma psicopatologia comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que levam as pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado (CLAUDINO; BORGES, 2002).

A anorexia nervosa, conforme o DSM-IV-TR tem como critérios diagnósticos: a perda de peso e a recusa em manter o peso corporal dentro ou acima do mínimo adequado à idade e à altura; o medo mórbido de engordar, mesmo estando abaixo do peso; o distúrbio da imagem corporal; e a amenorréia em mulheres pós-menarca (ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos).

Os subtipos da anorexia nervosa são o de caráter restritivo, e o de caráter compulsivo/purgativo. Na anorexia de caráter restritivo há uma redução da ingestão de alimentos, o que provoca um extremo emagrecimento e debilidade nutricional. Na anorexia de caráter compulsivo/purgativo, comumente com o extremo emagrecimento, há episódios de ingestão alimentar excessiva de grande volume e variedades de alimentos, com o posterior uso de vômitos, laxativos e diuréticos, para evitar o ganho de peso.

Contudo, apesar da anorexia de caráter compulsório/purgativo assemelhar-se à bulimia, devido à presença de episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios para evitar o ganho de peso, os portadores de anorexia mantêm o seu peso bem abaixo do considerado adequado, e, na bulimia, não ocorrem episódios de anorexia nervosa.

A bulimia nervosa tem como critérios diagnósticos episódios recorrentes de compulsão alimentar, onde as portadoras, por meio de comportamentos compensatórios, tais como, vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas e outras drogas, ou jejuns e exercícios excessivos, visam prevenir o ganho de peso. Para ser classificada a bulimia, a compulsão alimentar e comportamentos compensatórios devem ocorrer duas vezes por semana, por pelo menos três meses, e haver uma preocupação excessiva com a forma e o peso corporal.

Os subtipos da bulimia nervosa são o de caráter purgativo e o não purgativo. Na bulimia de subtipo purgativo há o uso de vômitos, ou abuso de laxativos, diuréticos e enemas, após os atos de alimentação compulsiva. Na bulimia de caráter não purgativo, jejuns e exercícios físicos intensos, após as compulsões alimentares, visam prevenir o ganho de peso.

O diagnostico diferencial, onde se identifica a anorexia nervosa através de um processo de eliminação das patologias são: doenças gastrointestinais e consumptivas (AIDS, câncer), síndrome de artéria mesentérica superior, depressão e esquizofrenia (APA, 2003). O diagnostico diferencial para bulimia nervosa de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2003) são: a anorexia nervosa do tipo compulsivo/purgativo, depressão com características atípicas, e distúrbios de personalidade.

No que concerne a incidência dos transtornos alimentares no mundo, dados sugerem um aumento crescente da incidência de distúrbios relacionados à obesidade e aos padrões inadequados de conduta alimentar. O número de casos desses distúrbios mostra-se cada vez maior e suas ocorrências cada vez mais precoces (AMBROSI-RANDIC, 2000; DAVISON; BIRCH, 2001; DIETZ, 1998).

Estima-se uma freqüência entre 2 a 4 casos entre 1.000 adolescentes, dos transtornos alimentares nas sociedade ocidentais (BRUSSET, 2001). A anorexia nervosa manifesta-se com maior freqüência em mulheres (8 a 10 vezes mais), com início na puberdade (0,5 a 1% das adolescentes) (KAPLAN; SADOCK; GEEB, 1997). Estima-se que 30 a 40% dos pacientes com anorexia nervosa tenham recuperação completa. Outros 30 a 40% têm uma evolução mediana, ou seja, ocorrem recidivas que podem caminhar para uma bulimia nervosa (HERZOG; NUSSBAUM; MARMOR, 1996). Sendo considerada uma patologia grave, as taxas de mortalidade da anorexia chegam a 5% quando associadas a diagnóstico e tratamento tardio (SCHMIDT; MATTA, 2008). No caso da bulimia, há uma recuperação em torno de 60% dos pacientes, sendo 30% com evolução mediana e 10% com um curso ruim (HERZOG; NUSSBAUM; MARMOR, 1996). Investiga-se que a causa do distúrbio é de origem

multifatorial, na medida em que pode surgir de uma relação entre variáveis de natureza bio-psico-social e histórico-cultural (BORGES et al., 2006).

Os portadores de transtornos alimentares apresentam uma fragilidade ao se relacionarem, denotando vínculos de difícil estabelecimento e marcados pela instabilidade e desconfiança (CHANDLER, 1998). São pacientes que possuem uma baixa qualidade de vida, com comprometimentos nas áreas sociais, emocionais e orgânicas. O funcionamento social apresenta-se debilitado, ocasionando prejuízos na vitalidade, nas relações sociais e no bem estar geral (GONZALÉZ et al., 2001). Fatores como alterações clínicas e orgânicas, diminuição da auto-estima, sentimentos de ineficácia e inabilidade, e o isolamento social influenciam diretamente o modo como esses pacientes relacionam-se com os profissionais que os assistem e com os cuidadores que os acolhem.

De acordo com Chandler (1998), os profissionais de saúde que se vinculam aos pacientes anoréxicos e bulímicos devem poder suportar o ataque à auto-estima, a desconfiança, as súbitas pioras no quadro patológico, e a pouca colaboração dos portadores do transtorno, em contrapartida com a grande demanda e exigência na assistência durante o tratamento. Chandler (1998) afirma ainda que, diante desse quadro, os profissionais devem ser parcimoniosos e compreensivos, mas firmes em certos momentos, para estarem dispostos a impor limites às atitudes do enfermo. A relação é complexa e demanda sensibilidade e sutileza. O paciente deve ser escutado com atenção e interesse, porém sem condenações ou juízos críticos. Assim, o profissional poderá informar ao paciente sobre o seu estado físico, as implicações desse estado e o possível prognóstico.

Os transtornos alimentares, por se tratarem de fenômenos relativamente novos, causam sobre os profissionais sentimentos de perplexidade e desorientação, na medida em que esses profissionais não sabem muito bem como agir e lidar com esses pacientes. As causas ainda muito obscuras dos transtornos, e as posturas rígidas e manipulativas desses pacientes dificultam o estabelecimento de vínculos entre profissionais e pacientes. É comum que essa dificuldade no estabelecimento de relacionamentos saudáveis prejudique a qualidade da assistência prestada, e a continuidade que o tratamento merece já que, diante dos impasses relacionais, muitos profissionais optam por abandonar o caso ou transferi-los a outros profissionais considerados mais aptos em atendê-los (GRANDO; ROLIM, 2006).

No estudo feito por Grando e Rolim (2006), que tinha como propósito investigar a percepção dos enfermeiros sobre os transtornos de alimentação, o primeiro núcleo de convergência de significados com relação ao transtorno deu origem à categoria “A Construção do Conhecimento”. Nela o conhecimento socialmente elaborado e compartilhado pelos

profissionais sobre anorexia e bulimia nervosas mostrou-se ancorado no discurso médico veiculado à instituição (conhecimento científico), com base essencialmente organicista, numa interface com o conhecimento prático (senso comum), adquirido por esses profissionais na vivência cotidiana.

A racionalidade médica é revelada na forma como a anorexia e bulimia são diagnosticadas e reconhecidas, através da identificação de seus sinais e sintomas, onde, por exemplo, o corpo emagrecido, no caso das anoréxicas, ou a presença de compulsões alimentares e vômitos, em se tratando das bulímicas, são, para os profissionais, sinais e sintomas específicos dos transtornos alimentares. Ademais, os portadores são identificados por uma série de comportamentos e características que abrangem: comportamentos descontrolados, a presença da distorção da imagem corporal, comportamentos destrutivos e manipulativos, carência, baixo limiar de frustração e necessidade de chamar a atenção (GRANDO; ROLIM, 2006).

O processo de cuidar desses pacientes é visto, nesse estudo, como algo desgastante e que desencadeia uma alta carga de sofrimento psíquico nos profissionais. Através de posturas classificadas pelos profissionais como “imaturas”, os pacientes realizam condutas prejudiciais a eles próprios, o que faz com que os profissionais tomem medidas firmes para que o paciente restabeleça sua saúde. Os portadores de transtorno alimentar, através de atitudes que conduzem ao risco de vida, demandam dos profissionais posturas que, embora consideradas firmes e rígidas por eles próprios, visam a reconduzir esses pacientes ao bem estar.

Visivelmente estressados com esse embate, Grando e Rolim (2006) apontam que os enfermeiros pesquisados utilizam de mecanismos como: a fragmentação do relacionamento profissional-paciente, a despersonalização, a categorização, a negação da importância do indivíduo, o distanciamento e a negação de sentimento, para se defenderem emocionalmente do desgaste causado.

A proposta de humanização dos serviços de saúde, com a inserção de dispositivos e estratégias tal como a Estratégia de Saúde da Família, e os conceitos de acolhimento, vínculo e de clínica ampliada, almejam uma assistência que vá além de uma visão biomédica, restrita ao aspecto curativo, e que garanta um atendimento que apreenda a saúde vista de maneira integral, e abarcando os princípios de prevenção, promoção e qualidade de vida. Desse modo, dentro da reorientação dos serviços de saúde para uma assistência mais humanizada, a clínica ampliada surge como uma proposta de ampliação do conceito de saúde, onde haja possibilidades de reintegrar o saber técnico-científico dos profissionais de saúde aos elementos de ordem subjetiva e social dos usuários dos serviços de assistência.

O usuário, a partir dessa proposta, é colocado como o centro do tratamento, onde sua condição cidadã e de ser autônomo devem ser consideradas. Adquire, pois, um lugar nas práticas de saúde, sendo colocado como um dos eixos fundamentais do serviço de assistência.

O sujeito autêntico, dotado de necessidade e valores próprios, origem e assinalação de sua situação particular, é o sujeito que se pretende conhecer quando as propostas políticas de saúde visam apreender “as reais necessidades de saúde da população” (AYRES, 2001). Da mesma forma, o sujeito cidadão e autônomo, apresentado nas políticas públicas de saúde, que pretendem um atendimento mais humanizado e centrado nas necessidades e demandas dos usuários, é aquele que possui a ação transformadora, produtor de sua história e responsável pelo seu devir.

Contudo, essa concepção de sujeito não parece estar de encontro com a idéia de sujeito presente no pensamento sanitário tradicional. Nesse contexto, a população parece estar submetida a um processo de múltiplas reduções, onde o sofrimento humano é reduzido ao não-humano, e o corpo a um corpo sem desejos e subjetividades, já que apenas biologicamente considerado (SÁ; CARRETEIRO; FERNANDES, 2008).

Em busca da recuperação da integralidade do ser atendido, tentando afastá-lo das inúmeras reduções a que se submete durante o processo de tratamento e assistência, Ayres (2001) propõe a busca do diálogo na relação entre profissional e paciente. É através da consideração desse espaço de resistência dialógica que, ao mesmo tempo, se opõe e se aproxima da população alvo assistida, que será possível achar meios para melhor acessar e vincular esses usuários aos serviços de saúde. Dessa forma, buscando lidar positivamente com a alteridade revelada no desencontro, muitas vezes vistos nos atendimentos e nas relações entre profissionais e usuários, é que se poderão alçar meios para melhorar essa relação. A natureza e qualidade desses vínculos se mostram fundamentais já que, das interações entre profissionais e usuários, é que se revelam os parâmetros que definirão os limites e possibilidades de solidariedade, cooperação e cuidado no serviço (SÁ; CARRETEIRO; FERNANDES, 2008).

O conceito de clínica ampliada é dado como forma de se contrapor ao modelo hospitalocêntrico e biomédico, visto por alguns autores, como modelos já defasados para as novas propostas de atenção à saúde (CUNHA, 2005; OLIVEIRA; KOIFMAN; MARINS, 2005). A formação predominante dos profissionais de saúde, centradas em procedimentos, exames e medicações, típicos das práticas hospitalares, já não cabem nas propostas que estão centradas na demanda da população, e na maior proximidade entre os profissionais de saúde e usuários, vistos, por exemplo, em serviços de atenção primárias, orientados pelas novas diretrizes de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família propõe uma clínica que se distingue da clínica tradicional, por possibilitar uma relação mais próxima entre profissionais de saúde e usuários do serviço. Ao estruturar serviços e projetos terapêuticos que, pensados sobre a necessidade da população atendida, se dão em médio e longo prazo, essa estratégia necessita do comprometimento dos profissionais e da participação contínua da população atendida, para se efetivar. Para tanto, vê-se que o paradigma biomédico, com seu princípio analítico, fragmentador do cuidado, e imediatista, não provê recursos para uma assistência em consonância com um segmento longitudinal de tratamento, proposto pelas novas políticas de saúde.

Para que esse vínculo terapêutico entre profissional e paciente, que se processa de maneira lenta e gradual aconteça, de modo a promover a saúde entendida como a busca contínua de qualidade de vida, é necessário um novo processo de formação profissional. Ao almejar conquistar a participação e a compreensão das pessoas atendidas, é necessário que o profissional tenha desenvolvido a habilidade técnica de escuta qualificada e empática, o que implica em uma disposição de aceitação, compreensão e acolhimento do outro, e de seus saberes (CUNHA, 2005).

Dentro das propostas recentes de atenção à saúde, que colocam o usuário na condição de produtor de significados e sentidos sobre a saúde, e sujeito autônomo em sua assistência, abrem-se possibilidades para que o usuário seja transformado em um ser desejante e dialógico. Para tanto, os profissionais devem desenvolver-se tecnicamente para se colocarem acessíveis, através de uma escuta qualificada, e uma postura empática e compreensiva.

Contudo, no caso dos transtornos alimentares, vê-se que o conflito relacional que se apresenta entre profissional e usuário, dificulta a formação de vínculos promotores de um acolhimento em saúde consistente. Colocando-se distanciados na relação, e rotulando os portadores conforme categorias pré-definidas, muitos profissionais retiram dos portadores as possibilidades de se colocarem de forma ativa e participativa em seu tratamento. Dessa forma, limitam-se os espaços dialógicos responsáveis pela produção de sentidos e significados sobre a saúde, que poderiam contribuir significativamente para elevar a qualidade do serviço.

Em tempos de compreensão e ampliação dos significados sobre a saúde, e de reestruturações responsáveis por garantir serviços de saúde que abarquem maior qualidade, e intervenções de maior alcance e resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população, justifica-se a necessidade de se adentrar no processo de assistência e acolhimento dos portadores de anorexia e bulimia nervosas, e compreender de que forma podem ser superadas as dificuldades apontadas, de modo que os serviços destinados a tratar esses portadores

ofereçam um atendimento efetivo e em consonância com as necessidades e demandas dos usuários e de seus familiares.

1.6 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O atendimento de portadores com anorexia e bulimia nervosas começou a ser realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – *campus USP*, na Divisão de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica, e se ampliou a partir de 1980. Nessa época, esse trabalho específico era denominado GEED: “Grupo de Estudos dos Distúrbios da Conduta Alimentar” (DOS SANTOS, 2006).

A partir dos anos 80, o Grupo viu a necessidade de expandir e qualificar o seu atendimento, pela inserção de profissionais de diversas especialidades em seu tratamento. Assim, o tratamento antes restrito à terapia nutricional clássica, ou ao suporte enteral ou parenteral que, apesar de fundamental para o tratamento sintomatológico e orgânico, não eram em si suficientes para atender os casos emergentes de anorexias e bulimias nervosas, ampliou a sua rede de especialidades clínicas.

Ao longo do tempo, o Grupo adquiriu consistência com a inserção de um psiquiatra com formação em clínica médica, e uma nutricionista. Decorreu dessa junção de especialidades, a criação do primeiro grupo multidisciplinar para atendimento de transtornos de comportamento alimentar do Brasil (MONTEIRO DOS SANTOS et al. 1986, 1988). Mais recentemente foi inserido ao tratamento um psicólogo, que pôde oferecer aos usuários e familiares/responsáveis grupos de apoio e atendimentos psicológicos. Psicanalistas e terapeutas ocupacionais vieram a integrar esse quadro de profissionais, oferecendo um tratamento amplo e de qualidade.

O GRATA-HCFMRP-USP (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Ambulatório de Nutrologia do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo), pois, é o objeto de estudo eleito para essa pesquisa, e representa um serviço de assistência que, dentro de um contexto ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, oferece aos portadores de transtornos alimentares e seus familiares/responsáveis, um atendimento que envolve diversas especialidades.

O Grupo conta atualmente com aproximadamente 25 profissionais, sendo estes: médicos nutrólogos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, abarcando assim uma equipe multidisciplinar. Oferece aos pacientes, tratamento especializado com atendimento individual nas diversas áreas apresentadas acima. Também

realiza grupos para os familiares/responsáveis, e para os pacientes, além de oferecer psicoterapia individual aos familiares/responsáveis (SANTOS, 2006).

De acordo com Santos (2006), para o compartilhamento de informações sobre cada caso e discussões sobre condutas e diretrizes, os profissionais reúnem-se uma vez por semana, durante duas horas, na reunião da equipe multidisciplinar.

Também com o intuito de enriquecer e melhorar o serviço oferecido, o GRATA já participou de dinâmicas organizadas por um instituto de psicoterapia familiar, visando a elaboração, desenvolvimento e reciclagem das relações conflitivas oriundas do cotidiano do serviço.

De acordo com Santos (2006), desde o início do grupo de assistência até o ano de 2006 foram atendidos mais de 180 pacientes nos quais, sobre o ponto de vista nutricional, mais de 90% deles deixaram de ser desnutridos. Houve três óbitos durante esse período.

O GRATA atende atualmente aproximadamente 30 pacientes (a maioria mulheres) que advém, em sua maior parte, de Ribeirão Preto e região.

Abaixo se encontra um quadro que resume e oferece informações sobre as atividades realizadas pelo GRATA:

Atividades	Local	Profissionais	Horários	Frequência
Reunião da equipe multiprofissional	6º andar do Hospital das Clínicas (ala da Clínica Médica)	Todos os profissionais da equipe e estagiários	10H – 12H	Todas essas atividades são realizadas às sextas-feiras salvo as psicoterapias que podem acontecer em outros horários.
Grupo de orientação clínica-nutricional	2º andar do Hospital das Clínicas (Ambulatório B9)	Nutricionista e médico-nutrólogo	12:15H – 13:15H	
Grupo de apoio psicológico aos familiares	2º andar do Hospital das Clínicas (Ambulatório B9)	Dois psicólogos que realizam a atividade em co-coordenação	13:15H - 14:15H	
Grupo de apoio psicológico aos pacientes	6º andar do Hospital das Clínicas (ala da Clínica Médica)	Dois psicólogos que realizam a atividade em co-coordenação	13:30H – 15H	
Atendimentos individuais dos pacientes com nutricionistas, médico nutrólogo, psicólogo e psiquiatra	2º andar do Hospital das Clínicas (Ambulatório B4)	Nutricionistas, médico nutrólogo, psiquiatra e psicólogos.	15H – 18H	
Psicoterapia individual, para pacientes e familiares/responsáveis	Pode acontecer nas dependências do HC ou em consultórios particulares	Psicólogos veiculados ao GRATA, psicólogos não veiculados ao GRATA.	Os horários dependem do contrato feito entre cliente e terapeuta	

Quadro 1. Atividades realizadas pelo GRATA

1.6.1 O MODELO ASSISTENCIAL DO GRATA

Em sua maioria, os profissionais que desenvolvem atividades no GRATA atuam em caráter voluntário. Os atendimentos são realizados em uma instituição macro-hospitalar

pública, de natureza acadêmica, que visa atender diferentes camadas sociais da população e está inserido nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SILVA; SANTOS, 2006).

As modalidades de atendimento do GRATA em nível ambulatorial são: atendimento clínico individual (realizado por médicos nutrólogos e por nutricionistas), atendimentos psiquiátricos, atendimentos psicoterápicos individuais (para pacientes e familiares que desejarem) e psicodiagnóstico (para a compreensão do funcionamento mental do paciente).

Nas internações, que geralmente são realizadas na Unidade Metabólica do Hospital das Clínicas (6º andar), nas Enfermarias de Psiquiatria (3º andar), ou na Enfermaria da Nutrologia (5º andar), há a participação de terapeutas ocupacionais, médicos clínicos gerais, enfermeiros e demais profissionais inseridos na assistência (SILVA; SANTOS, 2006).

Os encaminhamentos para esse serviço de assistência são feitos pelas Unidades Básicas veiculados ao sistema de saúde de Ribeirão Preto e região ou por outros grupos de assistência à saúde presentes em Ribeirão Preto ou em outras localidades. Ao chegarem ao Hospital das Clínicas – *campus* USP, as pessoas com suspeita de transtorno alimentar passam por uma triagem onde é feito o diagnóstico diferencial para anorexia e bulimia nervosas. Caso o diagnóstico acuse anorexia e bulimia nervosas, esses novos pacientes serão encaminhadas para o GRATA, onde permanecerão em uma lista de espera para serem atendidos. No entanto, em caso de urgência devido à grave desnutrição e distúrbios hidroeletrólíticos, esses pacientes serão internados para o restabelecimento do aspecto físico e nutricional. Após a melhora do quadro o paciente é seguido no ambulatório.

1.6.2 A REUNIÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A reunião almeja explorar recursos criativos que se potencializam na reflexão oriunda dos diálogos sobre o trabalho interdisciplinar. Nesses encontros são discutidos os casos atendidos durante a semana, os atendimentos ambulatoriais, as internações, os grupos de familiares e de pacientes (SILVA; SANTOS, 2006).

A reunião de equipe tem a importante função de que todos os membros da equipe compartilhem de opiniões coesas e consensuais. Percebe-se que os usuários do serviço necessitam averiguar condutas, orientações e indicações terapêuticas, certificando-se com mais de um profissional da equipe. Faz-se necessário, portanto, que toda a equipe esteja consciente dos planos e condutas que foram assentidas durante a reunião.

Durante a reunião também é discutido a evolução de cada caso. A evolução do processo psicoterápico individual de pacientes e familiares são abordados pelos estagiários de

psicologia e psicólogos integrantes do GRATA e por profissionais extra-equipe que, quando conveniente, são convidados a participar das reuniões. É sempre atentado o caráter sigiloso em meio às discussões de equipe. Prioriza-se o caráter psicodinâmico dos usuários sem, contudo se desprezitar o sigilo (SILVA; SANTOS, 2006).

No processo de discussão emergem questões como:

Quais as modalidades de atendimento mais adequada para a população assistida pelo serviço? Qual é a efetividade das intervenções em grupo (de familiares e pacientes)? Quais os critérios de internação e de alta que devemos seguir? Como se faz uma preparação para internações consideradas difíceis? E os encaminhamentos à psicoterapia de pacientes e/ou pais? E como equacionar a questão da medicação com os manejos clínicos e nutricionais, dentre outras decisões acerca do tratamento de cada paciente? (SILVA; SANTOS, 2006, p. 419).

A meta de atingir uma interdisciplinaridade exige que a equipe trabalhe de forma integrada e afinada com os mesmos pressupostos teórico-clínicos, atuando com dedicação e crença na capacidade coletiva de gerir problemas humanos. Nesse momento é visado dar uma abordagem integral de atendimento ao paciente e seus familiares, revisando as falhas da equipe, na tentativa de propiciar uma atenção global aos usuários.

1.6.3 A ABORDAGEM PSIQUIÁTRICA

Os transtornos alimentares são patologias psiquiátricas com apresentações distintas e critérios diagnósticos bem definidos. Pacientes com anorexia nervosa geralmente não procuram espontaneamente ajuda, pois não se sentem doentes. Desconfiam dos médicos, pois acreditam que eles irão controlar sua alimentação e seu peso. Pelo grande sofrimento, a paciente com bulimia nervosa procura ajuda, porém tem dificuldades em aceitar o tratamento.

A distorção da imagem corporal é a única distorção que anoréxica e a bulímica têm da realidade (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). A bulímica possui a distorção da imagem corporal, mas essa distorção aparece mais como uma percepção de um corpo disforme. Por essas características, é importante não colocar a esses pacientes o *ganho* de peso como objetivo do tratamento.

A ansiedade presente na anorexia e na bulimia se dá de maneira diversa. Na anorexia a ansiedade se apresenta intensa antes das refeições. Já na bulímica a ansiedade atinge seu

máximo após as refeições, e por isso a paciente toma atitudes purgativas (vômitos e diarreias) ou de hiperatividade (exercício físico).

A auto-estima apresenta-se baixa nas pessoas com anorexia e bulimia nervosas, no entanto os pacientes com bulimia nervosa são os mais comprometidos, chegando muitas vezes a cometerem tentativas de suicídio.

A dificuldade de diagnóstico e de conduta do psiquiatra sobre esse transtorno está presente no fato de que a bulimia e a anorexia nervosas geralmente vêm associadas a outros transtornos psiquiátricos. Estão associados aos transtornos alimentares os transtornos de personalidade e da impulsividade, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e dependência de álcool e drogas (CABRERA, 2006).

Diante desse quadro complexo deve-se firmar um contrato terapêutico entre equipe, paciente e família, com acordos mínimos como: metas estabelecidas para a recuperação do estado nutricional, ritmo de recuperação, regras da instituição quanto à adesão ao tratamento ambulatorial, e critérios para internação integral.

Quanto à medicação psicotrópica, ela deve ser vista como coadjuvantes no tratamento. Os antidepressivos são os psicotrópicos que possuem maior aplicabilidade (CASPER, 2002). No tratamento da anorexia nervosa, o enfoque medicamentoso mais frequentemente dá-se depois do peso restabelecido. Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina são comumente considerados naqueles pacientes com transtorno psiquiátrico comórbido (CROW; BROWN, 2003). Na bulimia nervosa, o emprego desses fármacos visa diminuir tanto compulsões e vômitos muito intensos e resistentes à abordagem psicoterápica, quanto os quadros psiquiátricos associados. A Fluoxetina tem sido a medicação de escolha para esses quadros (KOTLER; WASH, 2000).

No entanto, as indicações medicamentosas serão aceitas com resistência pelos pacientes, que temem em ganhar peso com a ingestão desses psicotrópicos. Portanto, o sucesso da adesão ao tratamento medicamentoso depende da habilidade do médico em escolher o momento onde a relação de confiança psiquiatra-cliente já está instaurada, para que assim ele possa sugerir ao paciente o uso da medicação. Da mesma forma, o profissional deve ser objetivo e claro na apresentação dessa modalidade de intervenção (CABRERA, 2006) para que nenhuma desconfiança surja e prejudique o uso da medicação.

1.6.4 O PSICÓLOGO E O PSICODIAGNÓSTICO

O psicodiagnóstico é uma importante etapa de inserção do usuário ao serviço. Pode ser considerado um processo de acolhimento, onde o paciente é avaliado psicologicamente e preparado para as possíveis terapias e grupos psicológicos posteriores.

Para melhor compreender o funcionamento psicodinâmico desses pacientes, o GRATA realiza o psicodiagnóstico dos usuários atendidos pela equipe. O processo psicodiagnóstico se dá por uma relação entre psicólogo e paciente, com duração limitada, e tem por objetivo compreender a personalidade do paciente com o uso das seguintes técnicas: entrevistas semidirigidas, técnicas projetivas e entrevistas de devolução. Ao escolher uma bateria de testes, o profissional deve usar aqueles que captem de maneira mais detalhada, o maior número de condutas (OLIVEIRA; SANTOS, 2006).

Em um estudo realizado por Oliveira e Santos (2006), os resultados da avaliação psicodiagnóstica de 24 pacientes vinculados ao GRATA demonstraram que a capacidade intelectual estava preservada, apesar da impossibilidade de utilização eficiente de todos os recursos cognitivo-rationais, devido a invasão de afetos. O controle de impulsos desses pacientes foi deficitário, o que pode gerar comportamentos agressivos para si próprios e para os outros. São pessoas com a auto-estima rebaixada e que sofrem de intensa distorção da imagem corporal, e sentimentos de desesperança.

Os relacionamentos interpessoais são prejudicados por essa configuração psíquica. Geralmente as pessoas com transtorno alimentar se relacionam com os outros de forma temerosa, com desejo de aprovação e extrema insegurança (BRUNCH, 1978).

O relacionamento com as figuras parentais é marcado por ambivalência, onde geralmente aparecem sentimentos de amor e ódio. A falta de elaboração na internalização das imagens parentais prejudica a consolidação da identidade pessoal. Por possuírem uma frágil estrutura egóica são comuns movimentos regressivos e vínculos simbióticos com as figuras parentais.

Apesar da dificuldade em se estabelecer vínculos interpessoais, Oliveira e Santos (2006) observaram em seu processo psicodiagnóstico, a capacidade de vinculação dos pacientes com a psicóloga e uma crescente aproximação e abertura a experiências de intimidade emocional.

1.6.5 O ASPECTO NUTRICIONAL E O NUTRICIONISTA

De acordo com Sicchieri et al. (2006) quando adentram ao GRATA os pacientes com anorexia do tipo restritivo apresentam geralmente grau de desnutrição III, classificado quando o Índice de Massa Corpórea (IMC) é menor que 15 Kg/m². Os pacientes com anorexia nervosa do tipo bulímico apresentam condições semelhantes, porém de maneira menos acentuada. Os portadores de bulimia nervosa tipo compulsivo/purgativo normalmente são eutróficos¹ do ponto de vista antropométrico. O anoréxico apresenta como sinais clínicos: lanugo², hiperbetacarotenemia³ e bradicardia⁴. Os pacientes bulímicos apresentam como sinais clínicos bradicardia e alterações hidroeletrólíticas.

No que concerne ao modo de se vincular a esse paciente, o nutricionista deve estar consciente de que os comportamentos alimentares são muitas vezes ocultados e negados para os familiares e profissionais. Dessa forma, questionamentos sobre a conduta alimentar, podem não responderem com verdade. Cabe ao nutricionista trabalhar de forma integrada com a equipe, para acolher e conhecer esse indivíduo. Após o estabelecimento de um vínculo entre profissional e paciente, percebe-se que o paciente adere ao tratamento e expõe de maneira sincera seu comportamento alimentar.

A avaliação nutricional, no GRATA, é realizada no primeiro atendimento e a cada retorno (SICCHIERI et al., 2006). Primeiramente, é realizada a avaliação antropométrica com aferição do peso, altura, circunferência do braço e pregas cutâneas (tricipital, bicipital, subescapular e suprailíacas). No início do tratamento, que ocorre geralmente com frequência semanal, o paciente é atendido pelo médico nutrólogo e nutricionista e, sempre que possível, com a presença de um psiquiatra e de um psicólogo.

É aconselhável que o peso seja aferido semanalmente, por ser tratar de um importante medidor da recuperação nutricional, e que a avaliação antropométrica seja executada pelo mesmo profissional, minimizando assim, erros ou manipulações de dados pelo paciente. O ideal é que o indivíduo seja avaliado sempre no mesmo horário, trajando vestimentas leves, e que possuam pesos conhecidos pelos profissionais. Além da aferição do peso e da altura, é importante avaliar as restrições alimentares, as crenças nutricionais, e a relação que esses pacientes possuem com os alimentos, para que seja passada uma dieta condizente com as possibilidades e necessidades do portador (LATTERZA et al., 2004).

¹ Refere-se à boa nutrição.

² Refere-se à presença de pêlos finos, de aspecto aveludado no corpo.

³ Refere-se à grande quantidade de beta caroteno no corpo.

⁴ Redução dos batimentos cardíacos para 60 ou menos por minuto.

Para avaliar a ingestão alimentar e a evolução do quadro é feita, no GRATA, uma anamnese inicial onde é investigado tabus e crenças sobre os alimentos, hábitos alimentares e distorção da imagem corporal. Além disso, é feito o registro alimentar, onde o paciente é orientado a fazer em domicílio anotações referentes à alimentação contendo: tipos de alimentos e quantidades ingeridas, horários de ingestão, local das refeições, percepção de fome e saciedade, mecanismos de purgação (vômitos, uso de laxativos e diuréticos, exercícios físicos intensos, etc.), e sentimentos relacionados ao ato de se alimentar. O diário alimentar faz com que o paciente adquira maior consciência sobre diversos aspectos da sua doença, e constantemente exerça disciplina e controle sobre eles (STORY, 1986).

Outro recurso nutricional utilizado pelo GRATA é o recordatório alimentar de 24 horas, que consiste em uma entrevista realizada por um profissional treinado, e visa obter informações precisas sobre a alimentação do paciente nas últimas 24 horas.

No regime de hospitalização integral do GRATA, há o monitoramento nutricional desenvolvido por parte dos funcionários da enfermagem de Nutrologia (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, copeiras, entre outros) que informam sobre a rotina alimentar, episódios purgativos, e aceitação da dieta pelos pacientes.

Também se pode fazer uso do sistema resto-ingestão para se avaliar o quadro de ingestão de alimentos pelos usuários. Essa ferramenta funciona ao se porcionar e pesar os alimentos antes e após a alimentação do anoréxico ou bulímico.

No seguimento ambulatorial do GRATA, os nutricionistas utilizam instrumentos de orientação alimentar como a Roda de Alimentos associados ao registro alimentar, para enfatizar a importância de uma alimentação saudável e equilibrada, e para monitorarem a evolução do quadro nutricional dos pacientes (SICCHIERI et al., 2006).

Quando não há melhoras nos aspectos nutricionais, com contínua perda de peso e piora no quadro clínico, a internação integral é indicada, com a utilização de nutrição enteral, na forma de suplementação por via oral, ou por sonda nasoenteral, administrada por bomba de infusão, no período noturno. Caso essa intervenção não seja satisfatória, é instalada a nutrição parenteral para corrigir distúrbios hidroeletrólíticos, hipoalbuminemia, desidratação e outras complicações metabólicas.

Por fim, é necessário que o segmento nutricional da equipe tenha bom senso e compreensão para lidar com o transtorno, de modo a colocar metas atingíveis e praticáveis, sem exigências de recuperação rápida e imediata do quadro clínico (ALVARENGA; LARINO, 2002). Para tanto, é necessário que os nutricionistas compreendam conhecimentos que vão além de sua formação como: conhecimentos de psicologia, psiquiatria e de técnicas cognitivo-

comportamentais, que os habilitem a atuarem de forma empática, colaborativa e flexível, colaborando para a formação de vínculos com os pacientes (ROCK; CURRAN-CELENTANO, 1996).

1.6.6 A FUNÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

O GRATA conta, desde 1999, com a presença do terapeuta ocupacional do Serviço de Terapia Ocupacional Hospitalar, que realiza atendimento em interconsulta a pessoas com anorexia e bulimia nervosas internadas na Enfermaria de Nutrologia, ou na Unidade de Psiquiatria, ou Metabólica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – *campus* USP (MORAIS, 2006). A solicitação da terapia ocupacional para os pacientes com transtornos alimentares possui várias razões, e dentre elas estão: a dificuldade de aceitação e de adesão ao tratamento pelos anoréxicos e bulímicos, queixas de ansiedade e dificuldade de permanecerem no ambiente hospitalar, história prévia de dificuldades no relacionamento interpessoal, e nas atividades do dia-a-dia.

A clientela predominante atendida pelos terapeutas ocupacionais atuantes no GRATA são de mulheres e adolescentes jovens, com dificuldade na organização e no desempenho das atividades cotidianas, devido aos comprometimentos físicos, emocionais e sociais. Observa-se também que essas pacientes apresentam intensas falhas na comunicação, interpretação e verbalização de seus afetos e estados emocionais, bem como na percepção das sensações corporais (GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002). Na assistência da terapia ocupacional se observa dificuldades relacionadas à autonomia, ao desempenho nas atividades escolares, e prejuízo no trabalho por afastamentos e faltas (MORAIS, 2006).

A terapia ocupacional tem como sujeito alvo aquele que está excluído socialmente e que tem a doença, ou o transtorno como uma interrupção no seu cotidiano (BENETTON, 1994). A realização das atividades na terapia ocupacional e o seu processo terapêutico possibilitam novos rumos para o fazer. No criar, aprender, construir, inventar, etc., abrem-se espaços para experimentar formas diferentes de vivenciar cada situação.

Por meio do planejar, organizar e realizar junto com o terapeuta as ações cotidianas, o paciente com transtorno alimentar consegue estabelecer novas relações com o seu fazer. O fazer compartilhado entre cliente e terapeuta permite que essa relação terapêutica saudável, que se estabelece por meio da terapia ocupacional, possa ser refletida em espaços sociais mais amplos.

A entrada do paciente anoréxico ou bulímico no ambiente hospitalar vem permeada com grande ansiedade e desgaste emocional. A terapia ocupacional pode contribuir para: a diminuição do estresse do tratamento, proporcionar um espaço de vivência e discussão para os conflitos relacionado à distorção da imagem corporal, ajudar no resgate das capacidades e habilidades perdidas ou não desenvolvidas, motivar uma postura participativa, criativa e mais independente, abrindo assim meios para expressar, vivenciar e perceber os sentimentos (MORAIS, 2006).

1.6.7 O GRUPO DE APOIO

De acordo com Guanaes (2000), o grupo de apoio pretende oferecer auxílio e recursos para as pessoas lidarem com fases conflitantes tais como: momentos de estresse, crises ou períodos de transição. O grupo permite compartilhar angústias e dificuldades semelhantes entre os participantes, através de um processo de trocas de experiências, e provê um suporte necessário que facilita essas trocas. Diante disso, o coordenador deve propiciar um espaço de acolhimento das emoções e de suporte das mesmas. Ele também tem o papel de incentivar o uso dos recursos disponíveis dos participantes, para a reflexão das questões abordadas no grupo.

O grupo de apoio proporciona o aumento do conhecimento sobre si, alívio, reassseguramento, fortalecimento da capacidade de enfrentamento, melhora da auto-confiança, diminuição do medo, diminuição da ambigüidade, instilação de esperança, entre outros (GUANAES 2000).

Os grupos homogêneos se definem pela semelhança que todos integrantes possuem a um determinado critério tal como idade, sexo ou doenças. Ressalta-se que, apesar do fator comum, o grupo pode ser heterogêneo com relação a diversas outras variáveis, ou seja, as pessoas do grupo, apesar de suas diferenças, podem ser selecionadas e reunirem-se de acordo com determinado tema ou situação, como, por exemplo, uma enfermidade.

A identificação possível entre os participantes e o maior sentimento de pertença são benefícios que Zimerman e Osorio (1997) apontam como fatores benéficos presentes no grupo homogêneo.

O grupo aberto se caracteriza por permitir a entrada de novos participantes durante seu período de existência. Pode-se, portanto, abordá-lo como existindo única e exclusivamente em cada sessão, ou então em uma visão sistêmica, através da qual uma série de sessões estão

articuladas dentro do desenvolvimento grupal, como estágios desse desenvolvimento (RASERA, 2004).

Apesar da elevada rotatividade presente no grupo aberto, percebe-se, com o passar do tempo, que as questões trazidas ao grupo vão se tornando mais íntimas e, como consequência, dá-se um grupo mais coeso e não tão dependente do terapeuta (RASERA, 2004).

1.6.8 O GRUPO DE APOIO AOS FAMILIARES

O Grupo de Apoio aos Familiares é um grupo aberto e homogêneo, que permite a participação de todos os familiares que tenham pacientes atendidos pelo Grupo de Assistência em Transtorno Alimentar. A participação do familiar no grupo independe do tempo em que o paciente está em tratamento. Tem como critérios de inclusão: a vinculação do paciente no tratamento, ser maior de 18 anos, ter boas condições mentais e disponibilidade em estar em grupo. Apesar do nome, o grupo aceita participantes que não necessariamente possuam algum grau de parentesco como o paciente, mas que possuam necessariamente um nível de relação íntima com ele.

De acordo com Santos et al. (2002), os principais objetivos desta intervenção são: prover noções sobre o distúrbio da conduta alimentar e suas consequências físicas, psicológicas, familiares e sociais; prover informações genéricas sobre temas médicos relacionados (nutrição básica, desnutrição, etc.) e discutir temas trazidos espontaneamente pelo grupo; prover continência emocional e estimular a expressão livre de sentimentos diante do transtorno e dos conflitos emergentes; refletir sobre o manejo da síndrome e suas peculiaridades; incentivar, dentro do grupo, a ajuda mútua através do compartilhamento de experiências semelhantes; e integrar a família dentro de um programa de tratamento global.

O Grupo de Apoio aos Familiares é constituído por dois momentos: o Grupo de Orientação Clínico-Nutricional aos Familiares e o Grupo de Apoio Psicológico aos Familiares.

O Grupo de Orientação Clínico-Nutricional visa esclarecer dúvidas dos familiares sobre questões nutricionais e orgânicas. Tem como principais objetivos: promover noções sobre os transtornos alimentares, suas implicações físicas, psicológicas, familiares e sociais, e modalidades do tratamento; prover informações sobre a nutrição do organismo, desnutrição e seu quadro fisiopatológico, os sinais clínicos dessas síndromes e suas consequências metabólicas; esclarecer os familiares sobre as orientações alimentares que os pacientes recebem, e auxiliá-los para o seguimento destas em domicílio; orientar os familiares quanto à

melhor conduta frente ao que os pacientes apresentam em relação à conduta alimentar; discutir assuntos trazidos espontaneamente pelo grupo (BIGHETTI; DOS SANTOS; RIBEIRO, 2006).

O Grupo de Apoio Psicológico aborda questões emocionais dos familiares que estão vivenciando o transtorno. Apesar de ter uma orientação de vertente psicanalítica, o grupo não pretende interpretar nas sessões os aspectos psicodinâmicos inconscientes. Usa-se como estratégia de apoio a clarificação, para facilitar o reconhecimento de recursos de enfrentamento de cada familiar diante do transtorno. É também utilizada como estratégia a confrontação, onde os membros do grupo confrontam aspectos subjetivos com os dados objetivos da realidade biológica, psicológica e social. A estratégia de orientação almeja prover apoio emocional para lidar mais adequadamente com os conflitos (SANTOS et al., 2002).

Os familiares, no Grupo, percebem o seu sofrimento, para significarem a experiência da doença, e para buscarem uma generalização do que seria a pessoa com anorexia ou bulimia, tornando o problema menos ameaçador. O Grupo de Apoio Psicológico mostrou-se como um espaço privilegiado para a exploração desses significados sobre a doença e suas causas, para o esclarecimento das dúvidas, e para a construção conjunta de possibilidades para ultrapassar o desafio que o transtorno alimentar impõe (SOUZA; SANTOS, SCORSOLINI-COMIN, 2009).

Em 2006, nos quatro anos de atividade do Grupo, houve um comparecimento médio de 8 pessoas, sendo essas geralmente pais, irmãos, avós e esposos. Foi evidenciada, através da participação dos familiares no Grupo, melhor adesão do paciente e de sua família ao tratamento como um todo. Na visão clínico-nutricional, foi percebido uma evolução mais favorável dos pacientes que tinham seus familiares como participantes do Grupo, e também a presença do sentimento de gratidão, por parte dos familiares que freqüentavam o Grupo, ao tratamento (BIGHETTI; DOS SANTOS; RIBEIRO, 2006).

1.6.9 O GRUPO DE APOIO PSICOLÓGICO AOS PACIENTES COM ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS

Ao buscar um espaço onde os pacientes pudessem trocar experiências, compartilhar problemas semelhantes, e discutir situações vivenciadas com o adoecimento e o tratamento, o Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares desenvolveu o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, definido por Santos (2006) como um grupo aberto, onde os participantes são livres para comparecerem semanalmente, desde que sejam agendados previamente. É um grupo homogêneo em relação ao critério do diagnóstico, mas não necessariamente em relação à idade, sexo e outros atributos físicos, sociais e culturais.

De acordo com Santos (2006), as táticas de intervenção usadas no Grupo aproximam-se, em seus fundamentos teóricos, das estratégias descritas no contexto de psicoterapias de apoio. Tem como intervenções mais frequentes: as explorativas, que correspondem àquelas intervenções que buscam investigar o que o paciente conhece a respeito do transtorno e de seu tratamento; as informativas, onde é visado disseminar conhecimentos atualizados sobre o transtorno, em uma linguagem acessível ao paciente; as integrativas, que almejam o desenvolvimento de habilidades de elaboração das situações vivenciadas e a aprendizagem através da experiência própria ou do outro; as intervenções de clarificação, em que se procura facilitar o reconhecimento dos recursos de enfrentamento que cada paciente utiliza para enfrentar os momentos de crise e as seqüelas já advindas de um transtorno crônico; as intervenções de confrontação, que dizem respeito à necessidade gerada pelo grupo, de que os pacientes avaliem e testem a sua subjetividade frente aos dados objetivos das realidades biológica, psicológica e social; as intervenções de orientação, que têm por objetivo prover apoio emocional, para um manejo mais adequado dos conflitos intrapsíquicos.

O grupo está formado atualmente por um psicólogo, uma psicóloga co-coordenadora e estagiários nos papéis de observadores silentes. O número de participantes era, no ano de 2006, uma média de seis por sessão.

Os participantes do grupo obedecem ao critério de seleção, no qual são selecionados através de uma entrevista individual e/ou psicodiagnóstico, que é feito na admissão do paciente ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (SANTOS, 2006).

Os critérios de inclusão para o grupo são: serem elegíveis pacientes que preencheram os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (APA, 2003) para anorexia e bulimia nervosas; ter idade mínima de 14 anos, sem limite máximo; a aceitação, pelos participantes, das características de funcionamento do grupo, e de uma modalidade específica de trabalho que aborda aspectos emocionais relacionados aos transtornos; e disponibilidade para comparecer ao grupo, pelo menos nos dias compatíveis ao retorno médico. Os critérios de exclusão são: presença de doença psiquiátrica e dificuldades de ordem pessoal, tais como rebaixamento intelectual e problemas de comunicação verbal ou acuidade auditiva, que poderiam interferir na interação do paciente com os outros integrantes do grupo (SANTOS, 2006).

A literatura aponta que grupos realizados com pacientes portadores de transtornos alimentares têm mostrado alguns benefícios, como a melhor compreensão dos pacientes a respeito dos sentimentos que somatizam, e de seus comportamentos inadequados decorrentes do transtorno. (DIAMOND-RAAB; ORRELL-VALENTE, 2002.)

Segundo Santos (2006), são objetivos do Grupo de Apoio Psicológico realizado no GRATA: propiciar um contexto confiável no qual o paciente possa adquirir recursos para lidar com a ansiedade, de forma a obter meios de resolver os conflitos que são vividos diariamente; incentivar, no contexto grupal, a ajuda compartilhada através da exposição e discussão dos participantes sobre problemas semelhantes; estimular formas de lidar com o conflito dependência-autonomia no qual o paciente geralmente se insere; buscar desfechos mais satisfatórios para as suas histórias de dor e sofrimento; e desenvolver o crescimento e a gradual individualização do paciente.

1.6.1 O O AUTOCUIDADO DA EQUIPE

Com a necessidade de manter um diálogo aberto entre todas as especialidades que lidam com o problema do transtorno alimentar, meios foram elaborados para que a equipe desenvolvesse aspectos técnicos e relacionais. A estratégia de autocuidado constituída pela equipe teve o objetivo de propiciar reflexões e melhorar a compreensão da realidade dinâmica e complexa do trabalho (SILVA; SANTOS, 2006).

A recriação de significados por meio dessas reflexões permitiu um entendimento mais ampliado das experiências emocionais dos membros que compõem a equipe, e o desenvolvimento da capacidade de acolhimento por parte de todos.

A estratégia de autocuidado foi realizada com a escolha de integrantes da equipe, que se revezavam no papel de coordenadores, sempre em duplas. A reunião acontecia uma vez por mês e era destinada a cuidar dos cuidadores. Esse processo foi resultado de um trabalho desenvolvido por cerca de dois anos pelo *Instituto Familie*, que a pedido do grupo, desenvolveu a modalidade de intervenção denominada “Multiplicadores Reflexivos”.

O papel da equipe que atuou no Projeto Multiplicadores Reflexivos foi o de, através de perguntas, facilitar contextos conversacionais, gerando recursos de enfrentamento para as pessoas envolvidas no processo, e para o grupo (CÉSAR et al., 2006). Essa intervenção teve por objetivo desenvolver recursos e habilidades de enfrentamento nas equipes (SILVA; SANTOS, 2006). Além disso, outros objetivos dessa proposta foram os de: desenvolver a capacidade reflexiva dos indivíduos, através do diálogo; despertar nos participantes a identificação e a apropriação de suas habilidades e recursos; favorecer a construção de histórias alternativas para suas próprias vidas; e desenvolver a capacidade de resolver situações consideradas problemáticas (CÉSAR et al., 2006). A primeira etapa deu-se através de treze encontros mensais, na própria dependência do Hospital das Clínicas – *campus USP*, de maio

de 2002 a junho de 2003. Entre o período de 2006 até o final de 2007, houve uma segunda etapa desse processo, onde alguns profissionais do GRATA dirigiram-se a sede do *Instituto Familie*, e realizaram as reuniões aos sábados, fora do contexto ambulatorial.

Esse processo foi considerado importante, pois, a partir das reflexões em equipe foi possível melhorar a capacidade dialógica e acolher a alteridade nas relações, permitindo novas maneiras de lidar com os impasses apresentados nos processos de trabalho, e fazendo com que os membros da equipe se tornassem mais confiantes e esperançosos nas possibilidades de tratamento.

No momento da realização desse estudo, o GRATA não contava com estratégias de autocuidado para a equipe, porém houve a participação de uma psicanalista nas reuniões de equipe, que contribuiu para a discussão dos casos dos pacientes da equipe.

JUSTIFICATIVA

O paciente anoréxico e bulímico, ao adentrar o contexto hospitalar, sente-o como algo assustador e desconhecido, onde tem de lidar com pessoas e situações diferentes daquelas que lhes eram familiares. Poder-se-ia pensar que o ambiente também se coloca como ameaçador, pois o tratamento geralmente é entendido pelo paciente como “engordar”. A recuperação do peso é essencial para a reabilitação orgânica do paciente, porém essa atitude é experimentada com grande temor pelo usuário.

Assim, questiona-se como acolher um paciente que não deseja ser cuidado, e como se estabelece o vínculo entre profissional e usuário. A literatura aponta para a complexidade dessa relação. O paciente demanda grande atenção dos profissionais, porém frequentemente não reconhece essa necessidade de cuidado. Toma atitudes prejudiciais e boicota as ações da equipe, que age em prol de sua recuperação.

Em contrapartida, os profissionais sentem-se estressados e desgastados, pois há o ataque as suas auto-estimas, e, o vínculo, é permeado pela desconfiança e por inúmeros boicotes, por parte dos pacientes. Muitas vezes os profissionais podem se sentirem excessivamente controladores em suas atitudes, pois se torna difícil balancear entre atitudes coercitivas e aquelas que dão maior autonomia ao paciente. Para se defenderem, se utilizam de mecanismos psíquicos como a fragmentação do relacionamento profissional-paciente, despersonalização, categorização, negação da importância do indivíduo, distanciamento e negação de sentimento.

Vê-se, portanto, que nesse caso o vínculo entre paciente e profissional está imerso em conflitos e dúvidas.

Ao entender o acolhimento e o vínculo como conceitos complementares, visto que ambos tratam do modo como o serviço recebe e trata seus usuários, pode-se definir, de acordo com a literatura, o que seria o acolhimento e o vínculo ideal. O acolhimento pode ser definido como a capacidade do serviço em adaptar técnicas e combinar atividades de forma flexível. Trata-se da capacidade de poder aproveitar os recursos e os aspectos sociais, culturais e econômicos presentes no contexto em que o serviço está inserido, para satisfazer às necessidades do usuário, de forma a criar uma ampla rede de apoio. Sob essa vertente, o profissional adotaria uma posição mais criativa e autônoma, pois analisaria os recursos e o contexto do serviço, para desenvolver estratégias de cuidado mais qualificadas e eficazes.

O vínculo entre profissional e usuário é a relação que possibilita que a autonomia e a cidadania sejam estimuladas, na medida em que o usuário torna-se participativo na construção de saberes sobre a saúde, na elaboração das atividades, e na organização do serviço.

Entretanto, como desenvolver um acolhimento e um vínculo capazes de satisfazer as necessidades do paciente, e torná-lo um sujeito mais autônomo e opinante frente ao seu tratamento e doença, no caso das anorexias e bulimias nervosas, onde os vínculos conflituosos e os vários boicotes geralmente preponderam?

Para abrir perspectivas sobre essa questão é objetivo do estudo apreender como os pacientes anoréxicos e bulímicos compreendem o acolhimento e o vínculo presentes no serviço. Também é almejado compreender como os profissionais, atuantes no serviço, experienciam o vínculo com esses pacientes, e como apreendem a forma de acolhimento do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares.

A intercomunicação entre esses dois pilares do serviço – profissional e usuário – poderá contribuir para a produção de importantes conhecimentos a respeito do tratamento das anorexias e bulimias nervosas.

3 OBJETIVO

Compreender como os profissionais e os pacientes de um Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares entendem o acolhimento deste grupo de assistência, e como ambos (profissionais e pacientes) entendem o vínculo entre eles.

4 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de caráter predominantemente qualitativo, com a utilização de dados quantitativos para esclarecer e ampliar a análise dos resultados. É um estudo qualitativo por se destinar a apreender os sentidos e significados do acolhimento e do vínculo surgidos no processo avaliativo do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares. Conforme Minayo (1993) as abordagens qualitativas são compreendidas como aquelas capazes de inserir a dimensão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. As construções sociais são consideradas em sua origem e em sua transformação como construções humanas significativas, ou seja, imbuídas de valores.

As abordagens qualitativas não almejam fundamentar leis para generalizações, mas objetivam a compreensão profunda e ampla de certos fenômenos sociais, baseados no âmbito subjetivo da ação social (WETZEL, 2005).

Esta pesquisa tem como objetivos compreender quais são os valores, conceitos, sentidos e significados advindos dos atores do serviço avaliado. Dessa forma a abordagem qualitativa é aqui bem colocada, pois almeja compreender os indivíduos em seus próprios termos e enfatiza as particularidades do fenômeno, no que concerne ao seu significado para o grupo pesquisado. O pesquisador deve valer-se, para tanto, de uma postura flexível e criativa para apreender os sentidos da situação investigada (GOLDENBERG, 1998).

4.2 A AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE QUARTA GERAÇÃO

Esta pesquisa é baseada em métodos utilizados na Avaliação Qualitativa de Quarta Geração. A Avaliação Qualitativa de Quarta Geração surge a partir da proposta de Guba e Lincoln (1989) de refinar e superar as deficiências das três gerações de avaliação anteriores, e propor um modelo avaliativo mais qualificado e sofisticado.

As gerações avaliativas anteriores são determinadas por contextos históricos, e disposições filosóficas e teóricas que aqui não serão expostas por se pretender definir brevemente no que consistem as três primeiras gerações avaliativas.

A “Mensuração” é a primeira geração avaliativa definida por Guba e Lincoln (1989). Basicamente, essa primeira geração de avaliação considera a avaliação como equivalente à mensuração das variáveis previamente estabelecidas, para medir o que se pretende. O avaliador é colocado em uma função técnica, onde se espera que ele conheça todo o arcabouço

de instrumentos disponíveis, para que qualquer variável elegida para a investigação possa ser mensurada. Se o instrumento necessário para determinada avaliação não existe, é esperado que o avaliador possua a habilidade de desenvolvê-lo e, assim, medir as variáveis necessárias. A geração avaliativa da mensuração tem seus resquícios, atualmente, no uso da prática dos testes nos colégios, nos procedimentos de admissão nas faculdades, ou ainda através do seu uso para classificar escolas, e a eficiência individual dos professores (GRONLUND, 1985).

A segunda geração de avaliação, nomeada como “Descritiva”, permitiu criar um programa de avaliação que não existia na primeira geração. Através da descrição de parâmetros de força e fraqueza a respeito de certos objetivos estabelecidos, a tarefa do avaliador é descrever o contexto avaliado, utilizando diversos recursos, além dos da mensuração, para avaliar o objeto proposto. Não desprezando os aspectos técnicos anteriores, a mensuração não é mais considerada o equivalente da avaliação, mas é considerada como um dos instrumentos que podem ser utilizados nesse serviço. Como forma de ilustrar esse processo avaliativo pode-se utilizar a intervenção feita por Ralph W. Tyler, um pesquisador da “Ohio State University” que ajudou na elaboração e desenvolvimento de um novo currículo para estudantes de escolas secundárias (GUBA; LINCOLN, 1989). Através da coleta de informações a respeito do alcance e realização de objetivos específicos, pelos alunos inseridos no programa de avaliação, Tyler submeteu esses dados a uma análise com certos parâmetros, e utilizou essa análise como guia de refinamentos e revisão dos currículos, até que eles atingissem adequados níveis de efetividade. Assim, uma das principais vantagens da segunda geração de avaliação, foi mostrar uma maneira de avaliar os muitos objetos não humanos da avaliação, como, por exemplo: os programas, materiais, estratégias de ensino, padrões organizacionais e tratamentos, em geral.

O movimento de inserir o julgamento no ato da avaliação definiu a emergência da avaliação de terceira geração. Essa avaliação é caracterizada pela posição do avaliador, na qual ele assume a função de juiz, bem como retém as funções anteriores técnicas mensuratórias, e descritivas na avaliação. Assim, foi revelada essa nova faceta da avaliação, fundamental e necessária à análise: o julgamento.

O julgamento necessita de padrões contra o qual o julgamento possa ser feito. A inclusão de padrões para que a avaliação seja feita deve, portanto, ser carregada de valor científico e putativo. Finalmente, se existe um julgamento, existe um juiz. Muitas vezes, avaliadores não se sentem competentes para desempenhar esse ato, e sentem-se assustados com a vulnerabilidade política ao qual estão expostos. Ainda assim, eles apressam-se em aceitar essa obrigação, em grande parte pelo fato de, dentre os vários possíveis candidatos a

juiz, o avaliador ser, sem dúvidas, o mais objetivo (SCRIVEN, 1967 apud GUBA; LINCOLN, 1989). Assim, o avaliador é referenciado como aquele que possui o conhecimento e a habilidade necessária para avaliar determinada situação ou contexto.

Coletar dados de indivíduos não era sistematicamente possível até o desenvolvimento de instrumentos apropriados, o que foi desenvolvido a partir da primeira geração de avaliação. No entanto, a avaliação não se manteve estagnada, já que a segunda geração de avaliação permitiu o desenvolvimento de vias para avaliar os muitos objetos de avaliação não humanos, como os programas, os materiais, as estratégias de ensino, os modelos organizacionais, e os tratamentos, em geral. A terceira geração demandou uma avaliação liderada pelo julgamento, ambos sobre os méritos avaliativos intrínsecos à avaliação e de valor contextual ao qual a avaliação se aplicava.

No entanto, Guba e Lincoln (1989) acreditam existir três grandes falhas nas gerações avaliativas anteriores: uma tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos, a incapacidade de acomodar o pluralismo dos valores, dos atores envolvidos em torno de qualquer programa avaliativo, e o super comprometimento ao paradigma científico de pesquisa.

A supremacia do ponto de vista gerencial apresenta uma relação tradicional entre os gerenciadores e os avaliadores que é desafiadora, pois revela um alto número de conseqüências indesejáveis. A primeira dessas conseqüências é que o gerenciador se mantém fora do processo avaliativo. Sua capacidade gerencial não pode ser questionada, nem pode ser responsabilizado pelos resultados do processo avaliativo. A segunda conseqüência é que o gerenciador tem o poder decisivo de determinar quais questões o avaliador irá perseguir, como as respostas deverão ser coletadas e interpretadas, e a quem os resultados serão divulgados. Essa postura, em conseqüência, enfraquece os outros grupos de interesse do processo avaliativo, já que não podem colocar outras questões para serem respondidas ou darem outras interpretações a respeito de determinado tema. A terceira conseqüência é a de que o gerenciador retém o direito, contratual, de liberação dos resultados da avaliação. Finalmente, é de se esperar que haja a criação de um conluio entre gerenciador e avaliador, onde ambos adquirem vantagens sobre o processo avaliativo. Essa relação de poder evidentemente empobrece o processo avaliativo.

A incapacidade de abarcar o pluralismo de valores durante o processo avaliativo envolve o questionamento de quais valores irão estar mais presentes na avaliação, ou mais especificamente, os valores de quais autores irão preponderar. A questão crucial é como os diferentes valores dos atores em processo avaliativo irão ser negociados. Existe a hipótese de

que, a despeito das diferenças de valores existentes nos processos avaliativos, os achados de uma avaliação podem ser confiáveis porque a metodologia usada é científica, e a ciência é comprovadamente “livre de valores”, ou seja, imparcial. No entanto, a afirmação de que a ciência é “livre de valores” pode ser seriamente contestada. Se a ciência não é imparcial, então é o caso de não somente os achados estarem sujeitos as diferentes interpretações, mas também os próprios “fatos” serem determinados na interação com o sistema de valores do avaliador. Dessa forma, todo o ato de avaliação se transforma em um ato político. A incapacidade de abarcar o pluralismo de valores dos atores do processo avaliativo leva, pois, novamente à supremacia do ponto de vista gerencial.

O super comprometimento com o paradigma científico de pesquisa está relacionado com o desejo dos cientistas sociais em se aproximarem de métodos e metodologias próprios do positivismo e do cartesianismo. A pretender atingir legitimação científica, os profissionais avaliadores das três últimas gerações seguiam rigorosamente metodologias típicas das “hard science”, que compreendem estudos de caráter mais científico, rigoroso ou acurado. As “hard science” são caracterizadas por confiarem em dados empiricamente comprovados e de vertente quantitativa, obtidos através de métodos científicos e que focam a acuidade e a objetividade (LEMONS, 2008). No entanto, a extrema dependência a esses métodos podem trazer alguns infelizes resultados. O primeiro deles refere-se ao fato do avaliador utilizar de condições cuidadosamente controladas para que os fatores indesejáveis do ambiente sejam afastados, e para que resultados mais generalizáveis sejam obtidos na avaliação. No entanto, quando a atenção está voltada apenas para adquirir resultados generalizáveis, a situação real, não controlada pela intervenção do avaliador, não pode ser bem analisada e se servir dos resultados da avaliação.

A segunda consequência do super comprometimento com o paradigma científico é a extrema dependência das medidas quantitativas para se avaliar um processo avaliativo. Apesar dos dados quantitativos serem recursos que facilmente predizem e controlam o processo avaliativo, atualmente o seu uso exacerbado provocou uma inversão. Enquanto inicialmente eram utilizados apenas como “operacionalizadores” das variáveis científicas, eles se tornaram, afinal, as próprias variáveis. Isto, no entanto, gera o pensamento errôneo de que o que não pode ser medido, não pode ser real. Assim, a avaliação, envolta de valores e significados que os atores emitem durante o processo, é prejudicada por uma metodologia que se utiliza de instrumentos estritamente quantitativos.

A terceira herança desse tipo de metodologia traz a idéia de “coercibilidade da verdade”. Essa idéia leva a questão de que a verdade não pode ser negociada, já que os

métodos científicos garantem dados, comprovados cientificamente, de como a realidade se estrutura e organiza. Assim, torna-se difícil argumentar, frente às evidências dos dados cientificamente comprovados. Os avaliadores, dessa forma, muitas vezes detêm a autoridade daqueles que possuem a verdade sobre a realidade avaliada, já que submeteram os dados a métodos científicos. No entanto, o problema consiste em perceber como os métodos científicos são utilizados e justificam a posição e supremacia gerencial. Dessa forma, avaliadores, clientes e outros grupos de interesse são forçados a crerem naquela verdade adquirida através dos processos empíricos e estatísticos, já que cientificamente comprovada.

Finalmente, porque a ciência é supostamente considerada livre de valores, a adesão ao paradigma científico alivia o avaliador de uma responsabilidade moral por suas ações. Assim, já que os dados são cientificamente comprovados, ninguém pode culpar o avaliador por dizer a verdade ou revelar os fatos. No entanto, isso retira a responsabilidade do avaliador sobre o que será feito dos dados encontrados, como serão usados, ou de como a avaliação será manejada posteriormente. Assim, nenhuma das três gerações anteriores assegurava a responsabilidade moral do avaliador sobre os resultados surgidos na avaliação, e sobre seu uso posterior.

Guba e Lincoln (1989), ao buscar superar as deficiências encontradas nos três sistemas avaliativos anteriores, propõe a Avaliação Qualitativa de Quarta Geração, que surge como um modo de avaliação inclusivo e participativo. As abordagens de avaliação participativas, ou seja, centradas nos usuários da avaliação, têm como objetivo engajar os atores no processo de avaliação almejando à sua capacitação e desenvolvimento. Tais abordagens apóiam-se no paradigma Construtivista, ao priorizar a utilidade social da pesquisa, visando o incremento das potencialidades e a superação das limitações do programa, a partir de diferentes pontos de vista, abrindo mão assim, da objetividade e precisão características do paradigma positivista (FURTADO, 2001).

É, portanto, um método voltado para a inclusão dos grupos de interesse em todo o processo de avaliação, e compromissado com a utilização efetiva dos resultados no processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 1989). É, pois, um processo que permite superar a linearidade imposta por certas intervenções voltadas ao planejamento tradicional de avaliação onde, primeiro, se deve elaborar e desenvolver diagnósticos exaustivos e supostamente acabados sobre o contexto avaliado, para posteriormente compor um plano total de intervenção, e por fim desencadear operações (CAMPOS, 2000).

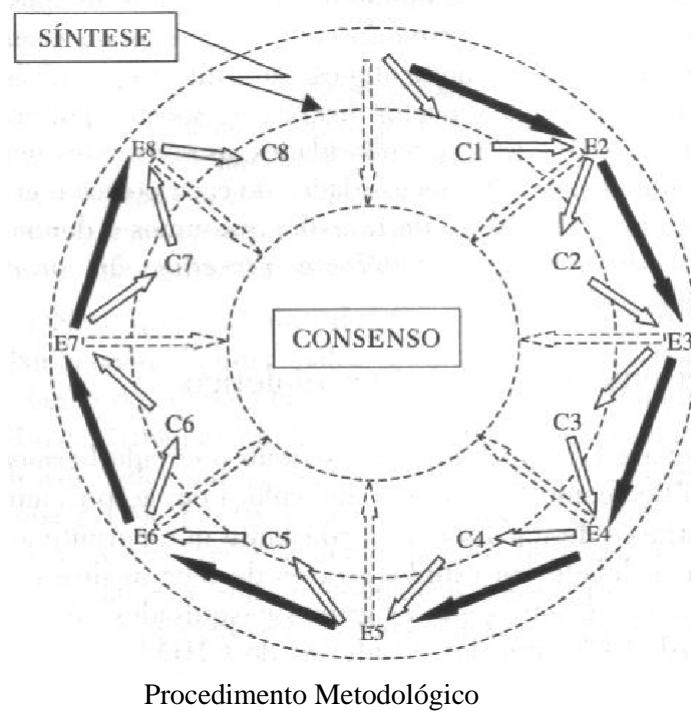
A Avaliação de Quarta Geração advém do referencial Construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989) e, ao seguir esse referencial, assume o caráter responsivo. Esta avaliação é dita responsiva porque delimita parâmetros e limites da avaliação mediante um processo

interativo e de negociação que envolve os grupos de interesse (*stakeholders*), ou seja, as pessoas que serão potencialmente agentes, vítimas ou beneficiárias do serviço (WETZEL, 2005). Assim, as reivindicações, preocupações e questões que surgem, por exemplo, sobre um mesmo serviço, serão analisadas em diferentes grupos de interesse que podem ser assim nomeados:

- Os agentes - as pessoas envolvidas na produção e implantação do serviço;
- Os beneficiários - todas as pessoas que, de alguma forma, são beneficiadas com o serviço;
- As vítimas - os que são prejudicados de alguma maneira pelo serviço (WETZEL, 2005).

O caráter responsivo emerge na forma como se constrói a coleta de dados. Ao consultar as divergentes ou semelhantes opiniões dos diversos grupos de interesse, o pesquisador responde, nesse processo, às questões levantadas no decorrer da coleta de informações. Ele também se coloca como sujeito participante, ao exprimir suas dúvidas e questionamentos através de dados levantados em observações do contexto avaliado e literaturas. Dessa forma, questões são colocadas e respondidas pelos atores envolvidos no serviço, durante a avaliação. A tarefa do avaliador é fazer com que as construções de significados dos diferentes grupos sejam confrontadas e reelaboradas em um processo hermenêutico-dialético.

O hermenêutico, conforme Guba e Lincoln (1989), considera o caráter interpretativo da análise avaliativa, enquanto que o dialético corresponde a presença de confrontações de diferentes pontos de vista, ao almejar um alto nível de síntese. A avaliação busca um consenso entre as visões, porém quando impossível, ao menos a exposição e o esclarecimento das diferentes perspectivas (WETZEL, 2005). O método utilizado para esse fim é o modelo de “Círculo Hermenêutico-Dialético” de Guba e Lincoln (1989).



E_n = entrevistado; C_n = construção teórica

Figura 1. Círculo Hermenêutico-Dialético

Fonte: Guba e Lincoln (1989, p. 152).

De acordo com o modelo do “Círculo Hermenêutico-Dialético”, o procedimento se inicia quando o pesquisador escolhe um respondente (E_1) pela sua posição e função diferenciada dentro da situação avaliada. Executa-se uma entrevista aberta com E_1 para se determinar o foco da investigação. Os conceitos, idéias, valores, problemas e questões surgidos nessa entrevista serão filtrados pelo pesquisador, que faz uma análise dessa entrevista e emite uma construção (C_1). Na posterior entrevista com o respondente 2 (E_2), será dado um espaço para que ele fale abertamente sobre a situação investigada, e posteriormente será colocada a construção C_1 , feita pelo pesquisador mediante a entrevista com E_1 . Com isso E_2 poderá colocar suas impressões sobre a construção 1 (C_1). Na entrevista com E_3 (entrevistado número 3), que falará primeiramente sobre o tema proposto, serão confrontadas posteriormente à fala aberta, as construções C_1 e C_2 das entrevistas anteriores. Esse processo acontecerá nas demais entrevistas.

A entrevista com E_2 e com os entrevistados posteriores não produzirá somente informações restritas a eles próprios, mas desencadearão críticas, construções e demandas sobre as entrevistas anteriores. Com isso, a análise dos dados segue concomitantemente à

coleta dos dados, e ocorre junto aos grupos de interesse e ao pesquisador (WETZEL, 2005). Esse processo se diz dialético, pois através das diferentes falas dos atores se busca uma síntese dos sentidos emergidos nas entrevistas, e a respectiva produção de significados.

Ao se completar o Círculo Hermenêutico-Dialético junto aos grupos participantes, ele poderá ser refeito para complementar informações sobre observações e literaturas realizadas pelo pesquisador, e sobre conceitos, idéias e valores ainda não resolvidos consensualmente. Para Guba e Lincoln (1989), o segundo círculo proporcionaria a capacitação e o desenvolvimento que o processo avaliativo deve promover, pois permitiria a elaboração de novos sentidos e significados para orientar o agir concreto no serviço.

4.3 METODOLOGIA CONSTRUTIVISTA

Para compreender no que consiste o Paradigma Construtivista é necessário uma revisão histórica dos paradigmas que o antecederam, para melhor situá-lo e contextualizá-lo. Os principais paradigmas que existiram antes do Construtivismo foram: o Positivismo, o Pós-positivismo, e o grande grupo das Teorias Críticas do Positivismo, que incluem o Neo-Marxismo, o Materialismo, o Feminismo, o “Freireismo” (criada e desenvolvida por Paulo Freire), a Pesquisa Participativa e outros movimentos similares (GUBA, 1990; KEMMIS; MCTAGGART, 2005).

Basicamente, o Paradigma Positivista apresenta uma ontologia realista. A realidade existe “externamente” e é dirigida por mecanismos e leis naturais imutáveis. O conhecimento sobre essas entidades, leis e mecanismos é convencionalmente resumido na forma de generalizações que estão livres de fatores temporais ou contextuais. Algumas dessas generalizações adquirem a forma de leis de causa-efeito. De acordo com sua epistemologia, o Positivismo elege uma visão objetivista e dualista para considerar o que se pretende investigar. É necessário e essencial para o pesquisador adotar uma distância e uma postura não interativa como o objeto de investigação, para se pesquisar o que se pretende. Nessa postura de neutralidade do investigador, valores, e fatores de desvio e confusão são automaticamente excluídos, e não influenciam os resultados. Como metodologia, o Positivismo adota uma metodologia experimental e manipulativa. As questões ou hipóteses são colocadas em evidência na forma de proposições e submetidas a testes empíricos (falsificações), dentro de condições cuidadosamente controladas (GUBA, 1990).

O Pós-Positivismo traz como ontologia a crítica realista. Isso significa que, para essa escola, a realidade existe, mas não pode nunca ser completamente apreendida. A realidade é

dirigida por leis naturais que podem ser apenas parcialmente entendidas. Traz como epistemologia um objetivismo alterado, já que a objetividade remete apenas a um ideal regulatório, mas ele somente pode ser aproximado, com a ênfase colocada nos tutores externos, tais como a comunidade e a tradição crítica científica, que guiam e legitimam a pesquisa. A metodologia continua sendo experimental e manipulativa, porém ligeiramente modificada. Ela enfatiza uma multiplicidade crítica e tenta harmonizar os desequilíbrios realizando a pesquisa em meios mais naturais, usando mais os métodos qualitativos, baseando-se mais em teorias fundamentais, e reintroduzindo o descobrimento dentro do processo de investigação.

Já as Teorias Críticas colocam-se, tal como faz o Pós-Positivismo, ontologicamente criticando o realismo. No entanto, elas se diferenciam deste último, pois se utilizam de uma metodologia subjetivista, no sentido em que os valores apreendidos mediam a investigação. Usa a metodologia dialógica e transformadora, pretendendo eliminar falsas consciências ideológicas, e estimular e facilitar transformações na realidade, a partir dos atores em processo investigativo.

Finalmente, o Construtivismo considera o Positivismo e o Pós-Positivismo como paradigmas que estão gravemente falhos, e que devem ser inteiramente substituídos. O Construtivismo adota uma ontologia relativista, onde a realidade existe na forma de construções mentais múltiplas. A realidade está baseada socialmente e experimentalmente, e é dependente, em sua forma e conteúdo, das pessoas que a asseguram. A epistemologia construtivista é subjetivista. Através de um processo de interação entre pesquisador e pesquisado, os resultados são, literalmente, a criação advinda do processo de interação entre ambos. Como metodologia, adota o hermenêutico e o dialético, onde as construções individuais são refinadas hermeneuticamente, e comparadas e contrastadas dialeticamente, com o objetivo de gerar uma (ou algumas) construções nas quais existe um consenso substancial.

Dessa forma, o Construtivismo analisa o Positivismo e o Pós-Positivismo, e discute a inabilidade desses paradigmas em tratar adequadamente questões que envolvem voz, capacitação e “práxis”, nos processos avaliativos e investigatórios. Dessa forma, o Construtivismo pretende conectar a ação à prática, e encorajar as construções de textos, sentidos e significados, onde os diversos atores submetidos à investigação estejam envolvidos (GUBA, 2005).

O “Círculo Hermenêutico-Dialético” de Guba e Lincoln (1989), que promove resultados emergidos através das sínteses entre as falas dos diversos atores, está diretamente

relacionado à metodologia construtivista, pois, segundo esses autores, epistemologicamente o paradigma construtivista nega o dualismo sujeito-objeto, ao propor que resultados de um estudo surjam da interação entre observador e observado.

As diversas construções existentes no real articulam-se entre si e são compartilhadas entre os indivíduos. A realidade, como uma construção, não permite leis naturais imutáveis, sendo as construções da realidade feitas por meio de interações entre observador e observado (WETZEL, 2005). A abordagem científica que traz o ideal de ciência hegemônica, como aquela que carrega a verdade absoluta, é rejeitada, pois de acordo com o paradigma construtivista, a própria ciência é uma construção.

De acordo com Guba e Lincoln (1989), o ideal de ciência hegemônica é substituído pelo processo hermenêutico-dialético, onde a interação entre observador e observado pode construir uma realidade o mais informada e sofisticada possível, em um ponto particular no contexto social e histórico.

Algumas características da avaliação construtivista são expostas por Guba e Lincoln (1989):

- ✓ A “Verdade” vem do consenso entre construtores informados e sofisticados, e não em correspondência à realidade objetiva;
- ✓ Os “Fatos” só adquirem significados se baseados em uma estrutura de valores, desse modo a objetividade da avaliação é preterida em nome da interação entre os diversos sentidos atribuídos pelos grupos de interesse;
- ✓ A relação ‘Causas e efeitos’ inexistente, exceto quando há uma negociação entre os atores, ou seja, quando essa relação é imputada;
- ✓ O fenômeno é inerente ao contexto ao qual ele é estudado, sendo que ele só pode ser compreendido dentro do contexto no qual está inserido e, por isso, se faz impossível a generalização para outros contextos;
- ✓ As intervenções não são estáveis, já que influem no contexto, e por ele também são influenciadas;
- ✓ A mudança do fenômeno avaliado não se dá de uma forma linear, e não pode ser projetada, pois envolve um processo de construção de sentidos e significados pelas pessoas envolvidas no fenômeno, o que proporciona o aumento da sofisticação no uso dessa nova informação;
- ✓ Valorar é uma parte essencial no processo de avaliação, pois constitui a base onde o sentido é atribuído, dessa forma os fatos e os valores estão ligados aos dados produzidos pela avaliação;

- ✓ Os avaliadores têm uma relação subjetiva com os “grupos de interesse” na criação dos dados do fenômeno;
- ✓ Os avaliadores almejam construções mais bem informadas e mais sofisticadas através do consenso emergido em um processo de negociação de sentidos e significados junto aos grupos de interesse e avaliador;
- ✓ Os dados derivados de uma avaliação construtivista não têm nenhuma legitimação especial, representam apenas mais uma construção a ser considerada na busca de consenso.

Ao ter como base o paradigma construtivista entende-se que os atores sociais que fazem parte de um contexto investigado, através de suas interações, compartilham suas construções individuais, e também compartilham suas construções individuais com as construções coletivas presentes na rede de relações. Portanto, a Avaliação Qualitativa de Quarta Geração permite que uma nova realidade seja criada a partir de uma relação hermenêutica-dialética onde há confrontações e sínteses constantes de valores, idéias, conceitos e crenças dos atores em questão.

Dessa forma, a avaliação que tem como referencial paradigmático o Construtivismo, rompe com as características da avaliação clássica, que privilegia apenas as demandas gerenciais, e que não se volta para que os atores envolvidos no processo avaliativo participem efetivamente da construção desse processo.

Alguns autores denominam a avaliação clássica como “avaliação somativa” (FURTADO, 2001). Esse tipo de avaliação fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa. Ao avaliar até onde os objetivos propostos foram atingidos, ela é utilizada para determinar a continuidade ou encerramento de um programa. Esse modelo utiliza abordagens clássicas ou experimentais, privilegiando a análise dos efeitos dos programas e utilizando métodos quantitativos baseados no paradigma Positivista hipotético-dedutivo, voltado para o estabelecimento de inferências causais.

Denis e Champagne (1997) criticam esse modelo pela impermeabilidade da intervenção avaliativa, no meio onde ela é introduzida. Não se pode, dessa forma, analisar os efeitos e influências de diversos fatores do serviço como, por exemplo, a influência de outros serviços sobre o serviço avaliado, as influências dos gestores, das políticas e dos sujeitos envolvidos no processo.

Na “avaliação formativa”, em contrapartida, é visado superar as limitações do modelo dicotômico “causa-efeito”, proposto pela avaliação somativa. A avaliação formativa pretende fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o

seu andamento. É feita através da avaliação a partir do interior da intervenção, e centrada nas perspectivas dos clientes potenciais (FURTADO, 2001). Dentre os tipos de avaliação formativa se encontra a avaliação participativa. Ela propõe o engajamento dos atores no processo de avaliação, com o objetivo de capacitação e desenvolvimento, além de minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de implicados, já que propõe a negociação entre os diversos grupos de atores envolvidos.

A Avaliação Qualitativa de Quarta Geração se caracteriza como uma avaliação participativa, pois, através do processo hermenêutico-dialético, em que há a negociação de sentidos e significados dentro dos diversos grupos de interesse, e com a participação ativa do avaliador, procura-se um refinamento das construções de significado dos grupos de interesse, através do processo avaliativo. Se bem realizado esse processo, será possível êxito na educação e desenvolvimento de todas as partes envolvidas no processo.

Dessa forma, vê-se como o paradigma construtivista sustenta e embasa a Avaliação Qualitativa de Quarta Geração, proposta nesse estudo, pois almeja a produção e reconstrução de compreensões sobre o mundo social, e o resgate da confiabilidade e da autenticidade, a partir das múltiplas vozes que se destacam nas pesquisas que se utilizam dele (GUBA, 2005).

4.4 SUJEITOS E LOCAL

Foram recrutados como sujeitos do presente estudo os pacientes com anorexia e bulimia nervosas que estão inseridos no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA-HCFMRP-USP) há pelo menos um ano, por se considerar que possuem um bom conhecimento sobre a dinâmica e estrutura do serviço. Também foram recrutados os profissionais atuantes na equipe multiprofissional deste grupo de assistência, que concordarem em participar da pesquisa. Há no GRATA atualmente em torno de 30 pacientes e 25 profissionais, o que totaliza aproximadamente 55 sujeitos.

Os familiares e responsáveis dos portadores de transtornos alimentares atendidos pelo GRATA, apesar de fazerem parte do tratamento e serem um importante grupo de interesse do tratamento oferecido, não foram recrutados para esse estudo, devido ao tempo limitado estabelecido para o cumprimento dessa dissertação, e por se considerar que seria necessário maior tempo e aprofundamento para se analisar os dados advindos desse importante grupo de interesse.

De acordo com Guba e Lincoln (1989) há algumas condições para que o processo do Círculo Hermenêutico-Dialético seja realizado com sucesso. Dentre essas condições está a

necessidade de selecionar pessoas que estejam conscientes da importância da negociação de todas as partes, para trabalhar em uma posição de integralidade. Outra necessidade é que os participantes da avaliação tenham o mínimo de competência para se comunicar, oferecer suas próprias construções e criticar as construções de outros. Por isso, é excluído da classe de construtores de significados competentes:

1. Crianças muito pequenas, pois não tem o nível de pensamento abstrato necessário para participar do processo Avaliativo de Quarta Geração (no entanto adolescentes podem estar aptos a oferecer construções significativas).
2. Deficientes mentais com severa incapacidade funcional.
3. Psicóticos ou outras personalidades delirantes⁵.

Assim, Guba e Lincoln (1989) consideram desejável que, através de um diálogo aberto e franco com os participantes, sejam eleitos para a realização da pesquisa àqueles participantes que:

1. Estejam inclinados a dividir o poder.
2. Estejam inclinados a mudar suas opiniões se acharem a negociação de significados persuasiva.
3. Estejam inclinados a reconsiderar seus valores quando apropriado.
4. Estejam inclinados a fazerem negociações de tempo e energia, que podem ser requeridos no processo.

Dessa forma, foram recrutados para esse estudo aqueles participantes que melhor se enquadravam nas características desejáveis aos participantes da avaliação, conforme sugere a metodologia proposta.

O GRATA-HCFMRP-USP foi escolhido como local para realização da pesquisa por representar um importante serviço de assistência aos transtornos alimentares. É um dos poucos serviços de assistência aos transtornos alimentares do Estado de São Paulo, que oferece atendimento integral ao paciente, por uma equipe multidisciplinar. O GRATA atende, além da população de Ribeirão Preto, a população da região deste município e várias pessoas que habitam dentro e fora do estado de São Paulo.

⁵ Construções são delirantes quando elas emergem não de uma interação, mas somente de dentro da mente do próprio construtor.

4.5 CONSIDERAÇÕES DOS ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HCFMRP-USP e aprovado (ANEXO A), sendo ajustado rigorosamente às normas definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução nº 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996) inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A e B), elaborado para esse fim. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado com linguagem clara e acessível. Garantiu o sigilo e a participação voluntária dos profissionais e pacientes, sendo que seu trabalho ou atendimento não foram prejudicados caso não aceitassem participar da pesquisa, ou interrompessem a sua participação em qualquer momento da coleta de dados.

Como as entrevistas abordaram a vivência dos participantes e o relacionamento interpessoal dentro do grupo de assistência, poderiam ter mobilizado alguns conteúdos emocionais de profissionais e pacientes. Por isso, caso fosse considerado necessário e o participante desejasse, foi oferecido o encaminhamento a um serviço de apoio psicológico. A pesquisadora usou a abordagem de escuta compreensiva, conforme descreve Salomé (1994), para as entrevistas. Essa escuta visou oferecer uma postura do entrevistador que possibilitasse ao entrevistado um espaço de acolhimento, respeito e aceitação.

De acordo com Salomé (1994), para perceber através da fala as significações vivenciadas pelo outro, é necessário que o pesquisador, no processo da entrevista, dê abertura para que o entrevistado se expresse livremente. Quando essa expressão se torna difícil, é necessário que o pesquisador estimule a fala do entrevistado, caso seja necessário esclarecer algum conteúdo. Também é aconselhável que o pesquisador amplie as redundâncias, estimule reformulações e religue relações entre diferentes elementos descontínuos do discurso. É necessário que o entrevistador seja sensível aos sentimentos e emoções reativadas em si por essa escuta, e clarifique a fala do entrevistado, para melhor compreensão.

Assim, o entrevistador deve ter a capacidade de considerar todas as significações provenientes de sua própria pessoa, para que possa penetrar nas significações apresentadas pelo seu entrevistado. Deve estar atento às projeções, induções, defesas, tanto próprias como da pessoa entrevistada, para que possa evitar ou resolver com maior facilidade os conflitos que poderão surgir durante a entrevista.

4.6 PROCEDIMENTO

Após a apreciação e aprovação no referido Comitê, o pesquisador se inseriu no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares a fim de observar o cotidiano do grupo de assistência, e se familiarizar com as práticas e o cotidiano do serviço. Esse período, que teve prazo de três meses, objetivou que tanto usuários quanto profissionais do serviço se familiarizassem e aos poucos ganhassem segurança e confiabilidade na presença do pesquisador.

A observação foi considerada, pois, de acordo com Lüdke (1986) é um método que permite a aproximação com a perspectiva dos sujeitos, e a descoberta de novos aspectos de um problema, a serem analisados não apenas através da expressão verbal, mas por meios de expressões visuais, tácteis e auditivas.

Essa primeira etapa visou, enfim, que o pesquisador fosse se familiarizando e compreendesse a dinâmica e a estrutura do serviço, vistas em seu cotidiano.

Posteriormente a essa etapa, se iniciou as entrevistas. Para isso foi delimitado dois grupos de interesse (*stakeholders*) presentes no serviço. O primeiro grupo de interesse foram os pacientes com anorexia e bulimia nervosas que estão inseridos no GRATA-HCFMRP-USP há no mínimo um ano. Seguindo a teoria de Guba e Lincoln (1989), este grupo poderia ser classificado como o grupo dos beneficiários, já que são atendidos e tratados pelo GRATA em decorrência de seu transtorno. O segundo grupo de interesse foram os profissionais atuantes na equipe multiprofissional deste grupo de assistência (GRATA-HCFMRP-USP). Esse segundo grupo pode ser considerado como o grupo dos agentes, conforme as indicações propostas na Avaliação Qualitativa de Quarta Geração. O grupo de possíveis vítimas foi, nessa pesquisa, inserido também no grupo de pacientes.

A escolha em considerar os pacientes como um grupo de interesse que ao mesmo tempo é beneficiário e vítima do serviço se deve a própria característica do transtorno alimentar. Muitos dos pacientes que iniciam o tratamento não se consideram doentes, e por isso acham que o tratamento no serviço atrapalha seus comportamentos patológicos, porém quando começam a receber orientações e cuidados necessários, grande parte se conscientiza da gravidade de seu caso, e da necessidade do tratamento que o serviço oferece. Esses pacientes também podem ser considerados vítimas, pois muitas vezes são colocados à parte no processo de formulação de diretrizes, decisões e mudanças no serviço, o que pode vir a prejudicá-los.

Foi iniciado então, as entrevistas com os pacientes do GRATA. O avaliador apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e colheu a assinatura dos pacientes que

concordaram em participar da pesquisa. As datas das entrevistas com os usuários foram realizadas às sextas-feiras, quando acontece o atendimento do GRATA. Foi realizada no Ambulatório de Nutrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, gravada e transcrita mediante a autorização dos entrevistados, com previsão de tempo de duração em torno de uma hora.

A entrevista, em sua primeira parte, utilizou um questionário para recolher dos pacientes dados gerais como: dados pessoais, de formação profissional, da história diagnóstica da doença, e da participação e tempo que frequentam o GRATA (APÊNDICE C). Aos profissionais o questionário abordou: dados pessoais, formação profissional, história profissional e atividades realizadas dentro do GRATA (APÊNDICE D).

Na segunda parte da entrevista com os usuários utilizou-se o modelo do “Círculo Hermenêutico-Dialético” de Guba e Lincoln (1989), com base na Avaliação Qualitativa de Quarta Geração. Para se implantar a avaliação foram utilizados procedimentos preconizados por Guba e Lincoln (1989):

- (1) Houve o estabelecimento de um contato garantindo o engajamento do avaliador e do(s) cliente(s);
- (2) As questões iniciais da avaliação foram clareadas;
- (3) Houve a identificação dos grupos de interesse, sendo que o avaliador permaneceu aberto à inclusão de novos grupos de interesse, independente do momento em que surgissem;
- (4) O avaliador elucidou de maneira aberta e inclusiva as reivindicações e problemas dos implicados;
- (5) O avaliador organizou um contexto no qual as diferentes construções dos grupos de interesse puderam ser expressadas, compreendidas e questionadas;
- (6) O avaliador teve a tarefa de buscar consensos no interior dos grupos.

Os passos da avaliação expostos acima foram administrados primeiramente ao grupo de beneficiários, ou seja, ao grupo de pacientes. Apesar de Guba e Lincoln (1989) proporem que os primeiros passos devam ser: iniciar um contato com o serviço a ser avaliado e clarificar as questões iniciais de avaliação, este estudo já traz, antes da coleta de dados, questões que pretendem ser analisadas nessa pesquisa. Como se pretende compreender como o acolhimento e o vínculo do serviço são entendidos por profissionais e pacientes, foram expostas no momento de estabelecimento do Círculo Hermenêutico-Dialético as duas questões seguintes:

- 1) Como vocês entendem o modo como o GRATA atende e acolhe os usuários do serviço?
- 2) Como vocês avaliam a relação entre os profissionais e os pacientes do GRATA?

Na entrevista com o primeiro entrevistado, o pesquisador colocou as duas questões acima apresentadas para que elas norteassem a entrevista, e incentivassem o respondente a falar sobre o serviço. Durante essa entrevista o pesquisador pôde colocar suas questões e dúvidas oriundas das observações, da literatura ou da própria fala do entrevistado, buscando dessa forma uma maior compreensão e capacitação da construção. Após, o avaliador fez uma análise dessa entrevista, através de um processo dialético entre os significados do entrevistado e do avaliador e emitiu uma síntese, ou seja, uma construção de significados a partir dessa entrevista (C1). Na entrevista posterior, foi dada oportunidade para que o entrevistado falasse espontaneamente sobre as duas questões, e após, o pesquisador incitou o entrevistado a confrontar o que disse com as construções surgidas na entrevista anterior. As construções de significado foram feitas a partir da negociação de consensos entre as diversas entrevistas, com a participação ativa do avaliador. Dessa maneira, o pesquisador pôde esclarecer questões emergidas anteriormente, e levantar novas questões na interação com cada entrevistado. Nesse processo, o pesquisador pôde colocar dúvidas e questões advindas, por exemplo, de literaturas e das observações realizadas, para que houvesse um enriquecimento na construção de significados.

Depois de completada as entrevistas com o grupo de pacientes, foi aplicado o mesmo procedimento ao grupo de profissionais.

Após ser realizado o Círculo Hermenêutico-Dialético com os dois grupos de interesse, o avaliador tentou buscar consensos entre os dois grupos e identificar os temas onde há dificuldades em estabelecer consensos ou problemas não resolvidos.

Guba e Lincoln (1989) afirmam que um segundo ciclo do Círculo Hermenêutico-Dialético proporciona a capacitação e o desenvolvimento do processo avaliativo, já que refina os significados e sentidos da avaliação. No entanto, nesse estudo não foi feito o segundo momento do Círculo, pois, se pretendeu analisar em profundidade os dados emergidos do primeiro ciclo do Círculo Hermenêutico-Dialético, no tempo limitado para essa dissertação.

5 TRATAMENTO DOS RESULTADOS

Primeiramente, foi feita uma análise quantitativa dos dados obtidos através dos questionários aplicados, utilizando-se a média aritmética e a porcentagem para avaliar as características dos participantes entrevistados. Essa análise quantitativa permitiu adquirir uma visão geral das características dos participantes, e complementar a análise dos resultados qualitativos adquiridos por meio da aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético de Guba e Lincoln.

Para a análise qualitativa foram consideradas as construções de significado oriundas do processo das entrevistas. Os conteúdos das entrevistas correspondem aos itens consensuais e divergentes das opiniões dos usuários, surgidos através da Avaliação Qualitativa de Quarta Geração, por meio do “Círculo Hermenêutico-Dialético” de Guba e Lincoln (1989), e nascem de acordo com o processo hermenêutico-dialético de construção de significados nos grupos de interesse.

Dessa forma, as construções de significado de cada entrevista foram consideradas e analisadas em seu conteúdo, no embate com as construções emergidas nas várias outras entrevistas. A análise foi feita mediante um processo dialético e interpretativo, onde se pretendeu alcançar construções de significado cada vez mais refinadas.

As várias construções de significados emergidas nos dois grupos de interesse deram origem a quatro grandes unidades temáticas, que se aproximam da definição que Silva Júnior e Mascarenhas (2004) dão às quatro dimensões do acolhimento em saúde. São elas: Postura, Técnica, Acesso e Reorientação de Serviços.

Conforme Silva Júnior e Mascarenhas (2004), a *Postura* pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades. Ela consiste em uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários. Tange, ainda, as relações intra-equipe, onde, nas relações dos profissionais de equipe de saúde entre si, e entre os níveis de hierarquia da gestão do serviço, pretendem-se relações mais democráticas, que produziriam participações autônomas e decisões coletivas dos profissionais, para a produção de saúde.

O acolhimento como *Técnica* instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Essa instrumentalização facilita o atendimento na escuta, na análise e na discriminação de soluções e alternativas aos problemas demandados. Enfim, a técnica quando aplicada eficazmente, oferece qualidade às ações da equipe, e resolutividade às demandas apresentadas pelos usuários.

O *Acesso* no acolhimento diz respeito às dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de assistência à saúde. É um conjunto de

circunstâncias, de diversas naturezas, que viabilizam a entrada do usuário na rede de serviços. Na prática, representa a dificuldade ou facilidade em obter o tratamento desejado, de acordo com as características da oferta e a disponibilidade de recursos oferecidos pelo serviço.

Como o organizador dos serviços, o acolhimento detém uma proposta, ou um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes. Assim, a *Reorientação de serviços*, envolvendo práticas de supervisão e capacitação, visa à reflexão sobre o processo de trabalho da equipe, seu projeto institucional e os conteúdos e características operacionais de seu trabalho.

Após a apresentação dos resultados dentro dessas quatro grandes unidades temáticas: Postura, Técnica, Acesso e Reorientação de Serviços, foi feita uma análise geral sobre os elementos comuns que atravessam essas quatro grandes dimensões, e que estão intrinsecamente relacionados ao acolhimento em saúde. São eles: integralidade no serviço de saúde, intersetorialidade, interdisciplinaridade, formação profissional (capacitação e supervisão), vínculo (afetividade, relação terapêutica, continuidade, responsabilização do profissional e protagonismo dos sujeitos envolvidos) e humanização do atendimento (atendimento usuário-centrado).

Dessa forma, a partir das quatro unidades temáticas apresentadas e dos vários elementos que a elas são inerentes, tentou-se apreender como se estabelecem o acolhimento e o vínculo em um grupo de assistência a portadores de transtornos alimentares.

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE

Foram entrevistadas dezesseis usuárias do serviço, são do sexo feminino e frequentadoras do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares em média há 7,8 anos. Todas são adultas, com idade média de 28,3 anos.

A maioria provém da região de Ribeirão Preto (68,75%), seguido em porcentagem por usuárias que residem em Ribeirão Preto (25%). Àquelas que não pertencem ao Estado de São Paulo atingem 6,25% das usuárias.

São predominantemente solteiras e sem filhos. 75% das entrevistadas não têm filhos. 68,75% são solteiras, 25% são casadas e 6,25% são divorciadas. A religião que mais se destaca é a católica praticante (37,5%), seguida da católica não praticante (31,25%) e da evangélica praticante (18,75%).

Equiparam-se, em porcentagem, as que possuem ensino superior completo e as que possuem o ensino médio completo (25%). Também são equiparáveis as porcentagens das participantes que ainda não completaram o ensino médio e aquelas que realizaram o ensino técnico (18,75%). As que possuem apenas o ensino fundamental são 12,5% das entrevistadas.

A profissão predominante é a de profissional liberal (31,25%). Estudantes, profissões de nível superior e nível técnico se igualam em porcentagens (18,75%). A profissão “do lar” refere-se a 12,5% do total. Conforme os dados adquiridos pelas usuárias, através das entrevistas, o diagnóstico de anorexia e bulimia se igualam em porcentagem (50%).

Foram sete os profissionais entrevistados, sendo um profissional masculino e seis femininos. Possuem idade média de 35,4 anos. 57,1% são solteiros e 42,8%, casados. 28,5% possuem filhos, enquanto 71,4% não os têm.

Adotam a religião católica 85,7% dos profissionais e 14,3% são espíritas. 71,4% residem na cidade de Ribeirão Preto e 28,5% moram nas cidades da região. Todos os entrevistados realizaram, ou estão realizando pós-graduação na área da saúde. Exercem a sua profissão em média há 13,07 anos e atuam no GRATA, em média, há 10,5 anos.

6.1 POSTURA

A dimensão “Postura” compreende a atitude empática e receptiva dos profissionais para com os usuários. Ao estabelecer uma relação de interesse, confiança mútua, e apoio, a postura promove vínculos saudáveis e promissores, e uma escuta capacitada para atender as demandas dos usuários.

Essa dimensão está também presente nas relações entre profissionais como, por exemplo, nas relações intra equipe. A postura, nas relações intra equipe, permite relações

democráticas, que estimulam: a participação dos profissionais, a autonomia de se colocar frente às discussões e propor mudanças, e a decisão que se faz de uma forma coletiva (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Nesse estudo, também surgiu um novo tipo de relação, presente na dimensão “Postura”, que é a relação que se dá entre os usuários. A relação que se estabelece entre os usuários diz muito sobre a dinâmica do serviço e a forma como ele se organiza. É um importante fator que se deve considerar para avaliar o acolhimento e as relações dentro do serviço.

Dessa forma, a unidade temática “Postura”, para fins didáticos, foi dividida em três grandes campos que a ela são inerentes: a relação usuário-usuário, a relação profissional-profissional, e a relação profissional-usuário, que serão apresentadas a seguir.

6.1.1 RELAÇÃO USUÁRIO-USUÁRIO

Além da relação profissional-usuário que se estabelece nos atendimentos clínicos e grupos de apoio, e da relação profissional-profissional, que emerge no cotidiano do serviço, onde a equipe deve se estruturar para suprir a demanda e suas necessidades, surge aqui um terceiro tipo de relação: a relação usuário-usuário.

Pressupõe-se que a relação entre os usuários, dentro de um serviço de assistência, é algo que acontece naturalmente, e que faz parte da própria dinâmica de participar e estar inserido no contexto de tratamento. A relação dos usuários é um elemento que também contribui para caracterizar esse microcosmo que é o serviço de assistência. Nele estão inseridos um conjunto de ações, técnicas e diretrizes políticas, imersos em certa estrutura física, que em conjunto com as posturas e atitudes de profissionais e de usuários, moldam toda a forma de agir e pensar o cuidado dentro do serviço. O acolhimento não é senão, uma forma de pensar esse cuidado, com alvo ao desenvolvimento técnico e relacional da equipe que cuida (MERHY et al., 1997).

Assim, é impossível ignorar as contribuições que surgem quando os usuários se reúnem, e emitem significados relevantes do contexto em que estão inseridos, influenciando e construindo esse contexto. O Construtivismo sustenta que a realidade surge de construções sociais da mente, criadas pelos indivíduos, através de articulações e compartilhamentos de significados (RYCHLAK, 1999). Dessa forma, as opiniões, valores e conceitos dos usuários são de suma importância para se pensar o acolhimento do serviço.

Foi relatado que algumas conversas entre os usuários, durante a espera do atendimento, podem ser prejudiciais ao tratamento e a própria saúde do usuário.

...aqui embaixo nós, pacientes, a gente pega muita informação (...) se a gente quer um remédio tem uma amiga, entre aspas, que compra para a gente. (...) ter algum profissional por perto para constrangê-las a ponto de não influenciar as meninas... a ajudar a não ter certo tipo de medicação prejudicial para elas mesmas. (E12U⁶)

Informações sobre medicamentos emagrecedores, laxativos ou técnicas purgativas são geralmente assuntos presentes, quando essas pacientes se reúnem na sala de espera. Diante disso, muitas usuárias sugerem que haja a presença de um profissional da equipe para interromper essa prática. Com o mesmo intuito, indicam que a realização de atividades durante a espera, poderia desviar o foco de atenção das usuárias, para temas mais produtivos e saudáveis.

Diante do tempo de espera, muitos usuários sugeriram que fossem desenvolvidas atividades entre os atendimentos. Alguns sugeriram a terapia ocupacional ou atividades manuais, como o artesanato.

... uma vez falaram que ia ter a terapia ocupacional e até hoje eu estou esperando e nada. Eu acho que seria legal colocar alguém aqui. Porque eu já passei maus bocados nessa sala de espera. E quem me ajudou? As meninas (...), uma psicóloga para não ter essa coisa de passar informação, de passar remédio. (E3U)

...acho que deveria ter um trabalho de artesanato (...). Algum projeto para a gente não ficar tão ocioso. (E7U)

Conforme o que foi colocado acima, os usuários se vêem deparados com situações desagradáveis e ociosas durante a espera. Pode-se pensar que o clima tenso, citado por exemplo pela usuária 3, decorre do compartilhamento de métodos purgativos e dietas restritivas para eliminar o peso. A conversa sobre métodos que conduzem a uma atitude prejudicial, somado a ansiedade provocada pela espera dos atendimentos cria, para algumas usuárias, um ambiente ameaçador e pouco confortável.

A terapia ocupacional, bem como atividades de artesanato, surge como alternativa para amenizar essa tensão e ociosidade que juntas, propiciam sentimentos tão desfavoráveis ao tratamento.

Os profissionais concordam sobre os benefícios da terapia ocupacional aplicada à sala de espera.

⁶ Para os depoimentos dos usuários será utilizada a sigla “U” e para profissionais será utilizada a sigla “P”. Assim, “E12U” significa “Entrevistado 12 – usuário”, e “E2P” significa, por exemplo, “Entrevistado 2 – profissional”.

...uma coisa que a gente tem muita vontade, fazer um trabalho na sala de espera. Eu acho que terapeuta ocupacional seria ideal. Assim, trabalhos manuais, só para elas não ficarem ali naquele ambiente de hospital. Às vezes, elas trocam muito coisas negativas, como medicação para emagrecer, laxante... ficam muito ansiosas, muito tensas, às vezes elas ficam nervosas. Então eu acho que um trabalho ali, na sala de espera, seria interessante. (E7P)

O ambiente hospitalar, para pacientes anoréxicos e bulímicos, vem geralmente permeado com grande ansiedade e desgaste emocional. Assim, a terapia ocupacional pode contribuir para a diminuição do estresse do tratamento, proporcionar um espaço de vivência e discussão para os conflitos relacionados à distorção da imagem corporal, ajudar no resgate das capacidades e habilidades perdidas ou não desenvolvidas, motivar uma postura participativa, criativa e mais independente, e abrir possibilidades para expressar, vivenciar e perceber os sentimentos (MORAIS, 2006).

Essas atividades, feitas com um esforço individual, e com a orientação e acompanhamento do terapeuta, permitem que o paciente se sinta produtivo e capaz, ao desviar sua atenção de um pensamento patológico e angustiante, para o desenvolvimento de suas potencialidades e valorização de suas qualidades.

...de repente uma atividade para distrair a gente, fazer a gente trabalhar um pouco a cabeça. (E11U)

O que a usuária 11 coloca como “distrair”, pode ser o caminho para o desenvolvimento de atitudes e fazeres mais saudáveis, em meio a um ambiente onde impera a doença e as deficiências.

Essa superação se faria por via da relação entre terapeuta ocupacional e usuário que, juntos, criariam atitudes e fazeres inovadores e mais saudáveis. Também, haveria o desenvolvimento de outra forma de relação na sala de espera, que antes teria sido permeada por relações e temas conflitantes e prejudiciais, e que agora possibilitaria uma relação terapêutica saudável que se estabeleceria por meio da terapia ocupacional (MORAIS, 2006).

A relação terapêutica, orientada por um profissional responsável na sala de espera, parece aos olhos das usuárias, possibilitar um espaço onde as angústias e ansiedades são acolhidas de maneira competente. Assim, essa presença parece ser requisitada como forma de amenizar o clima tenso que se cria nas conversas e esperas para o atendimento.

Além do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, que já é disponibilizado para os usuários, houve a proposta da criação de mais um grupo, durante o tempo de espera, para o esclarecimento de dúvidas.

...talvez mais grupos (...) talvez seria interessante (um grupo no tempo de espera) por causa disso, por conta das dúvidas, dos assuntos que querem conversar e que querem esclarecer um pouco mais, e não tem condições de estar esclarecendo lá dentro. (E5U)

A requisição de mais espaços de cuidado e interação entre usuário e profissional, pode evidenciar que os usuários confiam ao GRATA sua saúde e cuidados. A rede de confiabilidade que se forma entre o serviço e o público freqüentado, tais como em espaços grupais, permite o acolhimento e uma vinculação maior entre usuário e serviço.

Dessa forma, é de grande valor que falas como essa surjam, porque demonstram a intenção de uma maior vinculação com o serviço, e de se desfrutar dos recursos e potenciais que ele pode vir a oferecer.

Assim, conversas sobre dietas extremamente restritivas, atos purgativos e compensatórios altamente agressivos, e pesos ínfimos, causadores de morbidez, podem ser transformados em uma discussão saudável, em um grupo que expõe suas dúvidas, fantasias e medos.

O compartilhamento das angústias e dificuldades semelhantes entre os participantes, onde o suporte do coordenador do grupo facilita as trocas, permite a elaboração dos conteúdos ameaçadores. O acolhimento das emoções e o incentivo do uso dos recursos disponíveis para a reflexão das questões grupais possibilitam, pois, o aumento do conhecimento sobre si, alívio, reassuramento, fortalecimento da capacidade de enfrentamento, melhora da auto-confiança, diminuição do medo, diminuição da ambigüidade, instilação de esperança, entre outros (GUANAES, 2000).

No entanto, há quem não está disponível a se aprofundar nas relações ou desenvolver atividades que envolvam interação, durante o período de espera.

...na minha opinião, acho que colocar um computador para a gente entrar na internet (risos). Ou... sei lá, revista, deixar revista para a gente ler. (E13U)

Podia ter uma televisão para a gente assistir novela. (E4U)

O computador, a televisão, e as revistas servem como meios de entretenimento, e permitem que a espera se torne mais agradável, porém mantém um espaço individualizado e isolado.

Ainda, há quem prefira permanecer unicamente sentado, em aguardo para os atendimentos.

...não, eu acho que a gente tem muito mais o que fazer do que ficar aqui no hospital fazendo outras coisas. Eu acho que a gente tem que chegar aqui (...), cada uma marcar um horário para ser atendida. (E10U)

Alguns usuários dão preferência a um atendimento mais ágil, à realização de outras atividades durante a espera. Parece que a realização de uma atividade, durante esse período, encobriria o fato de que as chamadas para o atendimento deveriam ser mais rápidas. Assim, a usuária 10 coloca que não haveria necessidade de mais atividades, se os atendimentos fossem cumpridos conforme o que considera ideal: menor espera para os atendimentos.

Deve ser considerado ainda, que essa indisponibilidade em realizar atividades durante a espera, pode ser resultado do estado emocional desses pacientes, principalmente no início do tratamento, que é permeado por instabilidade e períodos de irritabilidade e tristeza. As dificuldades de comunicação, interpretação, verbalização de afetos, e estados emocionais são característicos dos pacientes com anorexia e bulimia nervosas (GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002). Muitas vezes, essas características conduzem a estados de reclusão e isolamento, que puderam ser observados em algumas pacientes na sala de espera.

A cabeça baixa, a boca cerrada, e os braços cruzados sobre o corpo, demonstrando uma aparente timidez ou introspecção, foram comportamentos observados em algumas usuárias. Preferindo ficar junto à mãe ou ao acompanhante responsável, algumas se recusaram em realizar as entrevistas, e demonstraram não estarem receptivas a grandes interações.

...eu, particularmente, eu prefiro ficar só (...) não fazer nada. Acho que o momento ali é só de entrar na sala junto com a nutricionista, ou seja, com a psiquiatria, ou com o médico, a gente já fica agitado demais emocionalmente. (E14U)

A fala da usuária 14 traz novos aspectos que permitem entender determinadas posturas de reclusão e isolamento.

Estar em um ambiente hospitalar, permeado por situações angustiantes e tensas e, ademais, dar abertura para que haja o contato com facetas complexas e conflitivas de sua

personalidade, parece trazer a essas pacientes a necessidade de uma introspecção e retraimento, em face da fragilidade emergente.

Para lidar com toda essa fragilidade, sem invadir ou prejudicar o vínculo entre usuário e profissional, é necessário uma conduta específica de profissionais competentes, e preparados para acolher e atender o paciente em suas dificuldades.

Eu sinto a falta de um profissional ali comigo, até para poder dividir a angustia que as meninas às vezes trazem no corredor. Porque existia antes. O ano passado elas faziam uma escala, as psicólogas. (...) Aconteceu alguma dificuldade com atendimento, ou uma paciente que não estava bem, que estava em crise ou recaída, enfim... ou caso novo, elas estavam ali para ajudar a gente na conduta. Então assim... em uma nova estratégia, em idéias, em como abordar aqueles pais, aqueles pacientes, ali na hora para esse acolhimento acontecer. (E6P)

No ano passado ao da realização desse estudo, o profissional 6 afirma que o GRATA disponibilizava psicólogos para auxiliarem no atendimento de crises, recaídas e no acolhimento de casos novos, no corredor de espera. Essa presença dava respaldo e orientação à conduta de outros profissionais, que agora podiam recorrer ao suporte de uma orientação psicológica. Com isso, o acolhimento do serviço se fortalecia, pois usuários e familiares/representantes, em situações difíceis, eram compreendidos e recebidos de forma que seu temor, angustia, ou ansiedade, podiam ser diminuídos antes mesmo dos atendimentos.

Supõe-se que, com maior equilíbrio emocional, os usuários e familiares podiam estar mais receptivos diante das orientações nas consultas, e mais abertos em exporem suas dúvidas e temores que, ocultados, poderiam trazer dificuldades ao tratamento.

Vê-se ainda, que a presença de psicólogos no corredor de espera, proporcionava a criação de um espaço de trabalho interdisciplinar, onde através da complementaridade de saberes, os profissionais podiam aplicar procedimentos criativos e mais adequados àquela situação.

Contudo, o GRATA teve uma defasagem de psicólogas, muito em razão do não vínculo empregatício desses profissionais com o serviço. O fato do Hospital das Clínicas ser um hospital-escola, responsável pelo emprego de estágios e residências nos atendimentos, produz uma rotatividade profissional, que no caso é prejudicial ao serviço.

Os profissionais sabem dos benefícios que a realização de atividades na sala de espera podem trazer, porém reconhecem que é necessário uma transformação física e organizacional, para disponibilizar materiais e profissionais especializados, competentes em realizar o trabalho.

Todavia, mudanças já ocorreram em favor dessa realização. A mudança do local das consultas, que antes aconteciam no corredor da ortopedia, e que, no período dessa pesquisa, se transferiram para o mais amplo corredor da pediatria, garantiu um espaço mais adequado para a realização de atividades no corredor de espera.

Outra mudança importante foi que, o psiquiatra do GRATA, antes voluntário, foi oficialmente o primeiro profissional contratado para o serviço em vinte anos. Com esse primeiro passo, pretende-se que outros profissionais, tal como o terapeuta ocupacional, sejam contratados pelo hospital, para oferecerem todo o seu conhecimento e empenho no serviço.

Além da terapia ocupacional, que foi amplamente citada por usuários e profissionais, foram colocadas sugestões sobre outras atividades que poderiam ser incluídas na espera dos atendimentos do GRATA.

...uma aula de pintura para elas expressarem os sentimentos. Sabe alguma coisa nesse sentido? (...) com arte ou de canto. Alguma coisa até para estimular, por exemplo, uma amostra que elas quisessem fazer: – Olha, vocês vão organizar uma mostra em um espaço de Ribeirão Preto. Por quê? Porque isso ocupa tempo. Elas vão se sentir úteis. (E6P)

Atividades ligadas a artes, tal como pintura ou coral estimulariam a livre expressão de emoções e angústias que, estancadas, poderiam prejudicar uma boa evolução do tratamento.

Além disso, atividades grupais, tal como o coral, proporcionariam o desenvolvimento de habilidades para a convivência grupal, em ações cooperativas em prol de um benefício comum. A exposição de suas obras, ao final de um processo artístico, tem a capacidade de integrar esses usuários à sociedade, através do compartilhamento de suas construções artísticas, e dos significados e sentidos manifestos em suas obras de arte.

A sensação de utilidade, a livre expressão de sentimentos, e o pertencimento a um grupo que produz obras compartilhadas com a comunidade seriam, pois, os resultados mais significativos desse processo.

Ademais, o processo de sublimação através do instrumento artístico, descrito na psicanálise, seria outro benefício importante. A sublimação, através, por exemplo, da criação artística, é um destino mais satisfatório para a pulsão. Ao passar pelo processo de simbolização, a pulsão é sublimada e serve como estruturante da realidade (BARTUCCI, 2001). Dessa forma, atividades artísticas seriam vantajosas na elaboração de sentimentos e angústias.

No entanto, foi observado que, além das atividades terapêuticas e de apoio na sala de espera, as usuárias contam com um importante recurso de enfrentamento de seu transtorno, que se dá na rede de relações que se cria entre as usuárias.

As usuárias com mais tempo de tratamento no GRATA, já demonstram esse fenômeno quando relatam, por exemplo, preocupação com as conseqüências das conversas prejudiciais na sala de espera, sobre as pacientes mais recentes no tratamento. As usuárias veteranas, sabendo do momento de crise em que as mais novas se encontram, parecem compreender os caminhos que essas informações podem levar.

Têm certos tipos de coisas lá que eu não gosto de ouvir. Não por mim, porque eu não vou fazer. (...) mas eu acho que pelas menininhas novas. (...) porque às vezes a gente pode estar incentivando. (...) A gente pode ser um incentivo para coisa errada. (E4U)

Essa fala denota um cuidado e uma proteção das mais velhas àquelas ainda fragilizadas. Pode ilustrar os sentimentos de coesão grupal e altruísmo, que se formam na relação entre as usuárias. A coesão grupal e o altruísmo são fatores terapêuticos que surgem em uma dinâmica grupal terapêutica e que servem como recursos de enfrentamento dos membros do grupo, sobre a situação conflitiva (YALOM, 2005). A coesão grupal refere-se ao fato do membro se sentir pertencente e acolhido ao grupo. O altruísmo é a habilidade de mostrar-se sensível as dificuldades, aos problemas e aos limites de outro, sentindo o desejo de ajudá-lo, ou efetivamente fazendo algo para ajudá-lo no contexto grupal. Além desses, há ainda a aprendizagem vicária, que é reconhecer ter aprendido algo de valor para si, pela observação de outro membro do grupo; e a universalidade, que tange a percepção de não ser o único a ter problemas, ou reconhecer que outros membros do grupo têm problemas iguais ou maiores que os próprios.

Essas relações, devido ao amplo benefício que trazem, se mostram significativas às usuárias que, inclusive, vêm grandes vantagens nessa relação social.

Às vezes você olhando a experiência da outra pessoa, isso te é muito válido. (...) Eu já acho que aqui a gente se torna amiga, aqui um ajuda a outra, uma entende o que a outra está passando. Porque quem está aqui para fazer o tratamento não quer se prejudicar, quer curar. (E13U)

A frase da entrevistada 13 indica que aprender por meio da experiência dos outros, através da rede de apoio que se estabelece e se fortalece entre as usuárias, são meios que levam à cura.

Assim, vê-se que os fatores terapêuticos presentes em grupos terapêuticos e de apoio, também são vistos nas relações extra-grupais das usuárias. A coesão grupal, o altruísmo, a aprendizagem vicária e a universalidade foram elementos identificados e que se mostraram fundamentais ao processo de tratamento.

O Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas é também um espaço onde os fatores terapêuticos, emersos das relações entre as usuárias, se assentam. Nele estão presentes, por exemplo, a aprendizagem vicária ou a universalidade, tal como pode ser visto no relato abaixo.

...o grupo é um espelho, você entendeu? Ele serve também para você conhecer as pacientes e ver a realidade de vida de cada uma. Essa realidade de vida você pode ver também o que você teve de ganho, o que você não teve. Isso te ajuda no seu tratamento. (E13U)

O Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas foi ressaltado por muitos usuários, como um elemento fundamental ao tratamento, pois trouxe muitos benefícios e recursos de enfrentamento às usuárias. Ao reconhecer em outros, situações de conflitos e anseios pelo qual já passaram, os pacientes podem atenuar as suas angustias e saberem que outros compartilham de sua dor. Ainda, ao presenciar casos bem sucedidos e posturas mais positivas de alguns pacientes, os usuários podem obter daí um modelo, e a busca de atitudes mais saudáveis.

Muitas colocam que é nesse espaço que podem compartilhar as suas angustias, perceber que outros passam por momentos difíceis semelhantes, exercer seu poder de ajuda e, nesse ato, perceber em si próprias, forças e recursos para enfrentar os obstáculos. É, portanto, um espaço de reflexão e reelaboração de conflitos, através do exercício de condutas e atitudes para caminhos mais saudáveis.

Ainda, vê-se que a força do Grupo não se faz somente pela rede de relações que se estabelecem entre as usuárias, mas pela vinculação que muitas delas possuem com os orientadores do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas.

...eu acho... é um ponto muito positivo na terapia, no tratamento no geral. Eu acho que é onde a gente consegue uma troca, e a gente tem o apoio psicológico bom. A gente tem um vínculo muito grande (com os coordenadores do grupo) (...) estão sempre presentes. A constância deles ajuda muito. Eu acho que eles conhecem todos os pacientes, eles sabem das nossas coisas. (E8U)

O Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas é colocado pela Usuária 8 como uma atividade fundamental ao tratamento, pois lá, além de compartilhar as experiências e o apoio mútuo com as usuárias, recebe atenção psicológica de profissionais bem habilitados para tal, e que possuem um amplo conhecimento sobre o transtorno e sobre o seu caso. São, pois, profissionais que já estabeleceram uma relação vincular íntima com essas usuárias e que, por atuarem na atividade já há um período considerável de tempo, transformam-se em figuras de referência e confiabilidade. São, então, profissionais em que as usuárias se escoram e recorrem ao auxílio em momentos de crises e recaídas.

No entanto, se essa confiabilidade conquistada gradualmente, através do exercício profissional de sua função, permitiu ao profissional o estabelecimento de um vínculo mais consolidado com as usuárias, foi visto que a confiabilidade não se faz presente em algumas vezes, na relação entre as usuárias dentro do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas.

Relatos sobre o vazamento de informações confidenciais, transmitidas no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, surgiram nas entrevistas. Esse vazamento de informações foi um dos motivos levantados para o enfraquecimento, ou a não adesão de algumas usuárias a essa atividade.

Assim, porque eu não confio muito, sabe? Eu acho que eles trocam informações... e mesmo que eles falem que não, que não é vinculado a ninguém a não ser o grupo, mas eu não acredito. Então eu tenho muito medo de ser prejudicada por isso. (...) que não é sigiloso, porque sempre há comentários, mesmo você estando em uma roda de... conversando, sempre há comentários. (E12U)

A gente tem confiança de falar as coisas lá... têm algumas coisas negativas. Às vezes você fala alguma coisa lá, resolve algum problema lá, aí depois você chega nas cadeiras de atendimento, existem aqueles toca-troca de informações horrível, que te mantém na doença. (...) (E8U)

De acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005), o sigilo é um contrato firmado entre profissionais e pacientes, que deve ser cumprido por aqueles que participam da relação terapêutica estabelecida. Dessa forma, o sigilo deve ser constantemente reafirmado e negociado pelos membros presentes no grupo. Com vistas a manter a confiabilidade existente nas relações interpessoais do grupo, qualquer quebra de sigilo deve ser adequadamente tratada, podendo resultar no desligamento do membro delator.

Assim, questiona-se sobre as alternativas que poderiam amenizar a falta de sigilo dentro do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas. Talvez, uma alternativa proposta seria a de reafirmar o contrato de sigilo com os usuários, primando para que compreendam a importância de tal atitude. Porém, vê-se que o problema se mostra mais complexo, revelando que talvez haja outros fatores que, juntos, contribuem para a não adesão de algumas usuárias, ou para a dificuldade no estabelecimento do sigilo, entre as usuárias do Grupo.

A não adesão de algumas usuárias ao Grupo pode ser resultado também de que, em algumas vezes, o Grupo se torna um local negativo e desestimulante, devido aos relatos de crises, recaídas e atos compensatórios e purgativos.

(...) então a gente discuti: no grupo a gente vai falar só de doença? (...) tem muita gente que não estava querendo ir porque falava só de doença e coisa ruim. Porque a pessoa estava sentindo, mas era a necessidade dele naquele momento. (...) o que é difícil para nós é que o grupo... você vê que tem pessoas nas diversas fases do tratamento...(E8U)

O Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, apesar da presença de um coordenador capacitado para tal, foi visto como um ambiente que às vezes pode ser um tanto desmotivador. Com personalidades frágeis, muitas vezes associadas a transtornos de personalidade e de impulsividade, transtornos de humor, e transtornos de ansiedade (CABRERA, 2006) essas pacientes podem sentir-se incomodadas e desestimuladas ao ouvirem dos colegas situações de crises e recaídas.

Porque nem todo mundo tem o bom senso de pegar e guardar para si o que fala. (...) então tem paciente que chega nova aqui, que está começando o tratamento, e começa a ouvir coisas das outras e começam a aprender, e passam a praticar a mesma coisa. (...) tem algumas coisas positivas, a gente faz amizade... mas tem esse lado negativo. (...) eu acho que a terapeuta aqui,

se fosse um lado educativo, eu acho que esclareceria. Podia fazer uma atividade de esclarecimento do que que é, mais uma coisa saudável... (E8U)

Apesar das amizades que se formam, algumas usuárias consideram que são transmitidas muitas mensagens negativas durante o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, que podem ser acatadas, principalmente, pelas mais novas no tratamento. Como alternativa, uma usuária sugere que o grupo possua um caráter educativo.

A literatura já aponta para a dificuldade desse paciente em manter vínculos estáveis e duradouros, sendo que eles são geralmente permeados por insegurança e desconfiança (CHANDLER, 1998). Dessa forma, pode-se talvez compreender a dificuldade de algumas usuárias em se exporem e estarem dispostas a compartilhar suas intimidades em grupos com caráter mais terapêutico, ou estarem aptas a se defrontarem com as experiências de crises e recaídas das colegas de grupo, pelo menos no início do seu ingresso ao tratamento.

Levanta-se também a hipótese de que o caráter aberto do Grupo possa dificultar a adesão das usuárias a essa atividade. O fato do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas ser aberto, caracterizado por permitir a entrada de novos participantes durante seu período de existência (RASERA, 2004), pode ser um dos fatores para os problemas de adesão emergidos.

Em um grupo fechado, as vinculações vão gradualmente se estabelecendo de forma conjunta, iniciando-se e finalizando-se em um mesmo período de tempo, dentro do processo grupal. Isso permite um relativo controle sobre a dinamicidade estabelecida entre as relações, já que as relações se intensificam e se aproximam, conforme os membros vão se conhecendo e adquirindo confiabilidade entre si. No entanto, em grupos abertos, um novo membro inserido, durante um já iniciado processo grupal, poderá desestabilizar a rede de relações e alterar a dinâmica grupal (KREPPNER, 2001). Esse fato pode trazer resultados positivos, já que recria as relações e traz elementos novos e frutíferos a serem trabalhados, porém pode intensificar a dificuldade de adesão do novo membro ao grupo, e criar a desconfiança do grupo sobre o novo membro, ainda desconhecido.

Assim, pode-se deduzir que talvez as dúvidas quanto ao sigilo são mais propícias em ocorrer em grupos abertos, onde a constância dos participantes é mais variável, devido a inserção de novos membros. Pressupõe-se que a rede de confiabilidade que se estabelece em grupos fechados se dá de maneira mais estável, já que os participantes convivem sempre com as mesmas pessoas.

Assim, talvez os momentos de crises e as recaídas possam ser mais bem abordados em grupos fechados, já que os participantes adquirem a percepção de constância e continuidade do processo. As relações, mais estreitas e estáveis, permitem uma rede de auxílio mais coesa do que a presente no grupo aberto onde, as possibilidades de inserções de novos membros, podem gerar certas oscilações na dinâmica grupal. O estreitamento e a estabilidade das relações em um grupo fechado podem produzir uma rede de apoio mútuo mais consistente, que suporte melhor as crises e recaídas dos membros do grupo.

A frequência de participação no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas está relacionada aos retornos das usuárias. É dada como obrigatória a presença da usuária no Grupo, a cada retorno de seu atendimento. Contudo, em casos de usuárias que possuem retornos espaçados, suas frequências no Grupo também podem tornar-se espaçadas, o que aumenta ainda mais a oscilação de frequências presentes no Grupo. Dessa forma, poder-se-ia pensar no estabelecimento de regras para um número definido de faltas, no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas. Com essa regra em prática, as oscilações de participações diminuiriam o que poderia criar um espaço mais propício para a construção de vínculos de maior confiabilidade e segurança.

Todavia, apesar da falta de sigilo e adesão de alguns ao Grupo, foi visto que os usuários consideram que o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas é muito bem orientado pelos orientadores grupais.

Ele (coordenador do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas) sabe lidar bem com as coisas lá em cima. (E12U)

...bem, normalmente sempre dão um jeito de fazer a gente pensar tipo... que não é legal (as atitudes prejudiciais, tais como métodos purgativos e comportamentos compensatórios). (E16U)

Assim, o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, apesar de apresentar alguns elementos que dificultam uma melhor adesão, é visto por muitos usuários, como uma atividade altamente positiva, onde os coordenadores grupais são considerados pessoas capazes de orientar bem os temas e emoções despertados, contendo as angústias e frustrações. São, portanto, considerados aptos em conter as emoções despertadas oferecendo, conforme a Usuária 16 coloca, visões alternativas sobre os aspectos, ou sobre os acontecimentos negativos, e priorizando as aprendizagens e vias mais saudáveis, que podem ser apreendidos dos momentos de crise e recaídas.

6.1.2 RELAÇÃO PROFISSIONAL-PROFISSIONAL

Os transtornos alimentares são patologias que emergem de origens multifatoriais, sendo que suas causas abarcam fatores de natureza bio-psico-social e histórico-cultural (BORGES et al., 2006). Por isso, é de essencial importância a presença de uma equipe interdisciplinar que compreenda as diversas dimensões da doença.

Para um trabalho em equipe, não basta à junção de vários profissionais trabalhando em uma mesma instituição, mas é necessário que haja entre eles um senso de equipe que complemente seus saberes e alcance metas em favor de objetivos comuns. Pretende-se, pois, que uma equipe multidisciplinar transforme-se em uma real equipe interdisciplinar, onde haja ações conjuntas e efetivas, através das contribuições dos vários profissionais inseridos no serviço.

A interdisciplinaridade parte do princípio de que todo o conhecimento mantém um diálogo permanente com os outros conhecimentos. Por diálogos entende-se um canal livre de discussão, onde no embate, os conhecimentos podem ser questionados, negados, complementados ou ampliados. As áreas de conhecimento podem contribuir cada uma com sua especificidade, para o estudo comum de problemas concretos, ou para o desenvolvimento de projetos de investigação e/ou de ação (BRASIL, 1998).

Surgiram nesse estudo, falas que relatam o modo como a equipe se estrutura para desenvolver sua assistência, e como os relacionamentos intra-equipe acontecem.

Profissional 2: A gente vê mais dificuldade com os médicos. A gente nota pelo como eles se portam na equipe, na reunião: indiferentes, não participam, chegam atrasados, ficam impacientes às vezes... eles não dão conta dessa discussão mais aprofundada, mais ampliada...

Pesquisadora: mas você sente que, de maneira geral, há uma comunicação boa no serviço?

Profissional 2: a gente tenta. A gente fica encima.

O GRATA tem em sua rede de equipe os seguintes profissionais: psicólogos, psiquiatras, médico nutrólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas. Os médicos nutrólogos adentram ao serviço em caráter de residência, sendo que a permanência no grupo é limitada, durando em média um ano. A vinculação de alguns médicos dentro do GRATA pode

ser percebida como tênue, podendo ser consequência da rotatividade produzida pela própria dinâmica da residência. Problemas como falta de atenção, descaso e incompreensão de assuntos ditos mais psicológicos e subjetivos são reclamações sobre os médicos residentes, que despontam nas falas de alguns profissionais.

Eu acho que nutricionista e psicólogo se dão melhor. Eu acho que a gente tem mais abertura com psicólogo. Às vezes com médico eu acho que é um pouquinho mais difícil, até pelo olhar. Eu acho que a gente tenta ter um olhar mais integral, não apenas orgânico (...) os residentes novos que chegam, por estarem em um local que não estão acostumados, uma patologia que não estão acostumados, eu acho que eles acabam tendo um outro olhar. Mas com o tempo isso melhora. (E7P)

Destaca-se, nessa fala, o nutricionista e o psicólogo como profissionais capazes de compreender melhor as dimensões subjetivas, tendo, inclusive, um olhar para a integralidade do sujeito atendido. O médico é aqui classificado como aquele que prioriza e foca os aspectos orgânicos, sendo que isso pode até dificultar a comunicação mais aberta e fluída com profissionais de outras áreas.

Há a dificuldade de se integrar os residentes novos na equipe do GRATA. Além de se inserirem em uma nova equipe, os residentes devem lidar com o desafio de trabalhar com uma nova patologia. Os transtornos alimentares, classificados como transtornos psiquiátricos, apontam dimensões e conhecimentos pouco abordados para aqueles médicos restringidos a uma visão predominantemente orgânica.

Os elementos necessários para consolidar a formação profissional em saúde, de acordo com Oliveira, Koifman e Marins (2005) se baseiam em conhecimentos que abranjam as áreas das ciências sociais, epidemiologia, planejamento em saúde, clínica e psicanálise. Dessa forma, vê-se a necessidade de uma formação que almeje uma clínica ampliada, e que garanta ao médico em formação, habilidades ao trabalho interdisciplinar, e a um olhar integral dos sujeitos atendidos.

No entanto, as falas mostram que com empenho e paciência da equipe, os novos residentes vão sendo inseridos ao grupo, e adquirindo um novo olhar para os transtornos e para as diversas áreas profissionais. A comunicação então melhora, e é formado o espaço para um diálogo aberto e claro dentro da equipe.

O GRATA, inserido em um hospital-escola, cumpre a sua função de formar profissionais que compreendam as várias áreas de uma patologia. Dessa forma, de acordo com a profissional 7, a partir do acolhimento gradual do novo residente à equipe, essa formação com foco na integralidade do ser, pode ser vivenciada pelo médico em formação.

Os resultados sobre os relacionamentos que se dão entre os profissionais da equipe, também mostraram que os problemas cotidianos podem vir a se tornar prejudiciais ao serviço, se não forem trabalhados e elaborados em supervisões, ou em grupos destinados a desenvolver e capacitar essas relações profissionais.

É aquilo que eu te falei, eu acho que tem muita afinidade entre os profissionais e muito respeito. Mas ao mesmo tempo a gente encontra dificuldades entre os atendimentos e que isso pode ser falado em uma equipe de outros profissionais que possam cuidar dessa equipe, como acontecia quando a gente tinha o *Familie*. (...) Porque eu já passei por isso aqui (Projeto “Multiplicadores Reflexivos”) no GRATA, e vi resultados maravilhosos.(E6P)

Pequenos aborrecimentos ou obstáculos aos quais não se é dado muita consciência dentro do serviço criam, de modo indireto, estados de desânimo, impotência ou irritabilidade nos profissionais. Quando não identificados, esses pequenos conflitos podem gerar conflitos maiores, desestabilizando e até prejudicando o atendimento dos usuários. O *Familie* foi citado como uma equipe de capacitação capaz de cuidar do cuidador, e que parece ter surtido efeitos muito favoráveis quando foi implantada no serviço.

É dada tanta consideração a importância de uma supervisão de equipe, quanto à necessidade de se ter uma equipe de vários profissionais que trabalham de forma conjunta e interdisciplinar para atender esses pacientes.

Eu acredito que a troca, no GRATA, ela é feita de uma forma muito... muito transparente. É uma equipe que funciona muito (...) é muito claro para a gente... o quanto que o tratamento e o trabalho têm que ser como equipe. (E3P)

Apesar das dificuldades de diálogo e conflitos que às vezes emergem, a equipe parece saber da importância de manterem um “espírito” de união.

Devido aos ataques e aos boicotes no tratamento, atos geralmente comuns desses usuários, há que se manter uma comunicação transparente, sem distorções ou muitos ruídos. Além disso, há um sentimento de ajuda mútua. Na fala acima, e em várias outras que ocorreram durante as entrevistas, nota-se que em diversos momentos os profissionais recorriam à ajuda da equipe para clarear casos, esclarecer dúvidas, e até buscar recursos de ajuda e compreensão, quando enfrentavam conflitos mais sérios com o usuário ou com os seus familiares.

Esse trabalho conjunto da equipe reflete-se na percepção dos próprios usuários.

...porque eu converso primeiro com o nutricionista, e quando eu vou na psiquiatra, ela sabe mais ou menos o que está acontecendo. (E15U)

O clima de união e a percepção de uma equipe que mantém uma boa comunicação, apresentando funcionalidade e coesão, aparecem nas falas dos usuários. Para os usuários, essa funcionalidade e articulação formam a imagem de uma equipe, e não somente a junção de profissionais que trabalham em um mesmo espaço. O GRATA se estabelece na medida em que consegue organizar ações, de modo que fluam de maneira mais dinâmica, ágil e efetiva, contribuindo para suprir a maior parte das demandas dos usuários. Esse aspecto técnico, sendo esse a forma como os profissionais se organizam para desempenhar uma prática eficaz, garante ao usuário conforto, economia de energia e sensação de segurança.

Muitas vezes chegou a ter que pedir algum exame... conversa com a X e Y (coordenadores do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas), eles conversaram diretamente com as nutro (nutricionistas), e quando eu cheguei na sala já estava tudo resolvido para eu recolher os meus exames. Tirar tudo direitinho. (E12U)

Essa dinamicidade e agilidade nas ações produzem desempenhos capazes de minimizar muito danos ou dificuldades que poderiam vir a ocorrer. Nota-se como é importante, para o usuário 12, que a comunicação se dê entre os membros da equipe, e como ele se mostra satisfeito ao presenciar, na prática, a resolubilidade das ações, que um trabalho em equipe proporciona.

6.1.3 RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO

6.1.3.1 Uma Relação que Funciona

A literatura já traz várias referências que descrevem a dificuldade de se cuidar de um paciente com transtorno alimentar. O desestímulo, o sentimento de impotência, e as recorrentes pioras, dão ao transtorno um caráter de patologia com difícil tratamento (CHANDLER, 1998). Os pacientes são vistos como manipuladores, instáveis, e carentes, sendo difícil estabelecer um vínculo forte e duradouro nesses casos (GRANDO; ROLIM, 2006).

Muito é estudado desse vínculo sobre a perspectiva profissional, mas como se estabelece o vínculo entre profissional e usuário pela ótica deste último?

No decorrer das entrevistas com os usuários, surgiram vários depoimentos que exprimiram os sentimentos e sensações dos usuários em se submeterem ao tratamento da anorexia e bulimia nervosas, e de como também se desenvolve a relação com os profissionais da equipe.

Apesar da dificuldade de se vincular ao tratamento, esteve presente nas falas um forte sentimento dos usuários de pertencimento ao tratamento do GRATA, e de estarem sendo bem tratados e cuidados pelos profissionais.

Eu acho que da maneira que eles conseguem atender..., porque eles têm muitas limitações aqui, eu acho que de estrutura física, pouco consultório, disponibilidade de pouca gente, pessoal para estar trabalhando... essa maioria de pessoal voluntário... então eles fazem o que eles podem (...) isso não desabona o grupo, eu acho que ele funciona bem, mas poderia melhorar (E8U).

O acolhimento, descrito como a possibilidade de usufruir dos recursos disponíveis no serviço, para atender as demandas dos usuários (CAMPOS, 1997), é visualizado nessa fala. Apesar de achar que há dificuldades na estrutura física e pessoal, como o limite de salas para atendimento, e falta de um maior número de profissionais, o Usuário 8 mostra que a coesão e o funcionamento do grupo não são prejudicados. Embora com metas a alcançar, o GRATA atende satisfatoriamente as necessidades dos usuários.

Eu acho que esse grupo que trata do transtorno alimentar, ele tem uma estrutura pessoal muito boa. Os médicos, as nutricionistas, os psicólogos, os terapeutas ocupacionais que trabalham são excelentes. Pessoas extremamente interessadas. Nós ainda não temos uma estrutura física adequada (...) mas vem lutando para melhorar (E1P).

A fala desse profissional corrobora com o que foi dito acima. Apesar de uma estrutura física não muito adequada, o empenho e a atenção profissional, somado a integralidade do serviço, que oferece a atuação de profissionais de várias áreas, contribui para um atendimento que se dá de modo produtivo e com resultados consideráveis.

O profissional que chega para atender na sexta-feira ele recebe apoio de no mínimo três profissionais. E todos preparados já no sentido de a gente ter discutido os casos na reunião da manhã. Então todos estão preparados para oferecer aquilo que o paciente está precisando. Então eu acho que o apoio pessoal,

o apoio da equipe... ela é um apoio fantástico aqui no GRATA (E3P).

A rede de apoio, conforme a fala do Profissional 3, para um cuidado que alcance maiores qualidades, se nota no trabalho conjunto, onde o profissional auxilia o profissional.

Além de um desempenho técnico, que supre de maneira satisfatória a demanda, há a percepção de alguns usuários, de uma atitude de cuidado, atenção e disponibilidade interna por parte dos profissionais, que parece contribuir como um recurso de enfrentamento e apoio na luta do usuário pela melhora.

...melhora aqui quem não quer, são muito cuidadosos. (E1U)

Essa disponibilidade e empenho nos atendimentos, para que alcem um nível de melhor qualidade, pode ser resultado do investimento que muitos profissionais da equipe realizam para se capacitarem para o trabalho.

A gente tem um investimento próprio, tanto pessoal, quanto profissional. Todo mundo... a maioria faz terapia, se analisa, tenta entender o porquê disso. Estuda, faz grupo de estudos. (E6P)

Além de capacitações profissionais, a fala do Profissional 6 revela a busca por um desenvolvimento pessoal através de psicoterapias. Os transtornos psiquiátricos requerem que haja um cuidado permanente com o equilíbrio mental dos profissionais que os assistem (NUNES; JUCA; VALENTIM, 2007); cuidado esse que parece ser considerado e praticado por muitos profissionais do GRATA.

Dessa forma, a relação entre profissional e usuário torna-se mais qualificada e, através de uma postura de empatia e respeito, contribui para a formação de vínculos mais duradouros e efetivos ao tratamento.

A hora que eu chego lá na sala, para os retornos, eu acho que eles são muito... tem muita atenção com a gente. (...) é na forma de te tratar. Geralmente chega, eles te cumprimentam bem, sabem como conversar com a gente. (E14U)

A relação de ajuda ocorre, quando o profissional cria e mantém com o cliente uma relação na qual este tem a oportunidade de experimentar uma boa relação consigo mesmo, para compreender-se melhor na situação que vivencia. É por isso que essa relação deve-se centrar no momento presente (aqui e agora), mas sempre focando o processo de

transformação. Perceber o outro no momento presente é uma forma de respeito e compreensão (FUREGATO; MORAIS 2009).

Na empatia, o profissional busca conhecer profundamente os problemas da pessoa atendida, e a sua maneira de pensar. Por meio desse conhecimento, pretende ajudar o cliente a enfrentar e resolver seus problemas, conforme o seu próprio ponto de vista. Esta postura profissional possibilita uma comunicação direta, esclarecedora e eficaz.

Apesar do caráter voluntário de trabalho da maioria dos profissionais do GRATA, que poderia ser visto como um empecilho a ações produtivas e interessadas, os profissionais do GRATA parecem sempre agir em busca de um aperfeiçoamento profissional e pessoal, que resulte em melhor qualidade para o serviço.

Eu acho que é uma das coisas interessantíssimas como que um grupo, que realmente a base dele é o voluntarismo, e se mantém todos esses anos com pessoas que realmente abraçam o serviço, vestem a camisa, e trabalham de uma forma muito eficiente. (E3P)

O fato de se entregarem ao trabalho com dedicação, possibilita, de acordo com o Profissional 3, um trabalho eficiente.

Para os usuários, essa disponibilidade interna, empatia e empenho caracterizam o que, para eles, seria uma postura profissional.

...os quatro anos e meio que eu estou aqui, sempre o comportamento deles é muito profissional. Eles levam muito a sério seu caso (E14U).

...quando eles percebem que a pessoa não está bem, eles sempre correm atrás, tentam ajudar. Então eu acho que para mim eles são profissionais (E15U).

A seriedade, na busca de suprir as exigências e necessidades desse tratamento, é o que caracteriza o profissionalismo e o protagonismo nas ações de muitos profissionais atuantes no GRATA.

O protagonismo, dentro da proposta de acolhimento do SUS, pode ser compreendido como a responsabilização dos profissionais de saúde, sobre os caminhos a serem percorridos, para a resolução do problema de cada caso (MERHY et al., 1997). Pode ser considerado também, como uma atitude de cuidado para com o sujeito atendido, onde há uma atitude de ocupação, preocupação e responsabilização pela saúde do outro (BOFF, 1999).

No entanto, esse profissionalismo não é, e não pode significar rigidez nas ações.

...eu sempre negocie bastante coisas com eles. Eles são flexíveis (E12U).

...a minha nutricionista sempre fala para mim: - ah, vamos tentar. Às vezes isso é bom para você. E eu sempre... sempre estou disposta. Não é assim na cobrança, sendo autoritária: - você tem que fazer. Ela sempre fala: - tenta, se você conseguir... (E15U).

De acordo com os Usuários 12 e 15, os profissionais tentam ser flexíveis e negociar o plano de tratamento e as orientações das consultas, junto ao usuário. Conforme as falas, os usuários se vêem livres em opinar, questionar, e propor mudanças, junto com a colaboração dos profissionais.

Essa relação de interação, entre usuários e profissionais, em que estão presentes a escuta, e a divisão de responsabilidades, consiste na dimensão terapêutica presente no vínculo. A relação terapêutica, presente em qualquer relação profissional-usuário, abre espaços propícios à produção de sujeitos autônomos, sendo eles profissionais ou pacientes. A autonomia se dá, pois, quando o vínculo entre dois sujeitos se estabelece e o paciente, por exemplo, pode ser compreendido na condição daquele que fala, julga e deseja (CAMPOS, 1994).

No caso das anorexias e bulimias nervosas, a relação terapêutica é fundamental, na medida em que apresenta pacientes de difícil vinculação e adesão ao tratamento (GRANDO; ROLIM, 2006). No caso específico dos nutricionistas, essa relação se torna ainda mais delicada, pois, por possuírem rotinas ou dietas alimentares extremamente controladas, qualquer alteração nesses âmbitos cria ansiedade e angústia no paciente.

Dessa forma, é necessário um vínculo que demande sensibilidade e atenção por parte do profissional. Através da abertura de espaços de diálogo e negociação, os profissionais vão, pouco a pouco, criando oportunidades para que o usuário se coloque como sujeito ativo frente ao seu tratamento. Assim, pode adquirir a responsabilidade de protagonista de sua vida e oferecer ao serviço sentidos sobre a produção de saúde que contribuam com o tratamento.

6.1.3.2 Os Ruídos e Desvios na Comunicação

Apesar da disponibilidade e investimento dos profissionais para construírem relações mais empáticas, autônomas e saudáveis, e do clima de diálogo e negociação que geralmente se

estabelece nos relacionamentos profissional-usuário, percebe-se que essa comunicação não se faz de forma harmônica e semelhante para todos os usuários, e em todos os momentos.

Geralmente chega, eles te cumprimentam bem, sabem como conversar com a gente. Não é todos os dias também que tanto a parte deles, como eu também esteja mais deprimida... mas eles me tratam bem (E14U).

Conforme a Usuária14 relata, há momentos em que tanto profissional, quanto paciente, estão mais retraídos e taciturnos. Para a Usuária 14, no entanto, essas oscilações de humor não abalam a relação, que logo é recuperada e restabelecida.

Todavia, há pacientes que se julgam realmente prejudicados por uma postura autoritária e de desconfiança do profissional.

...teve dois que eu tive que brigar (...) porque teve um tom autoritário, não acreditou em mim. (E1U)

Há profissionais que parecem não acreditar que alguns pacientes sigam corretamente as suas orientações, talvez pela presença de boicotes ao tratamento, que geralmente são cometidos por esses usuários, e que dificultam o seguimento correto do tratamento.

Alguns usuários discordam da postura de desconfiança dos profissionais, pois acreditam estarem se esforçando para a sua melhora.

...às vezes desconfiam (...) porque eu acho que às vezes eles não acreditam que a gente quer realmente melhorar. Eles acham que a gente leva o tratamento na brincadeira, e não é, a gente tenta melhorar e não consegue (...) acho bem incoerente. Acho que eles têm que avaliar cada um, cada paciente é cada paciente. (E7U)

Por isso, alguns usuários acreditam que a postura de desconfiança não deva ser generalizada, sendo importante diferenciar cada pessoa e cada situação encontrada durante o atendimento.

A desconfiança faz com que alguns profissionais busquem alternativas para estabelecer limites e o controle no tratamento. Para isso, pedem que as acompanhantes de algumas usuárias adentrem a sala de consulta.

Então eles sempre desconfiavam. De início eles pediam para a minha mãe entrar junto comigo. Eu achava um absurdo... eu, com 33 anos e minha mãe ter que entrar na consulta comigo. Eu acho que a consulta tem que ser individual e o profissional

confiar naquilo que eu falo (...) eu acho que eles deveriam mostrar que confiam na gente, para que a gente, sentindo isso, a gente consiga se abrir mais. (E8U)

Essa atitude produz, em algumas das usuárias, um sentimento de perda de autonomia. O maior controle estabelecido pelos profissionais, durante as consultas, parece causar, na entrevistada 8, grande desconfiança e retraimento, dificultando a formação de um vínculo mais íntimo, onde possa expor seus sentimentos.

Apesar do desconforto que a presença da desconfiança produz, alguns usuários julgam-na necessária.

...porque a gente tende a ser muito mentirosa no começo, boicotar literalmente o tratamento, então eles desconfiam. Muitas vezes eles pedem para vir o acompanhante (...) agora, quando eles pegam confiança, eles passam a acreditar em você. É quando surge o tal do vínculo. (E12U)

Dessa forma, alguns usuários admitem que já mentiram algumas vezes sobre o cumprimento das orientações do tratamento, o que dificultou o estabelecimento de uma confiança consistente.

A fala da Usuária 12, no entanto, mostra as fases no estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário. O que antes aparecia, por parte do profissional, como uma desconfiança necessária à nova relação, ainda recente e imatura, desenvolve-se, posteriormente, como uma confiança promotora de um vínculo saudável, honesto e aberto ao diálogo.

Nota-se, portanto, que os vínculos entre profissionais e pacientes com transtornos alimentares são estabelecidos, em sua maioria, através de aproximações lentas e graduais, para que se forme maior intimidade e confiabilidade nas relações.

A relação vincular satisfatória é uma relação onde se considera a singularidade e a subjetividade de cada relacionamento. É onde está presente também uma postura empática, de aceitação incondicional, conhecimento e confiança (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). Contudo, apesar do vínculo ser algo fundamental ao processo de acolhimento, no caso dos transtornos alimentares o vínculo parece ser conquistado lentamente, a passos de compreensão, empatia e paciência, por parte do profissional; e disponibilidade, abertura e responsabilização pelo tratamento, por parte do paciente. A postura de maior responsabilização e protagonismo dos sujeitos envolvidos nessa relação vincular poderá fazer com que o vínculo se torne mais consolidado, e adquira a confiabilidade necessária para promover a qualidade e o acolhimento no serviço.

Além da postura de desconfiança adotada por certos profissionais, de acordo com a opinião de alguns usuários, certos usuários do GRATA revelaram que se sentem prejudicados por determinadas posturas autoritárias de alguns profissionais. O GRATA estabelece um Plano de Atendimento que, para obter resultados satisfatórios, deve ser respeitado pelos usuários. No entanto, ao pretender o cumprimento das orientações, alguns profissionais parecem tomar medidas, entendidas pelos usuários como autoritárias.

...teve dois que eu tive que brigar (...) porque teve um tom autoritário, não acreditou em mim. (E1U)

No entanto, tal como acontece com a postura de desconfiança, alguns usuários apóiam certa postura de autoridade dos profissionais em algumas situações do atendimento, pois compreendem que posturas firmes e de autoridade são necessárias para adequar o paciente a condições mais realistas do tratamento.

...aconteceu uma vez, porque o profissional queria me chamar para a realidade. (E5U)

...não sei bem te dizer se é autoritária, mas às vezes acontece de falar de uma forma assim... mais dura com a gente. (...) No começo eu não entendia não, depois conversando com as pessoas da nossa família, eu entendi que é para o bem da gente. (E9U)

Todavia, apesar das tentativas dos profissionais em estabelecer limites mais realistas e saudáveis ao paciente, com posturas firmes e incisivas, nota-se que a relação é permeada por projeções e intensos conteúdos emocionais. No diálogo entre profissional e paciente, estabelece-se uma relação projetiva, onde a raiva do paciente, sua ansiedade, e angústia são projetadas na pessoa do profissional. Há um ataque direto à pessoa do profissional, que se depara com situações desgastantes e agressivas.

...do paciente te desafiar, brigar com você, resistir ao seu atendimento, julgar a sua pessoa, que na verdade é um jeito torto de pedir ajuda. Então se você não tem essa condição interna de entender isso, você entra nessa dinâmica do paciente, e realmente paralisa o atendimento. Você não consegue ter um lado terapêutico disso. (E6P)

Vê-se, portanto, a importância de, na relação entre profissional e paciente, o profissional estar submetido a uma supervisão profissional e a uma orientação terapêutica, para

estar internamente disponível para se relacionar com esses pacientes. Foram freqüentes os relatos de grande desgaste emocional e psíquico dos profissionais ao tratar dos portadores de anorexia e bulimia nervosas. As resistências tidas com os pacientes, quando não elaboradas no cotidiano diário do cuidar, podem realmente transformarem-se em empecilhos que paralisam a ação terapêutica do tratamento. Reforça-se a importância dos profissionais terem um apoio, e uma supervisão ao âmbito psíquico, quando se percebe a complexidade envolvida no tratamento dos portadores de transtornos alimentares.

...pacientes muito difíceis porque são pacientes que... o transtorno alimentar ele nunca vem sozinho, é muito raro. Então tem muita co-morbidade psiquiátrica. (E3P)

Assim, é necessário também um preparo que auxilie os profissionais a lidarem com os transtornos alimentares e suas co-morbidades, tais como quadros de depressão, ou de transtornos obsessivos compulsivos.

Diante desses quadros complexos é fundamental um trabalho conjunto da equipe. O desenvolvimento, a capacitação técnica, e a supervisão psicológica são alvos que sempre deverão estar presentes nesse trabalho interdisciplinar.

6.1.3.3 Os Médicos Residentes e os Usuários do GRATA

A formação médica, predominantemente baseada no modelo organicista, pode limitar o desenvolvimento de habilidades de relacionamento interpessoal médico-paciente, e preterir concepções psíquicas e sociais do indivíduo, em nome de uma cura estritamente orgânica (BONET, 2004).

Dessa forma, com a priorização do aspecto orgânico, o cuidar perde a sua integralidade, e se restringe apenas a ordem do cuidado biológico. Isso faz com que a relação entre médicos e pacientes se dê, muitas vezes, com distorções e ruídos, que poderão dificultar o tratamento.

...os médicos às vezes são autoritários (...), porque eles acham que o que eles falam está certo, pronto e acabou... e a gente tem que aceitar. (E7U)

De acordo com essa usuária, os médicos nutrólogos residentes são os que, muitas vezes, possuem uma postura autoritária. Levanta-se a hipótese de que, por possuírem uma formação de caráter predominantemente biomédico e hospitalocêntrico, e por serem ainda pouco experientes no trato dos pacientes com transtornos alimentares, criam-se situações que

conduzem ao estresse desses residentes. Por não terem tanta prática diante das recaídas, manipulações e boicotes dos usuários, acabam usando posturas autoritárias, para controlar sua ansiedade e insegurança, diante de situações complexas.

A desconfiança é também um dos fatores que contribui para a dificuldade de comunicação e formação de vínculo, entre os residentes e os usuários.

...eles (médicos) tava passando um tanto de dieta. Quando eu vi, eles começavam a aumentar e não me avisavam, sabe? Ai já quebrava a confiança (...) tudo o que eu tinha eles chamavam um psiquiatra para mim. Eles acham que tudo é o psiquiatra que tem que resolver. Tudo é piti da gente, tudo é psicológico, tudo é psicossomático. (...) Isso que eu falo da falta de informação e da falta de formação do residente no atendimento (E8U).

Percebe-se o preparo necessário para assistir adequadamente esses usuários. Os médicos residentes devem estar conscientes de que todos os procedimentos do tratamento devem ser muito bem seguidos e cumpridos, visto que o paciente está atento para certificar-se do controle e execução dessas ações. Pelo pavor de adquirir mais peso, qualquer alteração desconhecida pelo paciente no plano de tratamento, é vista por ele como ameaça.

A atitude do profissional, que aumenta a quantidade de dieta sem o conhecimento do usuário, é vista com desconfiança pelo Usuário 8. Assim, vê-se a necessidade de sempre se manter um diálogo aberto e honesto, e uma postura de negociação entre os usuários e os profissionais.

Ainda, é percebida na fala da Usuária 8, uma falta de sensibilidade de alguns residentes médicos em lidar com assuntos mais subjetivos, e de conteúdos emocionais mais intensos. Como parecem se sentirem despreparados ao lidarem com esses aspectos do cuidado, alguns residentes médicos recorrem a profissionais mais especializados, como o psiquiatra, para apoiá-los e ajudá-los em situações difíceis.

Os residentes médicos, diante de aspectos subjetivos e emocionais dos usuários, parecem adotar posições extremistas, onde crises emocionais são taxadas como “frescuras”, “pitis”, ou como crises emocionais intensas, incapazes de serem administradas por esses profissionais, sem a ajuda de um colega especializado.

O vínculo entre usuário e residente médico, algumas vezes é revelado como frágil, sendo que muitas vezes parece inexistir. Há um distanciamento, onde o paciente não se sente escutado, e o profissional parece manter uma postura de distanciamento das questões de caráter mais subjetivo e emocional.

Entretanto, há usuárias que vêem os residentes como profissionais capacitados em realizar o seu trabalho, sendo apoiados, inclusive, pela supervisão, que lhes dá orientação e apoio para um trabalho bem desempenhado.

Usuária 16: não, porque têm os profissionais, supervisores juntos. Claro que se eles tivessem sozinhos, qualquer um ficaria...

Pesquisadora: mas você não sente esse despreparo por parte do residente?

Usuária 16: não, não, é como se fosse o normal.

A palavra “normal”, pronunciada pela Usuária 16, refere-se ao bom desempenho dos residentes, que supervisionados, atuam de modo semelhante aos médicos já formados.

O acolhimento, conforme Campos (1997a), visa à eficácia das ações de saúde e prevê um profissional capaz de utilizar seus recursos técnicos e pessoais, para um atendimento em que estejam presentes a integralidade e uma postura humanizada. Dessa forma, as supervisões e residências realizadas no hospital contribuem para que os médicos residentes possuam uma formação mais ampla, que aborde, no cuidado, as várias dimensões do ser humano, promovendo então, uma assistência com alvo a integralidade e em consonância com o trabalho interdisciplinar.

6.1.3.4 As Diversas Formas de Vínculo

Ainda, observa-se que a relação dos usuários com os membros da equipe possuem diversos níveis de aproximação. Há usuários que possuem uma relação mais forte com determinados membros da equipe, e outros que se relacionam de maneira semelhante com os vários profissionais.

Os depoimentos expostos abaixo pretendem ilustrar a variedade das relações que se estabelecem entre profissional e usuário. As afinidades dentro do Grupo de Assistência ocorrem de diversas maneiras, que vão desde não se vincular mais intimamente a nenhum profissional da equipe, a manter um contato mais íntimo com algum membro do GRATA, a cada ciclo do tratamento.

...não, é tudo do mesmo jeito, eu nem gosto de vínculos maiores. É igual a minha psicóloga, eu faço lá em (nome da cidade de origem da usuária) há cinco anos. Se eu encontro na rua é “oi, tudo bem?”. Eu acho assim..., eu, paciente, e você, psicóloga. (E16U)

Em tratamento o usuário coloca-se na condição de paciente, ou seja, àquele que se dispõe a condição, na maioria das vezes passiva, de ser investigado e tratado. O tratamento também é um contexto, onde a dor do sujeito é vasculhada e onde são expostas suas intimidades e fraquezas. O paciente vê o contexto hospitalar como assustador, desconfortável e, muitas vezes, doloroso (BOEMER, 1998). É de se compreender que alguns usuários mantenham uma relação de distância com os profissionais de saúde, buscando proteger sua integridade emocional.

Se, por um lado, esse distanciamento se faz pela própria atitude do usuário, por outro, a rotatividade presente no serviço pode dificultar a formação de vínculos mais estáveis e aprofundados.

A rotatividade de profissionais, resultado do GRATA estar inserido em um hospital-escola, e ser formado por uma equipe predominantemente de profissionais não contratados, cria a necessidade do usuário se vincular a diversos profissionais, na medida em que eles deixam ou se inserem no serviço.

...cada época você se apega há um dos profissionais. Quando o “C” era meu médico, eu tinha muita afinidade com ele. Quando a “S” era a minha nutricionista eu tinha muito afinidade com ela. Depois a “Z”, eu me apeguei muito. E agora, dos profissionais que estão me atendendo, a que eu tenho mais afinidade é a “F”, que é a psiquiatra. (E13U)

O Usuário 13 não apresenta nenhuma crítica a essa rotatividade, porém há usuários que sentem dificuldade em se vincular a novos profissionais, e que ainda possuem uma relação muito forte com os primeiros profissionais que os atenderam no serviço.

...tenho vínculo com todos, mas a pessoa que eu estou sempre lembrando muito é a L (nutricionista), que foi a primeira pessoa que me atendeu quando eu vim. Sempre perguntando dela, querendo saber se ela está ainda nos acompanhando. Não precisa ser diretamente com contato, mas querendo saber se ela está ainda nos acompanhando (E9U).

Nesse caso, o profissional lembrado pela Usuária 9 é alguém presente no GRATA há muitos anos, e que possui um papel ativo e importante dentro do grupo. Nota-se que os profissionais com maior número de anos dentro do serviço são geralmente elegidos como profissionais de referência. Representam principalmente, para os usuários com longa estadia nesse serviço, pontos de segurança e confiança, podendo até a chegar a serem alvos de sentimentos de afeição e carinho.

Eu tinha com a L (nutricionista) (...), agora não tenho contato com ela mais (...) depois ela mudou a função dela (...) porque agora eu não tenho vínculo com a minha nutricionista. Eu conheço, mas eu acho que eu ainda não me adaptei, eu acho que a gente ainda não entrou em um acordo. Eu acho que não houve empatia entre as duas não. (E8U)

Devido a rotatividade profissional presente no hospital, o nutricionista, que atendia a Usuária 8, deixou seu cargo e o delegou a outro nutricionista que passou a exercer a sua função. No entanto, vê-se que a Usuária 8, após esse processo de transição e rompimento de vínculos, ainda não estabeleceu vínculos com a nova nutricionista. Percebe-se a dificuldade dessa usuária em estabelecer laços com a nova profissional.

É possível que essa rotatividade possa gerar altos níveis de angústia e ansiedade nos usuários, já que devem elaborar o luto por não estarem mais sendo assistidos por aquele profissional ao qual já estavam vinculados. Assim, na tentativa de esclarecer porque não houve um vínculo tão bom com a nova nutricionista, é provável que a Usuária 8 busque razões e definições para o vínculo ainda tênue com a nova profissional. A falta de empatia foi um dos motivos expressos para essa falta de ligação.

O Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, por ser um espaço próprio dos usuários, onde eles têm voz para expressar suas dores, dúvidas e ansiedades, torna-se a alguns um forte precursor de relações intensas e próximas.

Pesquisadora: Com quem você tem mais vínculo?

Usuária 12: ...com a Y (coordenadora do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas).

Nesse grupo, parece haver um estreitamento de laços entre os usuários e os coordenadores grupais, a partir do compartilhamento de experiências, ou do clima de união e instilação de esperança, que se estabelece na dinâmica grupal (YALOM, 2005). Justifica-se, pois, que haja também, por parte de alguns pacientes, um sentimento de maior proximidade com os coordenadores do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, já que eles, muitas vezes, são os responsáveis por ajudar na elaboração, no apoio e no acolhimento das angústias.

Dessa forma, foi observado que alguns usuários temem em manter vínculos mais próximos e íntimos com os profissionais que os cuidam. Porém, quando esse vínculo se

estabelece, geralmente é feito com profissionais de referência dentro da equipe, que possuem um papel fundamental na assistência, e que atuam no serviço já há vários anos. Também, alguns usuários mantêm vínculos com os coordenadores do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, talvez pelo fato destes coordenadores oferecerem respaldos em situações difíceis e dolorosas dos usuários.

No entanto, os resultados apontam que essa relação “arisca”, que se faz de forma lenta e gradual, possa ser altamente prejudicada pela rotatividade de profissionais dentro do serviço, causando sentimentos de angústia e desamparo nos usuários, e grandes dificuldades aos novos profissionais que desejam se vincular aos pacientes do serviço. É ressaltado que nas relações entre profissionais e pacientes, para que haja maior adesão à terapêutica e maior efetividade das intervenções propostas, é necessário que haja a continuidade das relações, como um fator de fortalecimento do vínculo, e do mútuo conhecimento/confiança entre profissional e paciente (STARFIELD, 2002; WESTON; BROWN, 1989).

Portanto, vê-se que a rotatividade provoca uma situação de descontinuidade dos processos, o que não se mostra uma situação favorável à formação de vínculos saudáveis e promotores da recuperação do paciente. A equipe, na medida do possível, deve, portanto, reduzir ao máximo essa oscilação de profissionais.

6.2 TÉCNICA

A técnica de uma equipe de saúde consiste no modo como se utiliza da organização do trabalho, aliando saber e prática. Tange a distribuição de papéis e funções, e as ferramentas e recursos que utiliza para atender as necessidades da população atendida. Também se define no trabalho em equipe e no modo como a equipe se estrutura para oferecer um processo de capacitação e desenvolvimento de tecnologias, saberes e práticas. É a utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuário. Em uma equipe interdisciplinar, a articulação dos diferentes saberes pretende superar a fragmentação, em busca da construção de caminhos mais apropriados para as necessidades emergentes (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

O âmbito técnico, nesse estudo, foi dividido em dois campos: “As Atividades Oferecidas”, e a “Dinâmica Organizacional do GRATA”. Juntos, parecem delinear o modo como o Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares se utiliza da técnica para alcançar os objetivos do tratamento.

6.2.1 AS ATIVIDADES OFERECIDAS

As atividades oferecidas compreendem aquelas atividades que são consideradas por profissionais e usuários importantes para a consolidação da assistência. Estas atividades carregam em si um amplo saber teórico e prático, que são aplicados ao cotidiano do serviço. Dessa forma, requerem um amplo conteúdo técnico para que possam ser efetivadas.

Os Grupos de Apoio e de Orientação Médico Nutricional aos Familiares/Representantes, e as atividades de promoção de saúde foram atividades citadas nas falas de profissionais e usuários.

6.2.1.1 Os Grupos de Apoio e de Orientação Médico Nutricional aos Familiares/Representantes

A literatura aponta para a dinâmica familiar conflituosa das famílias que possuem pacientes com transtornos alimentares. Alguns autores afirmam que essa estrutura e dinâmica familiar conflituosa propicia o aparecimento do transtorno e a sua manutenção. Minuchin (1982) baseia-se na premissa de que exista uma dificuldade de interação entre os pacientes com transtornos alimentares e suas famílias. Esses autores acreditam que as famílias de pacientes anoréxicos, têm características específicas que devem ser consideradas no tratamento do transtorno. De acordo com Cobelo, Saikali e Schomer (2004), as famílias que convivem com o transtorno alimentar têm suas pautas conversacionais aprisionadas nos problemas que a anorexia e a bulimia promovem. O transtorno alimentar e o doente passam a ser o foco de atenção, e o doente, o ponto de descarga emocional dos familiares.

Além disso, percebem-se grandes dificuldades quanto a auto imagem, presentes em quase todos os membros da família. A dificuldade de aceitação da imagem corporal, insegurança sobre o valor de si diante da comunidade, ou a indefinição dos objetivos pessoais são características quase sempre vistas entre todos os membros da família.

Geralmente, nesses núcleos familiares, existe um modo de relação simbiótica, que dentre outras características, refere-se às inter-relações que tendem para a constante anulação individual, e que se apresentam com elevado grau de dependência entre si (COBELO; SAIKALI; SCHOMER, 2004).

Baseados nessas informações, muitos dos profissionais consideram os Grupos de Apoio e de Orientação Médico Nutricional aos Familiares/Representantes um recurso essencial para o

tratamento e a evolução das condições psíquicas e orgânicas dos pacientes, já que vêm a família como parte integrante do tratamento.

...e para os familiares que tem o envolvimento, a gente vê que o prognóstico é bom. (...) (E4P)

No entanto, vê-se que muitas vezes a família não possui a compreensão de que pode contribuir para o tratamento através de sua participação. Foi observado que no momento da pesquisa, a adesão familiar ou dos representantes dos usuários no tratamento do GRATA, encontrava-se baixa e quando se dava, não se fazia de forma constante.

A adesão é muito complicada. Existem muitos problemas em relação a essa adesão familiar. (...) A maioria, a maioria não tem segmento constante... uma participação muito intensa não. (E3P)

Muito se especula a respeito dessa baixa adesão. Alguns profissionais levantam a hipótese de que talvez essa baixa frequência seja dada pela falta de compreensão do que são os Grupos de Apoio e de Orientação Médico Nutricional aos Familiares/Representantes. Por vezes, pais e acompanhantes preferem obter uma conversa individual com os profissionais, a terem as suas angústias e dúvidas compartilhadas em grupo, por apresentarem desconforto em exporem suas intimidades. Desconhecem que o grupo pode oferecer importantes recursos de enfrentamento, tal como o compartilhamento de experiências semelhantes e a construção de uma rede de apoio.

Outros profissionais buscam explicação da baixa adesão dos familiares ou acompanhantes, conforme as características das fases do transtorno. Visto que em momentos passados a frequência nos Grupos de Familiares/Representantes era maior, muitos profissionais crêem que a grande parte dos pacientes já não se encontra mais no período de crise inicial, onde o risco de morte e a perplexidade dos familiares/representantes diante do transtorno eram predominantes. Assim, supõe-se que após um período de complexidade inicial, os familiares ou representantes adquiram familiaridade com esta nova situação, e desenvolvam outras formas em lidar com o transtorno e a paciente adoecida, sem a participação no Grupo de Apoio e de Orientação Médico Nutricional.

Se os Grupos de Apoio e de Orientação Médico Nutricional aos Familiares/Representantes são extremamente requeridos no início do transtorno, para suprir as dúvidas e angústias que emergem nessa fase com grande intensidade, cuidadores com longa

experiência já poderiam estar desinteressados por locais que esclareçam dúvidas e angustias já conhecidas.

Porém, vê-se que essas atividades poderiam ser mais bem aproveitadas, quando se observa que muitos cuidadores poderiam utilizar os Grupos como locais de compartilhamento de experiências, e de maior integração da família ao tratamento global, visto que o Grupo de Apoio aos Familiares/Representantes também pretende acolher a sobrecarga emocional, estimular a livre expressão de sentimentos, e refletir sobre o manejo da síndrome (SANTOS et al., 2002).

A equipe sabe que o tratamento deve envolver a família, e conforme uma das profissionais entrevistadas, não só um dos membros, como o pai, a mãe ou o irmão, mas toda a família vinculada ao tratamento.

Eu acho que nós estamos no pior momento nosso de adesão.
(...) Eu não sei se é a dificuldade nossa de colocar limites no sentido de regras, precisa vir e pronto. (E6P)

Uma das alternativas propostas para aumentar a inserção da família ao tratamento seria uma maior rigidez quanto às regras sobre a participação dos cuidadores, onde sua participação seria considerada uma regra ao tratamento. No entanto, os profissionais se deparam com a própria resistência ou ignorância de alguns familiares ou representantes. Ignorância no sentido dos últimos não compreenderem que a participação dos acompanhantes é um dos fatores que elevam a expectativa de melhora do paciente. Muitas vezes, consideram que o transtorno diz respeito somente ao paciente adoecido, sendo que não se vêem como parte de uma dinâmica patológica.

Outras vezes, o que distancia os familiares ou representantes são suas condições de vida, com trabalhos que dificultam sua presença no Grupo, devido aos horários de serviço.

De acordo com Merhy et al. (1997) a vinculação entre o serviço e a comunidade é essencial para o acolhimento, pois abre acesso e cria rede de relações entre o serviço e a população atendida. Ao ter relações claras e próximas com o usuário do serviço, e integrando-se com a comunidade, no seu território, no consultório e nos grupos, o serviço torna-se referência a coletividade dessa população e pode ser a base para a construção da autonomia e cidadania do usuário frente a sua saúde.

A equipe do GRATA, sabendo da importância de se vincular a essa rede social mais íntima do usuário, parece em busca de alternativas que abram meios para acolher e aproximar esses familiares ou representantes do tratamento. Compreender suas necessidades e demandas,

dentro desse momento do grupo, é ainda um desafio de difícil superação, conforme relata a entrevistada 6.

Eu sinto na equipe isso, não tem conseguido encontrar meios. Ou talvez ter disponibilidade para encontrar meios, parece que a equipe está um pouco... cansada de tentar, tentar e tentar e não ter um retorno. Então talvez uma ajuda externa ou o que a gente poderia fazer para isso melhorar. (E6P)

Um olhar externo, como o de um supervisor de equipe parece ser, aos olhos da Profissional 6, um recurso que talvez traga compreensão para esta dificuldade de maior adesão dos familiares/responsáveis ao tratamento.

6.2.1.2 Atividades de Promoção de Saúde

O GRATA, além de prover assistência à familiares/representantes e pacientes com transtornos alimentares, vem durante a sua existência promovendo locais de reflexão e difusão de saberes sobre a anorexia e bulimia nervosas. Espaços como esses são relevantes, pois, resgatam e potencializam o conhecimento técnico da equipe, possibilitando o enriquecimento da intervenção, e uma reflexão mais aprofundada sobre a humanização das relações, e formas de assistência, em serviços de saúde (MERHY et al., 1997).

O Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares desenvolve simpósios onde são apresentadas pesquisas e palestras relacionadas às várias dimensões do transtorno alimentar. Além disso, contribui para a ampliação dos conhecimentos sobre a bulimia e a anorexia, através de minicursos que são oferecidos aos profissionais de saúde. Também, no ano de 2008, foi realizada a “Semana de Conscientização sobre os Transtornos Alimentares – fique por dentro” que objetivou promover a saúde e a alimentação saudável (UNIVERSIDADE DE FRANCA, 2008).

Essas atividades possuem um caráter de extensão, já que levam o saber e a orientação à população. Portanto, o GRATA atua em frentes que visam criar uma rede de assistência que vai além do tratamento, mas que também envolve a prevenção e a promoção de saúde.

Como na Semana de Conscientização, o GRATA mostra-se como um serviço que frequentemente atua para alcançar a integralidade pretendida pelo sistema sanitário brasileiro, focando as suas ações e serviços em atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006a), atuando através de um atendimento integral, que envolve atividades preventivas e assistenciais (BRASIL, 1988). Visa, portanto, incorporar em suas atividades, as

possibilidades de promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Isso sempre teve. Anualmente é feita alguma campanha, algum encontro, no sentido aí de divulgar um pouco mais o transtorno alimentar. (...) Esclarecer mais... inclusive até desmistificar muita coisa que as pessoas ainda fantasiam ou não tem muita noção do que acontece. (E3P)

O diálogo com a população permite que informações sejam transmitidas para o conhecimento do transtorno. A ação de esclarecer e desmistificar permite que a população entenda a anorexia e bulimia nervosas como transtornos psiquiátricos, que devem ser levados em consideração e que merecem tratamento profissional.

Além disso, a Semana de Conscientização possui o objetivo de fazer com que as pessoas adquiram hábitos alimentares mais saudáveis. Desse modo, colabora com a promoção de saúde, ao prevenir possíveis transtornos alimentares como a obesidade, a anorexia e a bulimia, e fomenta hábitos para uma melhor qualidade de vida.

Eu acho super importante para a população, primeiramente porque há muito preconceito ainda. Então a família tem muitas dificuldades em observar o que está acontecendo com o filho. (...) E para o serviço é importante também para a divulgação. (E5P)

Conjuntamente ao trabalho informativo, preventivo e promotor de saúde, a Semana de Conscientização, tal como outros eventos realizados pelo GRATA, contribui para a divulgação do serviço do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares à população. Essa divulgação é importante, pois permite que a comunidade desenvolva habilidades para reconhecer o transtorno na pessoa adoecida, e busque auxílio adequado quando necessário.

Nota-se que em eventos como esses, de importância fundamental à saúde da população, há uma intensa mobilização de recursos estruturais e organizacionais onde, através de parcerias com prefeituras, universidades, hospitais e imprensa é possível a construção de realizações de valor para comunidade.

Essa mobilização conjunta de vários órgãos sociais efetiva o conceito técnico-científico de “articulação intersetorial”, previsto nas diretrizes do SUS, que diz respeito a reconhecer e buscar parcerias externas à unidade e ao setor de saúde, para suprir e melhorar as deficiências do serviço, com vistas a um melhor acolhimento (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

6.2.2 A ORGANIZAÇÃO DO GRATA

A organização do GRATA consiste no modo como o serviço se organiza e se estrutura através de seus horários, atividades e funções profissionais, para oferecer um tratamento de qualidade. Para que haja um tratamento coeso e integral, as várias atividades oferecidas devem caminhar juntas e os profissionais devem estar constantemente inseridos em um trabalho de equipe.

6.2.2.1 O Enfoque Assistencial do GRATA

As atividades oferecidas pelo GRATA se adéquam a estrutura de um hospital geral que possui o caráter de hospital-escola, devido a sua articulação com a Universidade de São Paulo. Médicos residentes, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, dentre outros, se utilizam da experiência adquirida no contexto hospitalar para complementar a sua formação. Devido a isso, os usuários do GRATA podem usufruir de um serviço gratuito e de qualidade, já que os residentes e estagiários são parte integrante da equipe, e constantemente orientados pelos seus supervisores. Além disso, os usuários desfrutam de toda estrutura de que um hospital geral oferece, como possibilidades de internação e exames laboratoriais gratuitos.

O fato do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares estar situado em um hospital geral é um grande diferencial se comparado a outros serviços de assistência a anorexia e bulimia, pois permite um maior acesso a internações, exames, e às várias especialidades profissionais localizadas no hospital.

Agora, uma coisa que eu acho que faz diferença até para os outros serviços que não tem parte médica, de nutrólogo, é dificuldade em pedir exames, a dificuldade de às vezes internar esse paciente (...) e aqui no HC eles são encaminhados pelo SUS e faz tudo aqui pelo hospital, a internação... nada para o paciente, nenhum custo. (E7P)

O que se coloca como a principal vantagem do GRATA é a presença de várias especialidades profissionais que tentam suprir as áreas comprometidas pelo transtorno alimentar. Se em outros serviços há falta dessas varias especialidades, o GRATA atende com uma equipe interdisciplinar especializada. A facilidade em se acessar procedimentos de internação e exames, dá ao GRATA o caráter de uma equipe de assistência com maior poder de ação e abrangência.

Essas possibilidades de caráter clínico são apontadas, por alguns profissionais do serviço, como características que diferenciam o GRATA de outros serviços de assistência aos transtornos alimentares.

A primeira diferença é que esse serviço, o GRATA, ele nasceu numa área clínica, de nutrição clínica. Então é claro que à partir disso o nosso foco, a nossa especialidade dentro do tratamento é na questão da nutrição clínica, dos aspectos clínicos... então o envolvimento do nutricionista e do médico clínico é o foco do nosso atendimento. (E2P)

Com essa tendência clínica, os usuários contam com a experiência de profissionais especializados, tal como os médicos e enfermeiros, que podem realizar procedimentos complexos e muitas vezes necessários em pacientes com anorexia e bulimia nervosas, como por exemplo, a nutrição enteral e parenteral, que outros serviços não têm instrumentos, ou equipe especializada para oferecer.

A nutrição enteral é a primeira opção para nutrir os pacientes com trato gastrointestinal funcionante ou pouco comprometido. Através de uma sondagem nasogástrica, é passada a sonda pelo nariz ou pela boca até o estômago ou jejuno. Essa sonda tem por finalidade administrar nutrientes no estômago ou no duodeno/jejuno do paciente.

A nutrição parenteral deve ser empregada quando o paciente necessitar de terapia nutricional e existir contra-indicação ao uso da via enteral ou esta for insuficiente para suprir todas as necessidades calculadas. Dependendo da formulação prescrita, a nutrição parenteral pode ser administrada por veia profunda ou por veia periférica, sendo a escolha definida pela duração prevista, estado das veias periféricas e necessidades nutricionais (WAITZBERG, 1995).

Além disso, o diferencial do GRATA com relação aos outros serviços, refere-se também ao fato do grupo oferecer atendimentos nutricionais individuais aos pacientes. Enquanto muitos serviços de assistência a anorexia e bulimia nervosas oferecem atendimentos nutricionais realizados através de grupos, onde os usuários são atendidos coletivamente por um nutricionista, o GRATA permite aos seus usuários um espaço e tempo exclusivo com os nutricionistas. Essa relação entre usuário e nutricionista, mais particularizada, possibilita um plano de tratamento nutricional especializado para cada paciente e o estreitamento do vínculo entre usuário e nutricionista.

Dessa forma, pelo seu desempenho dentro do tratamento, o nutricionista cria laços fortes e íntimos com os usuários. Alguns profissionais acreditam que, pelo papel fundamental que o nutricionista exerce, acaba se tornando uma profissional de referência dentro da equipe.

...nosso atendimento nutricional... ele é feito de maneira individualizada. Então cada paciente é visto pela nutricionista e a gente se preocupa muito que seja a mesma nutricionista para aquele paciente, para ajudar na criação de vínculo. Então assim, o nutricionista acaba sendo um profissional de referência dentro da equipe. (E2P)

Parece caber ao nutricionista um quadro de atividades e funções que permitem uma proximidade maior com cada usuário. No entanto, falas apontam para uma sobrecarga de atividades e responsabilidades sobre esses profissionais.

Porque eu sinto uma sobrecarga encima das nutricionistas. Porque na hora da reunião só a gente fala. A gente tem que saber como está não só o aspecto nutricional, em relação a alimentação da paciente, mas se ela está fazendo psicoterapia, como está o aspecto clínico dela. Como está o acompanhamento psicológico. Então assim, a gente tem que... parece que é meio responsável em todas as áreas, em todos os aspectos do paciente. E eu acho que isso não é legal. Porque eu acho que cada profissional tem que ficar responsável. A gente tem que responder perguntas na reunião (de equipe) que não é da nossa área. (E5P)

Diante dessa sobrecarga de funções, questiona-se sobre o papel da equipe interdisciplinar. Como fornecer uma assistência com vistas à integralidade da pessoa atendida, sem que haja a confusão de papéis e a sobrecarga de funções profissionais?

Pressupõe-se, que diante das propostas e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com vistas à humanização do cuidado e ao acolhimento dos usuários (SIMÕES et al., 2007) é premissa um trabalho de equipe coletivo, onde cada profissional atue de maneira a oferecer seu máximo potencial ao processo de assistência, e a integração das várias disciplinas e áreas de conhecimento na efetivação do tratamento. Porém, vê-se no exemplo acima, uma sobrecarga de tarefas sobre uma única categoria profissional.

Campos (1997b), com seus conceitos de “Campo de Competência e de Responsabilidade Profissional”, e “Núcleo de Competência e de Responsabilidade Profissional”, propõe a delimitação da área de atuação e de saber de cada profissional, sem que se perca o trabalho de parceria da equipe.

Núcleo de Competência e de Responsabilidade Profissional refere-se ao conjunto de saberes e responsabilidades específicas a cada profissional. Assim, ao nutricionista destina-se avaliar a situação nutricional de cada paciente. Já o psicólogo cuida dos aspectos psíquicos e emocionais do paciente.

Por Campo de Competência e de Responsabilidade Profissional entende-se os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades. Por exemplo, o conhecimento que todos os profissionais de uma equipe de saúde devem possuir sobre os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS.

Porém, no caso do GRATA, o nutricionista parece ser o responsável por acompanhar a condição geral dos pacientes, no que tange, além da condição nutricional, aos aspectos clínicos e de acompanhamento psicológico.

Ademais, apesar de existir na equipe psicólogos que acompanham os casos, ou até mesmo psicólogos particulares que desenvolvem o seu trabalho associado à assistência do GRATA, vê-se que as consultas nutricionais passam a ser, além de uma consulta clínica, um espaço de apoio e acolhimento de emoções.

O paciente fala tudo para a nutricionista. Por que será? Porque a nutricionista sempre tenta abordar a alimentação, mas ligada sempre aos aspectos emocionais. E aí o paciente tem abertura, tem ouvidos, a aí acaba sendo um terapeuta mesmo. E a nutricionista sabe tudo do paciente. É o profissional da equipe que mais sabe do paciente. Porque o contato é muito grande, profundo. (E2P)

Se por um lado é benéfico um profissional que acolha o usuário em sua integralidade, considerando, em suas consultas, os aspectos orgânicos, psíquicos e sociais do paciente, o predomínio de algumas dessas competências, além do Núcleo de Competência de cada profissional, pode gerar sobrecarga e confusão de papéis profissionais.

Eu acho que alguns anos atrás esse enfoque nutricional era um pouco maior. Mas como foi observado a necessidade dessa equipe multidisciplinar, eu acho que está cada vez mais havendo um equilíbrio nessas três áreas. E... deixando que essas outras áreas ocupem espaço semelhante. Então o enfoque atual é de um equilíbrio. (E3P)

O Profissional 3, contrário a posição dos Profissionais 2 e 5, afirma que no momento atual, o GRATA caminha para uma posição muito mais interdisciplinar, onde a equipe trabalha em forma de parceria, equilibrando de forma harmônica os vários Núcleos de Competência dos profissionais da equipe de assistência.

Essa tentativa de delimitar o Núcleo de Competência de cada profissional parece já estar sendo feita.

Então hoje, a gente tendo isso, nós não precisamos ser mais “psinutricionista”. A gente pode ser só nutricionista. Atender as demandas nutricionais com todas essas emoções que vem, porque não deixa de vir, mas dentro daquilo que você está focando, que é o objetivo nutricional. O restante você pode deixar aberto e claro para a paciente: - Agora você pode discutir isso com o outro profissional que está te esperando. E ela vai entendendo. (E6P)

Não desconsiderando os aspectos emocionais, o nutricionista acolhe e respeita este conteúdo, mas se foca em sua função naquele momento, e evidencia à paciente que conteúdos psíquicos e de caráter emocional, podem ser mais bem acolhidos e elaborados em consultas psicológicas ou psiquiátricas.

Dessa forma, essa divisão de competências entre os profissionais da equipe, oferece ao usuário a percepção de que ele está inserido em uma equipe interdisciplinar, que se dispõe a acolher e tratar cada dificuldade de seu transtorno. Sem esse trabalho interdisciplinar, a equipe torna-se desfalcada e disfuncional, já que sobrecarrega alguns profissionais, em detrimento de outros.

Com os papéis e funções delimitados, respeitando os conceitos técnicos de “Campo e Núcleo de Competência”, a equipe pode se organizar como uma equipe interdisciplinar, onde a áreas de nutrição, nutrologia, psicologia e psiquiatria, entre outros, passam a ser saberes que se inter-relacionam e se complementam no tratamento complexo da anorexia e da bulimia nervosas.

6.2.2.2 Organização do Atendimento

Trata-se de falas que descrevem o cotidiano do atendimento dos usuários, e de que forma o serviço se organiza para a realização do tratamento. No decorrer das entrevistas, surgiram falas que transmitem o modo como se organiza o atendimento dos usuários, o modo como se dão os atendimentos, a ordem de atendimento dos usuários, e o período em que aguardam na sala de espera, para as consultas.

6.2.2.2.1 O tempo de espera para o as consultas

Houve diversas mudanças no dia e horário das consultas do GRATA. No momento da pesquisa o atendimento ocorria às sextas-feiras à tarde, porém, durante muitos anos, aconteceu as terças-feiras de manhã. No decorrer deste estudo houve uma nova mudança nos horários de atendimento, passando a acontecer as sextas, porém um pouco mais à tarde, às 15 horas, e em outro local, mudando-se do corredor da ortopedia para o corredor da pediatria.

No entanto, a coleta de dados se restringiu ao momento em que o atendimento ocorria no corredor da ortopedia quando, portanto, os atendimentos ainda eram as sextas-feiras e começavam por volta das 14 horas.

Surgiram, durante a pesquisa, diversas considerações dos usuários a respeito do tempo em que esperavam para serem atendidos. Refletir sobre esse assunto é importante, pois, as atividades de acolhimento teriam objetivo de buscar ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). O tempo de espera, quando longo, cria ansiedades e tensões nos usuário, o que influencia na qualidade do serviço.

Os usuários observam que mudanças na organização do atendimento, as sextas-feiras, deram maior dinamicidade e rapidez ao processo de consultas.

...com certeza (menos tempo de espera para os atendimentos), do que de terça-feira era. E agora fizeram uma mudança, está sendo mais rápido ainda. Estão marcando poucas pessoas para poder atender melhor. (E12U)

Para a Usuária 12, o fato de se agendar menos pessoas a cada dia de atendimento deu rapidez e maior qualidade às consultas. Essa requisição, inclusive, de se reduzir o número de pacientes atendidos a cada sexta-feira, foi um pedido feito por diversos usuários durante as entrevistas.

...devia ser reduzido, porque tem sexta-feira que tem muito paciente para ser atendido. Aí sobrecarrega os profissionais, tem que atender tudo correndo, sabe? (E11U)

...eu acho... que nem hoje, hoje atendeu umas quatro pessoas. Eu acho que esse tanto de pacientes tá bom. (E9U)

Parece que esse pedido feito pelos usuários foi algo atendido pela equipe de profissionais. Já no período de observação da pesquisa, notou-se que raramente havia mais de 5 (cinco) usuários agendados para cada dia de atendimento, o que garantia menos tempo de espera. Com isso observou-se que o horário de encerramento dos atendimentos se reduziu.

Atendimentos que antes freqüentemente se encerravam às 18 horas, começaram a se encerrar bem mais cedo, às 16 horas, o que não sobrecarregava o profissional e muito menos o usuário atendido.

Os profissionais confirmam essa mudança na organização dos atendimentos.

...é que a gente chegou num ponto de atender em torno de cinquenta pacientes, em duas salas, e que a gente viu que a nossa qualidade de serviço estava muito ruim. Então a gente fechou o atendimento de casos novos. (...) e a equipe, claro, sem condições técnicas de trabalho, de satisfação também. (...) E... esvaziar um pouco, quer dizer, dar fluxo para aqueles que já estavam em tratamento e que puderam ter alta, uns desistiram, enfim... (E2P)

Diante da insustentável tarefa de atender a grande demanda de pacientes, o GRATA não viu alternativa senão reavaliar a prioridade de cada caso e reorganizar os agendamentos. Foi feito então uma reavaliação dos pacientes atendidos e uma triagem, conjuntamente com a decisão de interromper a inserção de casos novos no serviço durante certo período. Essa reavaliação, com a seleção dos casos mais urgentes, diminuiu o número total de pacientes atendidos pelo GRATA, e deu maior qualidade e rapidez aos atendimentos, o que pôde ser observado por alguns usuários.

No entanto, não se pode dizer que todos os usuários consideram essa mudança satisfatória, sendo que alguns ainda vêm grande demora na espera para o atendimento.

... muito, porque a gente fica aqui esperando o dia inteiro. Dia inteiro assim, chega aqui meio dia e vai ser atendido, cinco, seis horas. Eu acho que demora muito. (E15U)

Ainda que a qualidade da consulta seja validada pela maioria dos usuários, o tempo de espera é uma queixa freqüente. Existe um período definido para os atendimentos, que se realizam sexta-feira à tarde, após as reuniões do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas. No entanto, não há horários pré-definidos de consulta agendados para cada usuário.

A ordem de chamada para o atendimento dá prioridade às urgências e, em segundo lugar, as pessoas que freqüentaram o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, naquele dia. Por último, são chamados os usuários que não foram ao Grupo.

Para os profissionais, essa regra tem o objetivo de aderir os usuários ao tratamento global, ao fazer com que aproveitem todas as atividades que o serviço oferece.

Eu acho que é interessante porque é uma forma a mais da gente poder trabalhar a adesão, a adesão dos pacientes no grupo (...) dar importância para aqueles que estão frequentando de uma forma regular, de uma forma correta o GRATA. (E3P)

No entanto, a regra de prioridade de atendimento a quem vai ao Grupo, parece incomodar alguns usuários.

Porque eles falam que é por quem vai no Grupo. Às vezes tem pessoas que chegam aqui, é a última a chegar e vai no Grupo cinco minutos, e é atendida primeiro que a gente que não foi no grupo. (E15U)

Nota-se que essa regra nem sempre é tão funcional quanto se espera, já que aparenta não ser sempre cumprida. Dessa forma, por não haver uma fiscalização maior sobre a ordem de chamada para as consultas, pessoas que frequentam o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas se vêem desfavorecidas e injustiçadas.

Apesar de artifícios para fazer com que o usuário compreenda que o serviço oferece atividades que são interligadas, a imposição de uma regra, que em algumas vezes é desobedecida, ao contrário, parece prejudicar ainda mais a adesão dos pacientes ao serviço.

...tem paciente que não participa do Grupo e que são atendidas primeiro que a gente que fica no Grupo. Tipo... a gente vai no Grupo e chega. Aí começa a atender, atende primeiro quem não foi no Grupo. Porque não quis, na verdade. Então eu acho isso meio estranho. (E16U)

A recompensa dada ao usuário de ser atendido primeiro nas consultas, se participar do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, não parece ser cumprida todas às vezes. Desse modo, o usuário sente-se incerto quanto à seriedade dessa regra, já que usuários que não frequentam o Grupo, às vezes são recompensados ao serem atendidos primeiro.

Para sanar esse problema, foi levantada a alternativa de se estabelecer horários pré-agendados de atendimento para cada usuário, sendo que assim, o usuário possa saber previamente o horário em que irá ser atendido, e não necessite ficar aguardando na sala de espera durante muito tempo.

Os usuários acreditam que esse tipo de organização iria tornar mais ágil e menos cansativo o processo de atendimento.

...sim, seria legal (...) porque aí você não teria que entrar lá, sair e voltar, esperar, tornar a entrar, sair (...) já teria um horário certo. (E14U)

A cada sexta-feira o GRATA disponibiliza atendimentos de nutricionistas, médicos nutrólogos, psiquiatras, e psicólogos. Geralmente, os pacientes são atendidos por mais de um profissional, sendo que, após realizarem consulta com um profissional, devem aguardar para serem atendidos por outra especialidade profissional. A Usuária 14 afirma que com a possibilidade de horários de consultas pré-estabelecidos, o período de espera entre as consultas se reduziria, já que ficariam mais organizados.

No entanto, de acordo com alguns profissionais, essa organização nos atendimentos não é viável.

...a questão é a seguinte, como você tem vários profissionais para atender o mesmo paciente, agendar o horário de todos, exatamente assim com duas salas, é impossível. (E2P)

A primeira dificuldade refere-se ao número de salas. Na ocasião em que aconteceu esta pesquisa, havia apenas duas salas para os atendimentos. Sendo assim, os vários profissionais deviam aguardar a desocupação da sala para chamar o próximo paciente, o que atrasava todo o processo dos atendimentos. Com mais salas, tal como já está acontecendo no novo corredor da pediatria, o qual a equipe do GRATA se transferiu recentemente, os atendimentos já mostram resultados de maior rapidez.

No entanto, há outro empecilho que dificulta a agilidade nas ações.

A questão também é que a gente tem os Grupos que começam... então todos os pacientes tem que estar aqui no mesmo horário, antes de começar o atendimento individual. Então tem a questão do Grupo, e fazer o grupo em outro dia, mas não tem adesão de forma alguma. Então a nossa idéia é que agora o paciente venha, a meio-dia, para fazer Grupo, pacientes e familiares, e com mais salas a gente possa liberar o paciente um pouco antes. (E14U)

O GRATA prioriza a adesão dos usuários ao Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas. No entanto, isso faz com que grande parte da população agendada esteja em aguardo para os atendimentos individuais já após o término do Grupo. Isso resulta, conseqüentemente, na maior espera de alguns, enquanto outros são atendidos primeiramente. Dessa forma, usuários que saem do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas às 13h 30 min, podem vir a ser atendidos somente às 15h ou 16h.

Vê-se que a regra de prioridade de atendimento a quem vai ao Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas não tem se revelado tão confortável aos usuários, visto o seu descumprimento, em alguns momentos, e a longa espera para as consultas, que grande parte dos usuários devem se submeter, logo após o término do Grupo.

Pensa-se que talvez um atendimento por ordem de chegada fosse o mais adequado, porém em consideração ao plano da equipe, que visa a maior participação dos usuários no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, parece que a saída mais viável seria o aumento no número de salas de consulta. A transferência da realização do Grupo para outro dia e horário, também não seria viável. Como a própria Profissional 14 diz, transferir o Grupo para outro dia, ou colocá-lo após os atendimentos individuais, reduziria muito a frequência grupal, devido a complicações de acesso com horários e transportes, para os usuários.

Assim, os profissionais são unânimes em dizer que a regra de prioridade nas consultas, a quem vai ao Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, deve ser mantida, porém, conforme os dados apresentados acima, é necessário que haja o cumprimento e a fiscalização dessa regra, para um melhor funcionamento do serviço.

6.2.2.2.2 A duração do atendimento individual

A reorganização dos agendamentos para as consultas as sextas-feiras, com menor número de pessoas atendidas, possibilitou um maior tempo de duração das consultas.

Usuária 15: ...antes era mais rápido, agora eles perguntam mais. Eles deixam a gente falar mais (...) porque têm vezes que eu fico mais de uma hora lá dentro.

Pesquisadora: E antes eram quinze minutos?

Usuária 15: é, vinte, meia hora. Têm horas que eu fico cinquenta minutos.

A Usuária 15 relata que houve um acréscimo de tempo de aproximadamente meia hora nos atendimentos individuais. Isso possibilita que o profissional possa investigar e acompanhar melhor a situação pela qual passa seu paciente, e o usuário possa expressar-se mais, ao dar um maior detalhamento e compreensão do momento vivido.

Porém, se nota que a duração do atendimento se molda conforme a situação de cada caso, dependendo de sua gravidade e urgência.

...nem sempre. Têm vezes que é mais rapidinho. Têm vezes que demora. (E14U)

O atendimento pode durar em torno de uma hora, em alguns momentos, mas pode em outros se realizar em apenas 20 minutos. O que é interessante se destacar aqui é que, mesmo havendo maior agilidade no tempo de algumas consultas, isso não parece significar, aos usuários, falta de atenção ou descaso por parte dos profissionais. Ao contrário, a qualidade dos atendimentos é mantida e essa agilidade mostra-se como fator indicativo de maior eficiência do serviço.

...eu acho que está mais objetiva, eles estão um pouco mais rápidos, mas a qualidade é a mesma coisa. Eles estão ficando cada dia mais bem preparados. (E13U)

Através da experiência adquirida durante os anos de atendimento da equipe, o GRATA parece ter desenvolvido um avanço técnico em seu modo de atender. O melhoramento nos atendimentos vem da prática de cuidar desses pacientes, no cotidiano do serviço. Dessa forma, a técnica evolui e se molda de acordo com as necessidades e exigências dos usuários, a estrutura física e organizacional do espaço utilizado, e a habilidade e disponibilidade de cada profissional em se aperfeiçoar.

Essa postura criativa da equipe, onde o protagonismo profissional permite a adequação de técnicas e atividades, frente ao contexto do serviço, garante plasticidade nas ações, para solucionar muitas das demandas trazidas pela população atendida (CAMPOS, 1997).

Os profissionais do GRATA, utilizando-se de sua habilidade e criatividade, através de um atendimento que mescla perguntas adequadas nos momentos necessários, e uma escuta atenciosa e acolhedora, parecem ter conseguido alcançar resultados efetivos em suas consultas. Essa parceria entre assertividade nas ações, e acolhimento na relação de ajuda tem-se revelado frutífera para todo o processo de assistência. Percebe-se, pois, que através de um melhoramento das técnicas de consulta, os profissionais do GRATA podem identificar os problemas específicos daquele paciente, e propor intervenções resolutivas àquela situação, qualidades estas específicas de uma escuta qualificada (SOLLA, 2005).

6.2.2.2.3 O não atendimento do usuário por alguns profissionais

O GRATA parece se organizar de modo a imprimir no usuário a imagem de uma equipe que funciona de modo articulado, coeso e com boa comunicação entre os profissionais.

No entanto, certos aspectos do serviço apresentam algumas deficiências. Relatos dos usuários sobre o não atendimento dos usuários por algum profissional mostra que, em algumas vezes, o Grupo não consegue atingir uma boa organização de atendimento.

Usuária 14: ...isso já aconteceu comigo, de eu ser atendida pela nutricionista e não ser atendida pela psiquiatria (...) ou pelo médico responsável. (...) eu fiquei chateada, porque eu acho que seria um conjunto (...) Às vezes eles falam assim que é porque tem muita gente agendado, não dá tempo.

Pesquisadora: você acha que os profissionais se comunicam entre si?

Usuária 14: ah sim, eu acho.

Pesquisadora: você acha que eles são informados sobre o seu caso, que o que você fala é repassado pelo outro?

Usuária 14: ah sim, até porque eles são um grupo, né? Precisam disso.

A fala da Usuária 14 revela vários dados importantes. Ela traz em si a imagem de um atendimento conjunto e integrado no GRATA que nesse dia, no entanto, não foi estabelecido devido ao não atendimento da psiquiatra ou do médico responsável. Ou seja, para a usuária, um atendimento ideal seria aquele em que ela pudesse ser atendida nos âmbitos psíquico, médico e nutricional, o que não aconteceu. No entanto, esse lapso não prejudica a sua percepção de uma equipe que trabalha de modo integrado, e que possui uma boa comunicação entre os profissionais.

...pela psiquiatra, porque ela disse que tinha muitos pacientes, que estava muito cheio. (...) Só que eu reclamei com ela (...) porque eu fiquei muito magoada, porque ela atendeu os outros e não atendeu eu. (...) me senti excluída.(E14U)

Apesar de não necessariamente comprometer a imagem da equipe, falhas como essas podem prejudicar o vínculo entre usuário e profissional. A não realização de uma consulta já estabelecida interfere na relação existente entre a Usuária 14 e a psiquiatra. Nota-se que os sentimentos de mágoa e exclusão sentidos pela Usuária 14 prejudicam a relação desenvolvida.

É construído, durante o tratamento, um forte vínculo afetivo entre usuários e profissionais, onde o usuário se sente vinculado ao profissional que o atende e a todo o serviço que o acolhe.

O sentimento de pertencimento ao grupo é um forte indício de coesão grupal, pois só a partir desse estado os indivíduos podem envolver-se de forma profunda e construtiva, ao buscar a auto revelação, e a confrontação de conflitos necessários à aprendizagem (YALOM,

2005). Dessa forma, o conforto em se abrir a um grupo que lhe pertence e ao qual se sente pertencido e aceito pode ser prejudicado por falhas como essa.

O sentimento de exclusão pode prejudicar o processo de aprendizagem e de vínculo com o GRATA, e causar, por exemplo, o abandono de algumas atividades e até o desligamento do tratamento.

É necessário, portanto, que a equipe profissional se organize de forma a oferecer o atendimento proposto e total aos usuários. É necessário, pois, buscar alternativas que melhor organizem e estruturem o serviço para que falhas como essa não mais ocorram.

Nota-se, entretanto, que de acordo com o que foi observado durante a pesquisa, casos como esse se mostram cada vez mais raros. Talvez pelo aumento no número de salas no novo corredor da pediatria, e pela decisão do menor número de agendamentos a cada sexta-feira, esses casos, escassos, referem-se a momentos passados da assistência, em que a estrutura física e a organização do atendimento pela equipe eram outros.

6.2.2.2.4 O índice de adesão dos usuários

A literatura inglesa aponta para um índice de recaída de 12 a 27% a quem tem anorexia (WENTZ et al., 2001; ECKERT et al., 1995; LÖWE et al., 2001), e 30 a 50% a quem tem bulimia (KEEL et al., 1999; KEEL; MITCHELL, 1997). São taxas elevadas que fazem parte da própria dinâmica do transtorno. Se considerarmos que os momentos de recaídas são aqueles em que o paciente se encontra afastado do serviço que o assiste, pode-se então estabelecer uma relação entre o índice de recaídas e o índice de adesão ao serviço.

Entretanto, há dúvidas quanto ao índice de adesão dos usuários ao GRATA.

...porque essa dificuldade de adesão tem conseqüentemente um grande número de faltas, e o índice de abandono é altíssimo, é mais de 50%. (E5P)

Na verdade são poucos aqueles que a gente precisa, por exemplo, excluir do GRATA por não ter uma adesão. (...) Lógico que tem aqueles pacientes que tem uma certa dificuldade, (...) mas aí a gente tenta trabalhar individualmente essas questões para ver se a gente consegue uma melhor adesão. (E3P)

Vê-se que as opiniões sobre o nível de adesão dos usuários ao Grupo são contraditórias. Nota-se uma incoerência nas falas. Enquanto a Profissional 5 diz existir um índice de

abandono altíssimo, a Profissional 3 relata que, na verdade, são poucos aqueles que têm dificuldade com a adesão.

Essa incerteza quanto ao índice de adesão pode ser resultado da falta de pesquisas que identifiquem e analisem a frequência dos usuários dentro do serviço. Essa análise poderia indicar as causas da baixa adesão e os períodos em que ela ocorre. Resultados como esses seriam de grande benefício para o serviço, pois, além de um maior controle quanto à frequência dos usuários, poderiam fornecer medidas para reverter à baixa adesão de alguns.

No entanto, apresenta-se outro problema, que se refere aos poucos estudos sobre os índices de recaídas, altas de pacientes e adesão ao tratamento, dos vários serviços de assistência aos transtornos alimentares no Brasil.

A literatura traz 50% de recaída. Então eu acho que isso existe, mas acho que é da própria dinâmica do transtorno. Então eu acho que é complicado sim e eu acho que também falta estudo sobre isso, em todos os grupos. Falta estudos para saber quanto por cento de recaída, quantos por cento de alta, de melhora. Isso a gente não tem dados, e em todos os grupos do Brasil. Então eu acho que isso seria um ponto para ser trabalhado. Que a gente segua o que a literatura traz, mas às vezes a experiência de cada grupo não é enfatizada (E7P).

Conforme o que indica a Profissional 7, não há uma vasta literatura no Brasil sobre os índices de recaídas, altas e adesão ao tratamento dos pacientes com transtorno alimentar, em serviços de assistência. Dessa forma, isso dificulta a existência de estudos comparativos desses parâmetros no Brasil.

A existência de uma literatura significativa sobre os níveis de adesão ao tratamento, faltas e recaídas no Brasil, seria um passo fundamental para que os serviços pudessem avaliar a sua assistência em comparação a outros serviços, e identificar os motivos que o levam, por exemplo, à baixa adesão.

Como a anorexia e a bulimia nervosas possuem altos níveis de recaídas, torna-se difícil perceber, sem estudos mais amplos a respeito do assunto, o que diz respeito à própria dinâmica do transtorno, e o que realmente é responsabilidade do serviço, que poderia aderir ainda mais seus usuários.

Assim, vendo-se a importância de se desenvolver estudos sistematizados sobre esses dados, nota-se que a equipe do GRATA mostra-se ainda pouco preparada para avaliar os níveis de adesão, faltas e recaídas de seus usuários.

Eu sinto que hoje está mais equilibrado isso. Não sei te dizer se tem muito (abandono) ainda. Mas comparando com outras

experiências que nós tivemos no GRATA isso hoje está um pouco mais equilibrado (E6P).

De acordo com a Profissional 6, os usuários parecem dar indícios de maior adesão, se comparados a momentos anteriores. No entanto, essa informação parece ser pautada em parâmetros subjetivos, sem que estejam fundamentados em nenhuma pesquisa mais objetiva sobre o assunto.

Sugere-se aqui que haja, por parte do GRATA, uma pesquisa sistematizada que identifique e analise a frequência dos usuários nas atividades desenvolvidas pelo serviço, suas faltas e abandonos. Estudos como este poderiam identificar, de maneira mais consistente, as atividades que possuem maiores faltas, àquelas que são bem frequentadas e as oscilações de frequência que ocorrem durante todo o ano. São valiosos resultados para se analisar as causas e motivos que contribuem para a baixa adesão dos usuários.

Com o problema identificado, será mais fácil buscar meios que tragam soluções. Ademais, estudos sistematizados sobre esses temas serão de importância significativa para outros grupos de assistência aos transtornos alimentares no Brasil.

6.2.2.2.5 A reelaboração do Plano de Atendimento

Uma das alterações que foram feitas pelo GRATA para aumentar a participação do usuário no serviço foi reelaborar o Plano de Atendimento. O Plano de Atendimento é um contrato escrito e firmado entre os profissionais atuantes no serviço, os usuários e seus familiares/representantes. Tem como informações básicas o esclarecimento de que o Plano de Atendimento se trata de um plano individualizado, onde as atividades que cada usuário realizará no GRATA serão previamente combinadas, exceto os atendimentos nutricionais e do médico nutrólogo, que são obrigatórios para a participação no tratamento.

Revela, que pelo fato dos médicos nutrólogos atenderem em caráter de residência, poderá haver rotatividade desses profissionais no serviço. Explicita também que o GRATA oferece atendimentos psiquiátricos e psicológicos aos usuários e familiares/representantes, Grupo de Apoio Médico-Nutricional e de Apoio Psicológico aos Familiares/Representantes, e Grupos de Apoio Psicológico a Anorexia e Bulimia Nervosas.

Esclarece informações sobre a localização e horários de atendimentos e estabelece a prioridade de atendimento àqueles que participam do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas. Informa sobre os períodos de recesso do

GRATA, e garante a possibilidade de contato do usuário com a equipe, por telefone, nos dias de atendimento, e também nos dias em que o GRATA não realiza expedientes.

Destaca o número de faltas que usuários e familiares (caso os familiares estejam inseridos do Plano de Atendimento) podem atingir nos atendimentos clínicos, sem antes serem desligados do serviço, sendo três faltas consecutivas e cinco faltas alternadas, ambas sem justificativa comprovada. Ainda, ressalta que a participação familiar é de importância fundamental ao tratamento, e de que a participação assídua dos usuários é ideal para a qualidade de sua assistência.

Estas informações relevantes, descritas no Plano de Atendimento, têm o objetivo de situar os usuários no contexto de atendimento do GRATA e esclarecer quais são os recursos a eles oferecidos e quais são seus deveres perante ao tratamento.

Nesse Plano de Atendimento está escrito que ele (usuário) tem direito de receber, o que está sendo oferecido, e também os deveres dele. (...) E essa questão do Plano de Atendimento por escrito, eu acho que ele fortalece a nossa proposta e melhora a nossa expectativa de melhor adesão. (E2P)

De acordo com a Profissional 2, há dois anos os casos novos que adentram o GRATA, são submetidos a esse contrato escrito feito pelos psicólogos, médicos e nutricionistas, para estabelecer as regras do atendimento.

A mudança decorreu do fato de que antes, somente psicólogos firmavam um contrato escrito com os usuários, contudo recentemente a nutricionista e o médico nutrólogo também passaram a fazê-lo.

Destacam-se dois fatores essenciais que deram a esse Plano de Atendimento maior eficácia para combater as faltas dos usuários, e a não participação no serviço de forma integral: a reafirmação dos direitos e deveres do usuário e a reafirmação destes por meios escritos.

Elaborar um Plano de Atendimento que descreve os deveres do serviço, mas que também responsabiliza o usuário, vai a favor do que preconiza o conceito de acolhimento aplicado aos serviços de saúde. A co-responsabilização, seja do usuário, seja do profissional, possibilita a construção de redes de autonomia e de compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros, entre esses dois grupos de interesse, permite criar saídas criativas e adequadas a cada obstáculo enfrentado (BRASIL, 2006b).

Vê-se, portanto, que colocar o Plano de Atendimento em termos escritos possibilitou a sistematização das atividades que são oferecidas ao usuário, e especificou quais são suas

responsabilidades e deveres, o que faz com que esse usuário torne-se cada vez mais atuante para criar, junto ao profissional, soluções e melhoramentos ao serviço.

Melhorou, (...) têm pacientes que não vinham ao grupo, ou os pais nunca estavam presentes. Agora eles estão vindo mais, então mais presentes. (E7P)

Já se observam, portanto, mudanças de atitudes não só dos usuários, mas de seus familiares ou acompanhantes, que estão mais bem aderidos às atividades, após a reelaboração do Plano de Atendimento.

A adesão do usuário e de sua rede social – a família – faz-se tão necessária porque possibilita, além de uma qualificação do tratamento, com a participação assídua do usuário, um serviço que seja realmente usuário-centrado. A abertura de espaços de diálogo com a participação do usuário e de sua rede social faz com que suas demandas e necessidades sejam escutadas, possibilitando que se implante uma tecnologia para a reorganização de serviços, com vistas ao acesso universal, a resolutividade e a humanização do atendimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Além disso, um dos fatores que pode contribuir para o “sucesso” visto através da implantação do Plano de Atendimento seja, como afirmam alguns profissionais, a possibilidade do Plano de Atendimento organizar mais o que os profissionais chamam de “desestrutura” do paciente, através de um Plano de Atendimento firmado e concordado por ambas as partes.

Não sei te responder se melhorou a adesão, mas eu acho que organiza a desestrutura de um paciente, que ele tem essa dinâmica desestruturada, de uma família que vem assim. E eu acho que organiza a gente. (E6P)

Sabe-se da resistência do paciente em se aderir ao tratamento e, nesse momento, da dificuldade do GRATA em aproximar os familiares ou acompanhantes do serviço. O novo Plano de Atendimento informa os usuários e familiares ou acompanhantes sobre a proposta do serviço: a de um tratamento que oferece atividades psico-médico-nutricionais e que, para ser efetivo, deve ser cumprido em sua integralidade, abarcando, inclusive, a participação dos familiares/representantes. Isso faz com que o usuário se sinta mais confiante ao ter com o serviço um contrato estabelecido, e se organize para cumpri-lo adequadamente.

Você (paciente) concordou com aquele protocolo de atendimento. Então a gente pode falar assim: - Você se lembra que a gente fez aquele protocolo de atendimento? Porque você

não está seguindo? Então eu acho que é importante até para a gente poder por limites no paciente. Porque antes ficava muito aberto, muito solto. O paciente vinha ou não vinha, tanto faz. Então agora eu acho que é um compromisso melhor com o paciente e com a família. Mas tendo isso eu acho que ajuda até para os que vão começar agora. No primeiro mês de atendimento dele, a gente já fecha o protocolo dele e já passa para a família. (E7P)

Esse acordo firmado possibilita alertar o usuário e a família sobre as faltas e o distanciamento do serviço, já que foi previamente estabelecida a presença do usuário nas atividades oferecidas. Dessa forma, é colocado um parâmetro de regras que abre espaço para a negociação dos limites, deveres e direitos do usuário e de sua família dentro do serviço, facilitando a relação profissional-usuário. Apresentado aos novos usuários, o plano já serve como diretriz da atitude de usuários e familiares ou representantes dentro do serviço.

6.2.2.2.6 As reuniões nucleares

Outro recurso utilizado para aderir não só os usuários, mas principalmente a família ao tratamento, são o que os profissionais do GRATA denominam de reuniões nucleares. Consistem em reuniões com mais de um profissional, que geralmente tem a presença dos familiares/representantes e do usuário.

Eu acho que é importante... a família tem que se integrar. Ela tem que saber... o que está acontecendo. Ela tem que... se responsabilizar. Para falar sobre o serviço, a importância da participação da família. (E4P)

Para a Profissional 4, uma das vantagens mais relevantes das reuniões nucleares é a possibilidade de informar a família sobre o tratamento e sobre a situação do paciente. É nesse momento que a equipe descreve o quadro clínico e apresenta as condições físicas e psíquicas dos pacientes aos familiares, para que essas famílias, conscientes da condição dos familiares adoecidos, possam se responsabilizar pelo tratamento e atenção desses usuários.

Dessa forma, é criado um espaço onde usuário, profissional, e sua rede social mais íntima (a família), podem participar de um encontro construtivo, em busca da produção de saberes e sentidos que favoreçam a saúde do usuário. Esse encontro de usuários, profissionais e rede social, para produzir saberes sobre o serviço é, inclusive, uma das prioridades do acolhimento em saúde (BRASIL, 2006b).

Através das reuniões nucleares, os familiares se inserem com maior intensidade no tratamento e adquirem uma compreensão maior do transtorno, do momento crítico pelo qual o paciente vive, e da necessidade de se colocarem como membros ativos a favor da recuperação do paciente.

Eu acho importante... às vezes a gente vai achar que o resultado foi bom, às vezes a gente vai achar que o resultado é ruim. Porque dependendo da família vai ter uma maneira de jogar a culpa toda no paciente e não entender que eles também são essenciais. Mas eu acho que a nossa tentativa é também sempre positiva porque às vezes é uma família que não está aderindo, é uma família que não está conseguindo evoluir. (...) Mas geralmente tem resultados positivos. (E7P)

Apesar da intenção da reunião nuclear ser positiva, nem sempre é alcançado o resultado esperado. Mesmo ao conscientizar os familiares ou acompanhantes sobre o transtorno, e sobre a importância da participação da família no tratamento, alguns não compreendem a importância da adesão familiar.

No entanto, a Profissional 7 é enfática em ressaltar que propostas como essas devem continuar, para que não somente o usuário, mas também a família evolua junto com o paciente no tratamento.

Vê-se ainda, que essas reuniões são momentos em que o usuário sente-se acolhido e assistido pelos profissionais, que cuidam de sua saúde, e pelos seus familiares ou representantes, que se encontram abertos e dispostos a um diálogo em busca de alternativas.

Abrir espaços para que os familiares ou acompanhantes participem do tratamento oferecido, enriquece e contribui para o melhoramento do serviço, pois a rede social desses usuários, representada por seus familiares ou acompanhantes, presentifica todo um arcabouço cultural e social desses usuários.

Visto que a acessibilidade aos serviços de saúde está diretamente ligada ao modo como os serviços se estruturam para acolher a cultura e os hábitos da comunidade atendida (UNGLERT, 1995), a presença dos familiares, ou acompanhantes no tratamento, é dada como fundamental.

Dessa forma, a participação dos familiares ou acompanhantes no serviço, complementa informações a respeito da complexidade sócio-histórica-cultural do usuário atendido. A família ajuda a montar o “cenário” desse ser que traz em si aspectos econômicos, culturais e sociais, e que se constrói e recria à partir desses vários aspectos. Construir essa “teia” que se dá nas

inter-relações entre as várias dimensões do usuário, e buscar a intervenção mais adequada ao contexto apresentado, é objetivo do acolhimento em saúde, e apenas pode ser adquirido a partir de um esforço conjunto entre a rede social, o usuário e o profissional.

6.2.2.2.7 Os atendimentos conjuntos

É meta do acolhimento, o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, de forma que essa parceria resulte em ações de maior qualidade, e eficazes em resolver a demanda do usuário (BRASIL, 2006b).

No GRATA, uma ação que prima pela união de forças entre os profissionais, para uma melhor recuperação do usuário, são o que os profissionais do serviço chamam de atendimentos conjuntos. São atendimentos realizados geralmente com dois profissionais de cada categoria profissional, e o usuário.

Uma combinação freqüente é o atendimento conjunto do médico nutrólogo e do nutricionista. Como ambos cuidam dos aspectos orgânicos e nutricionais, as consultas são reforçadas por conhecimentos que se compartilham e se auxiliam mutuamente.

Além do refinamento dos conhecimentos práticos e teóricos que se dão pelo compartilhamento de experiências e informações, os atendimentos conjuntos se destacam por diminuir o tempo de espera para as consultas, melhorar o vínculo entre profissional e usuário e dar ao usuário a percepção de uma equipe integrada.

Isso ajuda muito para que haja uma integração entre os profissionais, que um sabe o que o outro está fazendo, falando. Para o paciente isso é muito bom porque ele percebe que a equipe trabalhou junto. (E2P)

Não só o usuário percebe nos atendimentos conjuntos a presença de uma equipe que trabalha de forma grupal, com ações que se auxiliam e se complementam, mas também os profissionais sentem que nessa prática, há a concretização de um trabalho coeso e integrado, onde nutricionista e médico agem, por exemplo, a favor de um objetivo comum.

Esse trabalho em dupla entre profissionais pode ser efetivo, ainda, quando a relação dual profissional-paciente encontra-se abalada. A inserção de um terceiro profissional pode fornecer recursos para o estabelecimento de novos vínculos saudáveis, e meios para recuperação do paciente.

Quando o paciente está com dificuldade de vínculo com determinado profissional... Por exemplo, eu tenho uma paciente que está com uma dificuldade de vínculo comigo, então eu entro com o médico, entro junto. E aí esse atendimento acaba sendo completamente diferente de quando é só comigo, por exemplo. Essa paciente se comunica mais, fala das suas dificuldades é mais comunicativa. Então acaba sendo positivo isso (E5P).

Nesse caso, a relação original, antes inerte em possibilidades de ajuda, é modificada pela entrada do médico, que cria uma nova relação propícia para que o usuário se coloque. Essa nova dinâmica relacional promove recursos que faz com que o usuário rompa suas dificuldades de expressão e se comunique com os profissionais da equipe.

Guardadas as devidas proporções, é possível fazer uma relação entre a função socializante do Complexo de Édipo e a inclusão deste terceiro elemento na relação dual que se estabelece entre profissional e usuário.

Na relação familiar, a figura paterna é um terceiro que desestabiliza o idílio dual entre mãe e filho, e faz surgir no sujeito a falta e o desejo de supri-la. A relação mãe e filho, antes tida como completa, é alterada pela presença de um terceiro que funda o sujeito (MONTEIRO, 2001). É em busca de superar a angústia da separação que a criança desenvolve mecanismos reparadores desse trauma, e se lança ao mundo, explorando, identificando e conhecendo os objetos ao redor. Em sua exploração desenvolve o seu pensamento e é capaz de controlar suas pulsões e emoções, através das aprendizagens alcançadas. Torna-se, pois, um sujeito socializado, atuante em sua relação com as coisas e pessoas do mundo.

Assim, a presença de um terceiro nos atendimentos conjuntos rompe com uma dinâmica dual previamente estabelecida, e propõe novas formas de um inter-relacionar entre profissionais e usuários. Essas novas relações podem, então, propiciar vínculos mais saudáveis e promissores ao tratamento.

...acho, melhor, uma consulta só, como era antes de terça. (...) Ficava todo mundo na sala, o nutrólogo, o nutricionista e o meu psiquiatra. (...) e todo mundo conversava comigo. (...) depois que passou para a sexta mudou tudo (...). Não tinha essa reclamação não, de demora, nada... (E10U)

Como já foi dito acima, uma das vantagens do atendimento conjunto, confirmada por um dos usuários, é a de que seu formato de atendimento economizava tempo, tornava ágil o atendimento e, portanto, diminuía o desgaste de usuários e profissionais.

As características do atendimento conjunto promovem a complementaridade dos saberes, o compartilhamento de experiências entre os profissionais, o trabalho interdisciplinar, o enriquecimento da consulta em benefício do usuário e a agilidade do processo de atendimento. Essas impressões quanto às vantagens do atendimento conjunto parecem ser compartilhadas não somente pelos profissionais, mas também pelos usuários, que deram sugestões a respeito de novos modelos de atendimento que incluiriam a presença de mais de um profissional.

Uma das sugestões dadas pelos usuários é a de que no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, realizados por dois psicólogos que trabalham em esquema de co-coordenação, haja a presença de um nutricionista.

...seria, seria bom. (...) é como se fosse uma nutricionista psicóloga. A gente tem muito problema igual: - Ah, ontem eu não comi. Eu não sei o que eu faço para comer. O que eu como? (E16U)

Pela percepção da Usuária 16, o Grupo estruturado dessa forma daria complementaridade ao atendimento, sendo que psicólogos e nutricionistas se auxiliariam mutuamente na busca de intervenções criativas, e propostas para os conflitos e impasses apresentados em Grupo. Assim, as intervenções explorativas, informativas, integrativas, de clarificação e de orientação, realizadas no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas (SANTOS, 2006), seriam enriquecidas pela soma dos conhecimentos dessas duas categorias profissionais.

...eu acho que até que seria interessante. Para a pessoa tirar as dúvidas e ela (nutricionista) entender melhor o que acontece com a gente emocionalmente. Porque eles olham ali a gente muito pouco durante a consulta. Eu acho que não dá para eles conhecerem os pacientes. Eu acho que seria importante sim, para eles terem noção de todos os casos, de todos os pacientes. (E8U)

Para a Usuária 8, a presença do nutricionista no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas seria a ampliação de mais um espaço para o esclarecimento de dúvidas nutricionais a respeito de dietas, quantidade calórica dos alimentos, e Índice de Massa Corporal (IMC). Essa requisição de maiores espaços para o esclarecimento de dúvidas a respeito do peso, alimentos e calorias pode estar associada à distorção da imagem corporal (CABRERA, 2006) e aos comportamentos alimentares peculiares (SICCHIERI et al., 2006) dessas usuárias, que possuem um extremo controle sobre sua dieta alimentar. Dessa

forma, o nutricionista parece ser um profissional extremamente requisitado, pelo seu conhecimento na área nutricional e alimentar.

Assim, o fato dos usuários considerarem uma maior participação do nutricionista em outras atividades do serviço, pode demonstrar a relação de maior proximidade que os usuários possuem com essa categoria profissional, já que diante de seus medos, angustias e ansiedades referentes à alimentação, requisitam o auxílio desse profissional.

Nota-se, entretanto, que a relação de proximidade que parece existir entre anoréxicas e bulímicas e os nutricionistas, apresentam duas vertentes. A primeira revela a imagem de apoio e apaziguamento, que o nutricionista parece representar diante das angustias e ansiedades da usuária, frente a sua conduta alimentar. Fonte de saberes sobre alimentação e tendo conhecimento sobre o caso do paciente, é o nutricionista que também contribui para a luta do paciente em busca da melhora.

Contudo, há também o desejo dos usuários de que esse profissional adentre o mundo psíquico conflituoso e complexo que esses usuários apresentam, quando se diz respeito à conduta alimentar. Várias usuárias revelaram em suas entrevistas, o desejo de uma nutricionista que compreenda melhor suas dimensões psíquicas e emocionais. Dessa forma, buscam alguém que as compreendam integralmente e sejam solidárias com suas angustias e desafios.

Quando as frustrações, diante da alteração ou substituição de um alimento na rotina alimentar, ou no aumento da quantidade de dieta alimentar, as assolam, poder-se-ia pensar que desejariam atitudes mais compassivas e acolhedoras dos nutricionistas, que estariam mais conscientes das dificuldades psíquicas e emocionais vivenciadas por essas usuárias.

Dessa forma, o freqüentar do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas pelos nutricionistas, serviria também como um aperfeiçoamento para essa categoria profissional, que estaria mais capacitada em compreender as dinâmicas psíquicas, dúvidas e desejos advindos dessas pacientes.

Se a presença da nutricionista no grupo alteraria sua dinâmica funcional, descaracterizando o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, tal como se estrutura hoje em dia, é uma possibilidade.

Contudo, a sugestão dada pelos usuários revela dados importantes. Há o desejo manifesto de que os nutricionistas compreendam melhor o campo emocional e psíquico dos usuários, a ponto de se tornarem “psiconutricionistas”, tal como revela uma das profissionais entrevistadas.

Mas eles trazem outros.... outros aspectos. Emocionais mesmo. O que está acontecendo na família, o que eles estão sentindo, o que eles estão pensando. Por isso que esse nosso trabalho a gente acaba chamando de “psiconutricional”. (E5P)

Outro desejo que pode ser identificado é a vontade dos usuários de que os nutricionistas compreendam profundamente cada caso e pessoa atendida, compreendendo a dimensão humana dos pacientes, em sua intimidade.

Como afirma Ramos e Lima (2003, p. 6) “a humanização do atendimento é ser bem tratado pela equipe e ser conhecido por ela”. Reconhecer e respeitar o paciente como pessoa são alvos a que se propõe o acolhimento em saúde e é a meta da humanização do cuidado em saúde.

O respeito e o cuidado para com a população atendida decorrem do conhecimento do ser atendido em sua integralidade, respeitando e considerando seus aspectos psíquicos, culturais e sociais. As usuárias entrevistadas, portanto, parecem reforçar essa posição humana do cuidado, reconhecendo a importância da ampliação dos horizontes do cuidado para além do biológico.

...para poder no trabalho dela (nutricionista) não trabalhar só a parte nutricional, mas a parte emocional que está intimamente ligado uma na outra. Ela vai aperfeiçoar o trabalho dela na hora que ela estiver atendendo a gente. (E13U)

Dessa forma, o profissional que almeje uma formação integral, que una todas essas diversas dimensões do ser, está mais apto em trabalhar com o cuidado em um serviço de saúde, já que busca uma intervenção que considere a integralidade, a humanidade e o cuidado do ser atendido (BENNETTI; RAMIRES, 2003).

Todavia, deve-se permanecer atento para que o nutricionista, em suas ações, não desempenhe o papel do psicólogo, mas sim, que se utilize dos conhecimentos desenvolvidos através da psicologia para ampliar e qualificar a sua forma de atuação, compreendendo além do nutricional, a dimensão psíquica e emocional do paciente. Esse aprimoramento, inclusive, é desejável a todos aqueles profissionais que se dispõem a trabalhar com os transtornos alimentares.

Ainda, a agilidade adquirida nas consultas, através da inserção da nutricionista no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas é outro benefício apontado pelos usuários.

...seria legal, muito legal, eu acho que iria funcionar melhor. Porque aí a hora que passasse ali no médico ia ser bem mais rápido. Porque lá já ia se discutir tudo. (...) depois que passasse ali na nutricionista só para ela fazer o peso já se teria discutido tudo, então seria bem mais rápido. Ia ser quinze minutos só a consulta, só para ela passar alguma dúvida que ficou, que não esclareceu. (E10U)

Os usuários ainda trazem outras sugestões de atividades em que estejam presentes mais de uma categoria profissional, em um trabalho conjunto. Os usuários sugeriram reuniões em que estivessem presentes todos os profissionais do GRATA e o paciente. Psiquiatra, psicólogo, nutricionista, médico nutrólogo e terapeuta ocupacional estariam presentes em uma reunião com o usuário.

...é... legal... acho bom... iam juntar todos os assuntos e já ia aproveitar e fazer... complementar os assunto do outro, você ia discutir e ia ficar uma coisa mais inteira. (E16U)

A Usuária 16 considera que essa atividade traria um maior esclarecimento de dúvidas e assuntos a respeito do tratamento. As várias categorias profissionais, em união, poderiam complementar melhor as orientações e clarear temas ainda obscuros sobre a assistência.

Eu acho que deveria para saber como é que está o tratamento. O que eles pretendem dentro da proposta da gente? O que eles acham que a gente está pensando sobre o tratamento? Se está valendo a pena, se está sendo bom, ou não. E para esclarecer a gente qual é o objetivo deles com relação à gente. E a gente também falar o que a gente espera, e tirar nossas duvidas. (E8U)

A fala da Usuária 8 mostra claramente como essa reunião entre vários profissionais e o usuário pode se transformar em um espaço onde o diálogo e a negociação entre profissionais e usuários estejam presentes. Pela fala acima, não só o usuário almeja esclarecer dúvidas sobre seu tratamento, mas também deseja ser ouvido em suas considerações e opiniões a respeito do processo ao qual está sendo submetido. A frase: “o que eles acham que a gente está pensando sobre o tratamento? Se está valendo a pena, se está sendo bom, ou não.” aponta para um protagonismo de ações do usuário frente ao serviço, onde o se expressar e o colocar suas idéias, saberes e dúvidas quanto ao tratamento, fomenta a autonomia dessa população.

Dessa forma, os atendimentos conjuntos e as atividades que inserem a atuação conjunta de vários profissionais, mostram-se promissoras, tanto para o enriquecimento da atuação profissional, quanto para o melhor atendimento do usuário. Esse espaço de diálogo é uma

interessante proposta onde o profissional possa, através da parceria com outros profissionais, desenvolver uma clínica ampliada. Através da associação de saberes médicos, nutricionais, de terapia ocupacional, psicológicos e psiquiátricos é possível um atendimento global que vá para além do enfoque sintomático e patológico, mas que compreenda o paciente em sua integralidade. É também um espaço que permite a responsabilização do usuário pelo seu tratamento, na medida em que a construção de um vínculo terapêutico com os profissionais presentes permite o aumento da autonomia de ambos, e do protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2006b).

O atendimento conjunto é, pois, um bom exemplo de um procedimento técnico de atendimento que traz benefícios tanto aos usuários, quanto aos profissionais. Com alvos a uma clínica ampliada, é também um exemplo de como se trabalhar em equipe, já que complementa saberes, troca de experiências positivas entre profissionais e possibilita o usuário desfrutar de vínculos saudáveis e obter informações e orientações. Essa prática permite a superação da prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, e valoriza cada categoria profissional em seu trabalho inter-relacionado, respeitando a integralidade do ser atendido (CUNHA, 2005).

6.2.2.2.8 A portaria do Hospital das Clínicas

O acolhimento é também o acesso geográfico e organizacional do serviço. A localização do serviço de assistência, e sua estrutura física e organizacional refletem o modo como o serviço acolhe o usuário (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). Assim, a estrutura física do Hospital das Clínicas, com seus corredores e alas próprios para atender os pacientes, bem como os horários de entrada e saída do hospital, agendamentos de consultas, exames e internações, correspondem a todo um sistema organizacional do hospital que se organiza de forma a oferecer acesso e atendimento mais adequado àqueles que o freqüentam.

O GRATA, inserido no contexto de um hospital geral, deve se amoldar ao contexto organizacional do hospital, respeitando suas regras e modelo de funcionamento.

Elogios e reclamações tidos nas entrevistas, portanto, não se limitam apenas ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares, mas estendem-se também ao sistema organizacional e funcional do hospital como um todo.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – *campus* USP, é um hospital de rede pública que segue as diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde, tal como a universalidade, a equidade, e a integralidade do atendimento (MATUMOTO, 1998).

Portanto, nos serviços realizados dentro do hospital, os princípios de acolhimento e vínculo são considerados como metas nos atendimentos.

O modo como o hospital se organiza para definir quem recebe os usuários, e de que modo eles são recebidos, envolve todo um saber técnico organizacional que resulta no modo como se efetua o acolhimento no serviço (BRASIL, 2006b).

Entretanto, a despeito da equipe do GRATA, parece existir problemas quanto a forma em que os usuários do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares são recebidos pelo hospital. Reclamações sobre a portaria do Hospital das Clínicas surgiram na fala de alguns usuários.

Facilitar o acesso do usuário ao serviço é um tema constantemente reforçado pela política de humanização dos atendimentos do SUS (RIZZOTTO, 2002). O acesso implica também em uma postura de melhor receber e informar, que consiste em uma atitude gentil, aberta ao diálogo, e com escuta qualificada dos profissionais para atender as demandas dos usuários. A escuta qualificada consiste em ouvir o usuário de forma atenta, dando-lhe sempre uma resposta positiva, e se responsabilizado pela resolução de seus problemas (SOLLA, 2005).

A portaria do Hospital das Clínicas parece agir, em algumas vezes, de forma pouco qualificada, pois não recebe devidamente os usuários no serviço, ou não garante as orientações necessárias para esclarecer as dúvidas dessa população.

São muitas das vezes muito brutos, sem educação. (E7U)

...ele (referindo-se a um porteiro do Hospital das Clínicas) é um chato, uma mala sem alça, sem educação... (E13U).

Posturas inapropriadas da portaria do Hospital das Clínicas, somam-se a falta de informação que os profissionais, responsáveis por esse acesso, apresentam quanto a atividades realizadas pelo GRATA.

Às vezes você quer entrar por uma porta, eles te mandam para outra, não conhecem o Grupo, não sabem, não quer deixar você entrar. (E8U)

A desinformação desses profissionais quanto as atividades realizadas pelo GRATA fazem com que os usuários se sintam desorientados e desrespeitados.

Ele (porteiro) é uma lástima! Tenho porque ele sempre barra a gente: “ainda não está na hora”. Aí ele quer olhar, quer telefonar para ver se é realmente o Grupo. Que ele nunca escutou falar desse Grupo. (...) e ele fala que não sabe nem onde fica o Grupo (...) mas ele é uma lástima, sempre foi, e eu já estou aqui há seis anos. (E12U)

Além de não virem suas requisições e necessidades satisfeitas, os usuários, pela falta de preparo dos profissionais da portaria em acolher e orientar os usuários, muitas vezes devem enfrentar o tumulto e o desconforto das filas de espera para adentrar ao serviço, ao invés de esperar o início das atividades, no interior do hospital, em um ambiente confortável e mais qualificado em receber esses pacientes.

Para que haja um real processo de acolhimento nos serviços de saúde, todos os setores do serviço devem trabalhar em parceria, de forma que, principalmente os funcionários responsáveis pela entrada e orientação dos usuários ao serviço, necessitam estar informados sobre as atividades realizadas na instituição, para melhor contribuir com o acesso do usuário na mesma.

Para isso, poderiam ser realizadas capacitações que desenvolvessem nos profissionais destinados à recepção dos usuários, habilidades técnicas, como uma escuta qualificada, para melhor orientar e suprir as necessidades dos usuários.

Pensar sobre esses melhoramento é necessário, já que essas deficiências, afetam diretamente as atividades do GRATA. O atraso das usuárias para o Grupo de Apoio as Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas é uma das conseqüências dessa falta de orientação e preparo da portaria do Hospital das Clínicas.

Às vezes você passa, está marcado onze e meia no cartão e eles não deixam você entrar. Só pode entrar depois do meio-dia, e isso atrasa a gente para o Grupo. Então esse é um dos fatores que me desagrada muito. (E7U)

Apesar do cartão da usuária estar marcando o horário das onze e meia da manhã para a sua entrada, o porteiro não permite que ela adentre ao hospital antes do meio dia, fazendo com a paciente se atrase para o Grupo de Apoio a Anorexia e Bulimia Nervosas que, no momento do relato, ocorria ao meio-dia. A falta de uma recepção adequada aos usuários provoca uma cadeia de eventos que dificultam todo o acesso do usuário ao serviço do GRATA. Os usuários acabam sendo os mais prejudicados, tendo que esperar em longas filas até o horário pré-determinado.

Outro empecilho enfrentado pelos usuários são as dificuldades em que algumas vezes se deparam ao tentarem adentrar com seus acompanhantes no hospital.

Teve uma vez que eu tive que pedir uma autorização para a minha mãe entrar, porque eles começaram a encanar de minha mãe e meu pai entrar aqui no hospital comigo. Só que eu brigo. Aí uma vez o porteiro falou assim: - Nossa, você é bem grossa, né? Sou mesmo. (E13U)

No momento em que o GRATA registra uma baixa adesão dos familiares ou representantes, é de fundamental importância que o serviço como um todo, hospital e GRATA, se mobilizem em acolher e aderir esses cuidadores.

Com a intenção de uma prática usuário-centrada, o hospital deve eleger as necessidades do usuário, reelaborando e tornando os procedimentos do hospital facilitadores de acesso e adesão. Pouco adianta o desejo do GRATA em inserir mais familiares ou representantes no serviço prestado, se o Hospital das Clínicas possui procedimentos de acesso ao hospital rígidos, que travam o processo.

É nesse sentido que se considera a gestão em saúde com vistas ao acolhimento. Através de mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, e fazendo-se as modificações necessárias para um melhor acesso do usuário ao serviço, procedimentos mais adequados são elaborados com vistas à melhor acolher e aderir o usuário ao tratamento (BRASIL, 2006b).

Dessa forma, é necessária uma parceria muito fundamentada entre Hospital das Clínicas e GRATA, para que todos os procedimentos e regras da instituição possam estar em sintonia com as atividades oferecidas pelo GRATA, e em consonância com as necessidades e demandas dos usuários.

6.2.2.2.9 A articulação do GRATA aos outros serviços do Sistema Único de Saúde

Um dos grandes preceitos do acolhimento em um serviço de saúde é a possibilidade de sua articulação intersetorial. Os problemas e necessidades que não podem ser resolvidos apenas no âmbito do serviço, tornam imprescindível a busca por parcerias externas à unidade de saúde. Os profissionais, ao reconhecer quais são os problemas e necessidades da população sob sua responsabilidade, conseguem traçar propostas de intervenção para os mesmos, e delegar aos outros serviços, demandas e necessidades aos quais estão mais bem preparados.

Deste modo, programar o acolhimento requer, além de instituir um serviço que responda as demandas da população atendida, a instauração de um relacionamento com os

outros serviços de saúde da área (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004). Essa articulação com outros setores da saúde visa à criação de condições necessárias à promoção, proteção e à recuperação da saúde do usuário (SIMÕES et al., 2007).

A rede de atenção primária se encarrega pelo acolhimento e atendimento das urgências de baixa gravidade, e cuja complexidade seja compatível com este nível de atenção. Em casos mais graves, ela possui a tarefa de acionar e agendar serviços mais especializados e adequados àquele caso (BRASIL, 2004). Muitos casos novos atendidos pelo GRATA são encaminhados por serviços de atenção primária à saúde.

Postos de saúde e unidades de emergência são órgãos de acesso fácil aos usuários com transtornos alimentares, sendo locais onde podem se dirigir em casos de urgências e crises súbitas. Apesar da acessibilidade existente nos níveis de atenção primária, foi visto que o acolhimento dos pacientes com anorexia e bulimia nervosas, nesses serviços, é ainda muito deficitário e pouco eficaz.

Observa-se como grande dificuldade, o despreparo dos profissionais para lidar com os âmbitos da saúde psíquica e emocional do usuário.

A dificuldade que a gente vê é que os profissionais de fora não são tão preparados, porque não passaram por um processo de se preparar mesmo, de ter experiência, de estudar, de entender um pouco melhor, de vivenciar essas angustias que a gente vivencia aqui. Então isso a gente vê muito. Pessoas que têm muito medo de relar no paciente, de chegar perto do paciente. Até porque vê o paciente como uma incógnita. (E6P)

O Profissional 6 relata a falta de uma maior informação e formação dos profissionais que atuam no nível de atenção primária à saúde, com relação aos transtornos alimentares. Apesar de estarmos em tempos de reforma psiquiátrica, que considera a socialização do doente mental e o desenvolvimento de sua cidadania e autonomia, ainda tem-se uma visão preconceituosa e estigmatizada de portadores de transtornos psiquiátricos. Há ainda muita discriminação, por parte de vários profissionais da área da saúde sobre esses pacientes, taxados de loucos e agressivos. O pouco conhecimento e formação a respeito dos transtornos mentais, instauram o temor sobre a agressividade e o descontrole desses pacientes (MION; SCHNEIDER, 2003).

Ademais, considera-se o fato de os transtornos alimentares serem distúrbios relativamente novos na sociedade (SZTAJMBERG, 2003), ainda a serem estudados e conhecidos. A sensação de estranheza e perplexidade para os profissionais ainda não habituados com esses pacientes é comum.

A importância de se ter uma equipe bem preparada, e com experiências no cuidado de pacientes anoréxicos e bulímicos é relevante. Os usuários ressaltam o valor de possuírem uma equipe que os acompanha e que dão ao seu transtorno a real consideração.

...se eu precisar de alguma coisa eu tenho que procurar um posto. Só que o posto não me acompanha, o posto não sabe do meu histórico. Então muitas vezes eles podem achar que é frescura... (E3U)

Os usuários podem sentir-se inseguros e desorientados ao entrarem em serviços que não sabem de seu histórico de doença, ou ainda, que vêm de modo preconceituoso sua dificuldade. Decorre daí a importância de capacitações que dêem aos profissionais uma visão ampla sobre saúde, considerando a integralidade do ser. Uma formação e capacitação amplas, que considerem os aspectos sociais, biológicos e psíquicos do usuário, poderão trazer a melhoria do acesso, a resolutividade nas ações e a qualidade do serviço (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000).

O GRATA, em muitas ocasiões, recorre aos outros setores de saúde, buscando manter uma base sólida de diálogo, onde possa estar acompanhando os procedimentos e os processos de tratamento de seus pacientes, em contextos de atendimentos primários e particulares de saúde.

...se a pessoa estiver internada em algum local a gente entra em contato (...) Então a gente pede o telefone, a gente entra em contato com o profissional para nos colocar a disposição. A gente convida o profissional para vir até aqui (E7P).

Ao se convidar os profissionais de outros serviços para conhecer e se inteirar dos procedimentos e métodos utilizados pelo GRATA, há um processo de complementação e troca de saberes, onde ambos se enriquecem com a troca de experiências e informações. É importante também que o GRATA obtenha conhecimento a respeito de como é assistido seus pacientes em outros contextos, tal como em postos de saúde e unidades de emergência. Esse diálogo é importante, por exemplo, como no caso dos psicólogos que atendem particularmente os usuários do GRATA. É de importância fundamental, para o psicólogo externo ao GRATA, se informar a respeito dos procedimentos, atividades e progresso do caso atendido. Da mesma forma, os progressos alcançados pelos pacientes durante o processo psicoterápico, dão informações e situam os profissionais do GRATA à respeito da situação do caso naquele momento.

Todavia, a despeito de uma tentativa de maior articulação com setores e profissionais de outros serviços, nota-se que em algumas vezes, o acompanhamento do usuário torna-se menos acessível.

surtou, tentativa de suicídio, vai para a UE (Unidade de Emergência) e vai para a psiquiatria. Às vezes o paciente fica internado na psiquiatria lá, precisa de uma internação mais longa. Aí começa a ver para onde ele vai. É horrível para nós essa situação. Porque, por exemplo, o paciente vai para o Santa Teresa. Como é que a gente acompanha esse paciente lá? (E2P)

A necessidade de uma internação mais longa em um hospital psiquiátrico, muitas vezes afasta o usuário de um cuidado mais próximo orientado pelo GRATA, o que desarticula o usuário do tratamento por determinado período.

A longa internação de pacientes em hospitais psiquiátricos é um tema amplamente tratado nos últimos anos, e refere-se às transformações políticas e sociais da Reforma Psiquiátrica. Com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, emerge o processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, e a luta por uma sociedade sem manicômios. As estruturas de cuidado em saúde mental ganham uma nova abordagem, onde se busca a criação de novos dispositivos e tecnologias de cuidado. Pretende-se uma psiquiatria sustentada por dispositivos abertos, diversificados e de natureza comunitária (TENÓRIO, 2002).

Atualmente vê-se a evolução dessa história. A criação de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) refere-se a estruturas abertas, regionalizadas, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade. Os hospital-dia e hospital-noite devem oferecer o maior número possível de recursos diferentes e alternativas de cuidado, aceitando frequências variadas ou mesmo irregulares para o tratamento, e oferecendo desde consultas médicas e psicológicas, até internações e atividades grupais diversas.

A possibilidade de uma rede de assistência à saúde mental aberta, tal como os Caps, poderiam ajudar os usuários com transtornos alimentares a enfrentar o difícil momento de crise, sem, contudo, afastá-los do tratamento do GRATA. É importante sempre uma articulação entre os outros serviços de saúde mental e o GRATA, para que ambos pensem saídas mais viáveis ao usuário.

As co-morbidades apresentadas em muitos casos de anorexia e bulimia nervosas revelam a necessidade de um atendimento multidisciplinar e a co-existência de vários ambientes de cuidado (GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002). O atendimento ambulatorial do GRATA muitas vezes não basta, sendo necessário, em alguns momentos,

serviços que ofereçam uma estrutura preparada para a internação e cuidados psiquiátricos. Contudo, a articulação do usuário com o GRATA não deve ser rompida mesmo que ele seja transferido para outro local de tratamento, pois depois e durante a crise é de essencial valor que o usuário esteja sempre acompanhado pelo serviço habitual, que no caso refere-se ao GRATA.

A dificuldade em se realizar a assistência aos transtornos alimentares sem que haja o auxílio de outros serviços e profissionais habilitados é clara. Os usuários necessitam serem atendidos e auxiliados em diversas áreas que envolvem dimensões psíquicas, sociais e orgânicas.

Alguns usuários sugeriram, durante as entrevistas, outras modalidades de serviço, além das que já são oferecidas pelo GRATA, e que poderiam ser acrescentadas ao serviço de assistência.

Serviços de odontologia foram muito solicitados pelos usuários. O ato de vomitar para controlar o peso, presente tanto na bulimia, quanto na anorexia do subtipo purgativo (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004), demanda atenção e cuidados especiais da área odontológica. O excesso de vômitos com o conseqüente aumento de acidez na região oral é o responsável pelos problemas dentais decorrentes da erosão bucal (BURKE et al., 1996).

As usuárias, cientes desse processo, consideram o dentista uma presença importante no tratamento.

...por causa do problema que desgasta muito os dentes e tal... pelo menos os meus (dentes) dá muito canal, dá muita carie. Eu tenho bruxismo. Então essa parte eu acho que falta. Se a gente quiser a gente tem que ir no posto. E acho que no posto não tem tanto aparato. E para esperar aqui na USP, um dentista lá da odonto... demora. Eu estou com uma carta e até hoje não consegui ir até lá embaixo, na faculdade ali embaixo. Então demora um pouco. (E12U)

A parceria entre GRATA e dentistas, que tal como os psicólogos e nutricionistas, atuariam de forma voluntária no GRATA, poderia acelerar o processo das consultas odontológicas e beneficiar o tratamento como um todo. Além de fornecer recursos instrumentais e técnicos mais avançados do que os dos postos de saúde, e diminuir o tempo de espera para os serviços odontológicos, se comparado ao atendimento feito pela odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, essa articulação mais fundamentada entre o serviço de odontologia e os transtornos alimentares, traria informações relevantes ao tratamento e complementar a atenção do usuário atendido.

A arcada dentária pode trazer várias informações a respeito dos hábitos alimentares dos pacientes, e de seu estado emocional. O bruxismo, por exemplo, citado pela Usuária 12, revela

um estado de extrema ansiedade e nervosismo que pode vir a ser uma informação relevante ao tratamento.

A interligação e a complementação entre as diversas áreas do saber é o que almeja o processo de acolhimento. A odontologia não se restringe ao campo biológico, mas abarca em seus conhecimentos saberes relacionados a campos psíquicos e emocionais do usuário. Em um processo de dupla via, tanto identifica problemas de origem emocional, tal como o nervosismo revelado pelo bruxismo, como confere ao paciente a recuperação de sua auto-estima através do tratamento dentário (SCHMIDT; TREASURE, 1997). A relação entre a área psíquica e odontológica é uma via frutífera, pois ambas se complementam e se auxiliam em um cuidado mais amplo do paciente atendido.

Ademais, o dentista, quando bem preparado para tal, pode auxiliar no processo de identificação e diagnóstico da anorexia e bulimia nervosa. Devido aos problemas de erosão dental, o dentista pode vir a ser o primeiro a identificar os sinais dos transtornos alimentares (BURKE et al., 1996). Contudo, é necessário que esteja preparado para abordar esse paciente, através do estabelecimento da confiança, e inquirido a respeito de sua alimentação ou problemas gastrointestinais. Após a identificação de sinais e sintomas de transtornos alimentares, poderá ser feito o encaminhamento para serviços interdisciplinares de assistência, tal como o GRATA.

Outro serviço que poderia ser disponibilizado no GRATA é a terapia familiar. Foi um dispositivo de tratamento considerado importante por vários profissionais entrevistados.

Toda a família é... não só individual. Porque a gente tem o Grupo de apoio aos pais, mas a gente acha importante ter uma psicoterapia para a família. (E4P)

Apesar de já ser oferecido aos cuidadores o Grupo de Apoio Psicológico aos Familiares/Representantes, alguns profissionais vêem a necessidade da realização de um trabalho mais particularizado com cada família atendida. A dinâmica familiar conflituosa presente nas famílias de pacientes com transtornos alimentares sustenta a importância de uma terapia familiar (MINUCHIN, 1982).

A terapia familiar sistêmica tem como princípio básico a idéia de que o membro sintomático é apenas o representante circunstancial de alguma disfunção em seu sistema familiar (CALIL, 1997). A família pode ser considerada como um sistema aberto, devido às interações intrafamiliares e extrafamiliares (meio ambiente – comunidade) que ocorrem entre os seus membros. Assim, como um sistema total, as ações e comportamentos de um dos

membros influenciam e simultaneamente são influenciados pelo comportamento de todos os outros. Da mesma forma, as partes desse sistema familiar estão relacionadas de tal modo, que a mudança em uma delas provocará a mudança nas demais e, conseqüentemente, em todo o sistema familiar. É na alteração das relações que atuam dentro desse sistema, com vistas à saúde, que atua a terapia familiar.

As famílias psicossomáticas, tal como Minuchin (1982) descreve as famílias de pacientes com transtornos alimentares, apresentam uma dificuldade com relação à individuação de seus membros, manifestas por atitudes de superproteção ou abandono, e desinteresse exagerado. Para um adolescente cujo crescimento se deu a partir de um ambiente com déficit de personificação e sentido de realidade, e dissociação entre o mental e o corporal, resta, de acordo com Bleger (1998), o controle do grupo familiar através da linguagem corpórea.

A teoria familiar sistêmica, portanto, fundamenta a importância da participação da família no tratamento da anorexia e bulimia nervosas. Ademais, dados de estudos recentes apontam que a inclusão da terapia familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosas produz melhoras consideráveis na sintomática, nas condições psicológicas individuais, e nas funções familiares (EISLER; DARE, 2000).

Um profissional especializado em terapia familiar poderia exercer um tratamento aprofundado sobre as dinâmicas e relações de cada caso, podendo identificar áreas de conflitos e potencializar o tratamento. As mudanças de atitude e comportamento de cada membro, através da terapia familiar, acarretariam a melhora na qualidade de vida de cada membro e aceleraria o processo para uma possível alta.

A integração setorial dos diversos serviços tem por objetivo suprir as carências e facilitar o acesso da população atendida. A intersetorialidade faz-se necessária, pois isoladamente torna-se inviável a resolução das múltiplas dimensões dos problemas envolvidos no cuidado à saúde. As ações intersetoriais, como sistemas organizacionais que mobilizam recursos humanos e não humanos, e que disponibilizam ações e serviços através de saberes técnico-científicos e populares, estruturam em um trabalho conjunto com vistas à efetividade e resolutividade das demandas em saúde (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009).

É necessário, portanto, que se desenvolva um complexo sistema organizacional de parcerias, onde os serviços de terapia familiar, atendimentos odontológicos, e serviços de atenção primária, secundária e terciária (com os dois últimos níveis de atenção presentes no Hospital das Clínicas) à saúde se complementem e trabalhem conjuntamente no atendimento das necessidades de usuários anoréxicos e bulímicos atendidos pelo GRATA.

Uma integração maior, por exemplo, entre o GRATA e faculdades de odontologia e institutos de terapia familiar, e uma maior comunicação entre os serviços de atenção primária, secundária e terciária, dariam ao GRATA um alcance maior sobre a integralidade e o acolhimento na assistência à saúde desses usuários.

Todavia, é de igual importância o incentivo de políticas públicas que provenham recursos financeiros e tecnológicos à formação e capacitação dos profissionais de saúde, com alvo à integralidade, o acolhimento e a humanização do cuidado. Ademais, é necessário o investimento em recursos físicos, estruturais, organizacionais e pessoais para a ampliação de espaços, contratação de maior número de profissionais especializados, e aquisição de ferramentas e instrumentos necessários à atuação do profissional.

Se há dificuldades para a cooperação intergovernamental, que não fornecem dispositivos ou incentivos para o desenvolvimento de uma assistência à saúde com maior efetividade, a integração intersetorial no plano local também tende a permanecer frágil. Resta, senão, os esforços de órgãos isolados que de certa maneira tentam suprir algumas das deficiências emergentes, sem, contudo, abrangerem a maioria das carências da população atendida.

6.3 ACESSO

Em um Sistema Único de Saúde, diversos fatores dificultam o acesso dos usuários aos serviços, tais como: custo, localização, forma de organização, demora para obtenção do atendimento, entre outros (ADAMI, 1993). Contudo, o acolhimento prevê uma maior acessibilidade dos usuários atendidos e, com vistas a isso, almeja toda uma reorganização de serviços e técnicas para suprir as demandas e necessidades encontradas (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O acesso, em suas várias manifestações, é responsável por facilitar ou dificultar a entrada dos usuários e sua adesão ao serviço, e por isso, é um importante fator de avaliação do acolhimento na assistência.

Para fins didáticos, os resultados sobre o acesso serão divididos em três subcategorias nesse estudo: o acesso geográfico, o acesso econômico e o acesso funcional (UNGLERT, 1995).

O acesso geográfico pode ser caracterizado pela forma do transporte que o usuário se desloca ao serviço, o tempo de deslocamento, e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde. O acesso econômico pode ser considerado a partir das facilidades e

dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento, com relação aos gastos financeiros, tal como custos do deslocamento, e valores de procedimentos e medicamentos, se comparado com sua condição social atual. O acesso funcional envolve os serviços oferecidos, os horários previstos, e a qualidade do atendimento. Enfim, como o serviço se organiza para melhor receber, e garantir facilidades ao usuário.

6.3.1 O ACESSO GEOGRÁFICO E ECONÔMICO

O acesso geográfico e econômico serão tratados juntos nesse subitem por estarem intimamente relacionados. A mobilização de recursos para a locomoção, acomodação e alimentação dos usuários e familiares ou acompanhantes, para realizarem o tratamento no GRATA, também envolvem gastos financeiros com alimentação, hospedagem e transportes.

Para aqueles usuários que residem em outras localidades, distantes do tratamento, a vinda ao serviço e os gastos exigidos para tal empreendimento se revelam altos e dispendiosos.

...é, muito cansativo... de ter que sair de minha cidade, de ficar aqui esperando, de ficar sendo atendido por um, depois por outro. (E7U)

Das usuárias entrevistadas, metade utiliza transporte gratuito da prefeitura para se transportarem ao Hospital das Clínicas, 25% vêm ao hospital de carro, 18,75% utilizam o ônibus urbano, e 6,25% vêm ao tratamento de ônibus rodoviário. No entanto, a Usuária 7 mostra que, apesar de muitas vezes a prefeitura ceder transportes gratuitos àquelas que residem em outras cidades, o que facilita o acesso ao serviço, a debilidade das pacientes, muito emagrecidas ou mal nutridas, torna desgastante a vinda dos usuários em retornos frequentes.

A fase crítica do transtorno é a fase que requer maior assistência e acompanhamento, todavia é o momento em que o paciente e a família devem se disponibilizar física e emocionalmente para enfrentar a locomoção e, em alguns casos, a longa viagem. As usuárias gastam, em média, 1 hora e 14 minutos de suas respectivas residências ao Hospital das Clínicas, o que se revela um grande período de tempo na locomoção dessas pacientes. O tempo máximo de viagem, registrado entre a residência da usuária e o Hospital das Clínicas, foi de 4 horas e 30 minutos.

Para usuárias que viajam longos períodos para realizarem o tratamento, é necessário que se mobilize recursos financeiros para transportes, alimentação e, muitas vezes, estadia. Com isso, o gasto máximo registrado foi de R\$90,00 a cada retorno no serviço.

O Hospital das Clínicas oferece em seus arredores, uma estrutura acessível para alimentação, que consiste em lanchonetes que disponibilizam uma variedade de alimentos. Contudo vê-se que, talvez, poderia oferecer àqueles usuários e familiares/responsáveis menos providos financeiramente, bolsas alimentação, que facilitassem a sua ida ao tratamento.

Há também a vantagem dos serviços gratuitos realizados pelo hospital, que efetuam internações, exames, consultas e tratamento a preço zero à população atendida. Além disso, os transportes públicos, como as vans cedidas gratuitamente pelas prefeituras das regiões de origem das usuárias, são benefícios que facilitam o acesso do usuário.

No entanto, observa-se que R\$90,00 reais é ainda um alto gasto aos usuários menos abastados financeiramente. Pensa-se que, dentro das possibilidades, poder-se-ia buscar parcerias com hotéis e pensões que oferecessem preços mais viáveis aos usuários e familiares ou acompanhantes que necessitassem pernoitar na cidade. Ou, durante o dia, a disponibilização de salas no GRATA, que oferecessem um local confortável e de descanso para esses usuários e familiares/representantes.

Um ambiente agradável e confortável torna-se importante quando se observa nas falas, além de um desgaste físico, um intenso desgaste emocional dos usuários.

...eu acho que eu me sinto muito cansada tanto física como emocionalmente, porque tem que vir aqui, pegar ônibus, é longe, a gente fica esperando. É uma coisa que cansa mesmo. No meu caso eu fico cansada emocionalmente porque eu venho aqui, tenho que pensar. Tenho que falar o que eu comi, o que eu não comi (...) mexe muito com a minha cabeça.
(E11U)

O dispêndio emocional deve ser considerado. Em uma atitude corajosa, vários usuários se responsabilizam pelo tratamento e enfrentam a difícil tarefa de refletirem e questionarem sobre seus hábitos e sentimentos. Imersos em rituais alimentares e comportamentos compulsivos, é relevante o empenho em que muitas usuárias se colocam para reverem seus conflitos e aderirem ao tratamento.

Os profissionais devem considerar todo o esforço e empenho que usuários e familiares ou representantes realizam para atingir a melhora, sendo esse empenho físico e emocional. Da mesma forma, a empatia e a compreensão dos profissionais são importantes para acolher os usuários, diminuir todo o estresse do deslocamento, e possibilitar a formação de vínculos com o serviço.

6.3.2 O ACESSO FUNCIONAL

Apesar de um bom atendimento e dos inúmeros benefícios que o Hospital das Clínicas e o GRATA oferecem, nota-se que ainda há de se fazer algumas melhoras em sua estrutura física. Uma das maiores reclamações sobre a estrutura física do GRATA é a falta de salas.

O número reduzido de salas, principalmente o de salas de atendimento, sendo apenas duas no momento em que a pesquisa se realizou, foram queixas freqüentes dos usuários.

É um consenso entre usuários e profissionais que o pequeno número de salas é um dos fatores responsáveis pela demora na espera dos atendimentos.

...têm muitos pacientes e têm poucas salas. Eu acho que isso é um dos motivos da demora. (E11U)

Outro desconforto apontado pelos usuários é a incerteza quanto à disponibilidade de salas. Apesar de haver duas salas reservadas ao atendimento da nutricionista e do médico nutrólogo, outras consultas, como as dos psiquiatras, muitas vezes não têm salas disponíveis. Desse modo, usuários e profissionais dispõem de energia e tempo em busca de um local onde o atendimento possa ser realizado.

...falta salas, porque às vezes quando eu vou com a psiquiatra eu tenho que ir numa sala lá no fundo. Eu tenho que andar e procurar a sala, porque nunca tem. (...) Por que às vezes eles estão procurando sala, tem que andar muito. E fica procurando às vezes não acha, você tem que esperar vagar uma sala para poder ser atendida. (E15U)

Essa incerteza quanto a um local adequado de atendimento, possivelmente provoca desgastes físicos e emocionais em profissionais e usuários, o que pode prejudicar a qualidade das consultas.

Com pouca oferta de espaços para o atendimento, profissionais e usuários têm de se contentarem com locais que nem sempre oferecem condições adequadas para a realização das consultas. A sala do dentista é um dos espaços mais criticados pelos usuários.

Já te falaram dessa sala do dentista? (...) é terrível, é um ovo. (E3U)

Além de seu reduzido espaço, o que não oferece uma adequada ventilação e conforto, a sala do dentista é criticada por sua pouca privacidade. A abertura que a sala possui para o corredor não possibilita um atendimento mais íntimo, onde as questões pessoais e de resguardo possam ser expostas.

A falta desse espaço privativo dificulta a construção de um *setting* terapêutico. Por *setting* entende-se não apenas o espaço físico, mas um espaço onde se estabelece um campo de comunicação real entre analista e paciente e onde, para tanto, a privacidade é uma das características mais essenciais (WINNICOTT, 1990).

Espaços mais individualizados e adequados a cada especialidade são raros. Nutricionistas, psiquiatras e médicos dividem as mesmas salas sem, contudo, terem para si um espaço particularizado, em que seus instrumentos de trabalho possam estar dispostos permanentemente nesses locais. Desta forma, tendem a desenvolver ali uma clínica “improvisada”, com os recursos e alternativas que lhes são disponíveis para o atendimento.

Se essa adaptabilidade, somada ao protagonismo de ações dos profissionais, é algo bem quisto ao processo de acolhimento (CAMPOS, 1997) não pode ser desconsiderado que um *setting* confortável, com materiais e instrumentos adequados são fatores que colaboram muito para um atendimento qualificado.

Pela habilidade limitada dos pacientes com transtornos alimentares em acessar e tolerar emoções, é necessário propiciar um espaço seguro e confiável aos pacientes, para que possam compartilhar o seu mundo interno e encontrar meios mais criativos para direcionar os seus sintomas (GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002). Contudo, sem que o paciente sinta-se acolhido dentro de um espaço, o estabelecimento de um vínculo mais intenso entre profissional e paciente torna-se difícil.

Os profissionais percebem essa dificuldade e concordam com a falta de espaço e conforto para os atendimentos.

...eu acharia um numero de salas adequados. Um número de salas para o Grupo adequados. E que a salas oferecessem um maior conforto, tanto para os profissionais que atendem, quanto para o paciente que é atendido. (...) o ar – condicionado com esse calor de Ribeirão. Horários marcados que nós não conseguimos agendar consultas com hora marcada. Então os pacientes às vezes esperam bastante. (E1P)

O clima da cidade, predominantemente quente durante o ano, necessita da instalação de ar-condicionado e sistemas de ventilação para garantir bem estar aos pacientes, já debilitados em suas condições de saúde. No entanto o hospital, ao possuir uma arquitetura alemã, com poucas entradas e saídas de ar, não propicia um controle melhor da temperatura e um ambiente mais arejado.

Além disso, outro ponto importante destacado pela Profissional 1 (EP1) é que as poucas salas não permitem um sistema de consultas pré-agendadas. Dessa forma, o usuário não possui um horário já estabelecido e demora muito para ser atendido.

Ademais, algumas vezes parece haver uma desorganização nos agendamentos das salas do hospital.

Porque no papel o agendamento das salas é um, lá, você chega lá na hora, tem gente ocupando, tem placa na porta (E2P).

Os espaços antes já reservados ao GRATA são ocupados por outros profissionais, o que causa confusão, o atraso das consultas, e a insatisfação de profissionais e usuários.

Frente a essa desorganização quanto aos agendamentos de salas e as mudanças de espaços, que de tempos em tempos acontece no GRATA, é necessário um sistema informativo que oriente profissionais e usuários do serviço.

Talvez a elaboração de uma planilha com os horários das atividades que ocorrem em cada sala, seja uma alternativa. Essa opção já é aplicada no 6º andar do Hospital das Clínicas, no Departamento de Clínica Médica, onde são realizadas as reuniões de equipe do GRATA. A planilha, afixada à porta, orienta os profissionais sobre as atividades desenvolvidas no espaço em determinado horário, o que impede interrupções e intromissões importunas.

Os usuários também sentem a necessidade de uma reformulação no sistema informativo e de sinalização do Hospital das Clínicas.

A época que eu vim do balcão azul para cá, do balcão seis, eu não sabia que tinha mudado o Grupo. Fazia mais ou menos uns seis meses que eu não vinha aqui. Eu pensei que eu estava sendo atendida lá, a hora que eu cheguei no balcão, falou: - Não, bem, mudou seu balcão para o balcão verde. Até que eu consegui encontrar a W (paciente do GRATA) e ela falou que mudou para cá. Falta um pouco de comunicação entre eles e de sinalização também. (E12U)

Os pacientes novos, ou os que possuem retornos mais espaçados, muitas vezes se sentem perdidos nas dependências do Hospital das Clínicas, quando ocorrem mudanças. Não só os usuários, mas os seus acompanhantes, que necessitam conhecer a localidade para se locomoverem aos Grupos de Apoio Psicológico e de Orientação Médico Nutricional aos Familiares/Representantes, geralmente se sentem desorientados entre tantos corredores e salas.

Informações e sinalizações claras e legíveis são orientações dadas pela Cartilha da Política Nacional de Humanização à Saúde, que prima por um maior e melhor acesso dos usuários aos serviços de assistência (BRASIL, 2006b). Diante da grande e complexa estrutura

física do Hospital das Clínicas, com seus inúmeros andares, corredores e salas, é necessário um sistema informativo de qualidade para auxiliar os usuários que adentram o hospital. Apesar do Hospital das Clínicas já oferecer sinalizações através de placas, e informações sobre as localidades, através da portaria do hospital e dos balcões que se encontram em cada corredor, uma melhoria seriam placas com fontes de texto maiores e com cores mais evidentes, assim como faixas de destaque aderidas ao chão, para orientar os usuários e seus familiares ou representantes, sobre os caminhos que devem percorrer para chegar ao local pretendido.

Contudo, nota-se que essa transformação na sinalização de acesso ao hospital não é simples. A informação e sinalização dentro do contexto hospitalar envolvem todo um estudo da percepção do usuário e da ergonomia. A ergonomia aplicada a um ambiente tem a função de assegurar que as pessoas possam perceber o estado do mundo em dimensões relevantes, comparar seu estado desejado, escolher, e executar ações de controle apropriadas (PROENÇA et al., 1998). Na ergonomia é necessário considerar que o cérebro humano orienta a exploração do meio através dos diferentes sentidos, em função da experiência anterior, dos objetivos estabelecidos, e dos eventos que se sucedem. O homem percebe, sobretudo, as informações que estiver procurando. As outras apenas serão percebidas se estiverem em seu campo perceptivo, e se manifestarem de acordo com suas características físicas. Os aspectos que interferem na formação e na percepção da imagem são: tamanho do objeto, distância em que o objeto se encontra em relação ao seu observador, iluminação, cor do objeto, movimentos dos olhos e da cabeça e idade do observador (IIDA, 1995).

Considera-se, pois, a necessidade de estudos posteriores que avaliem e identifiquem as características gerais dos usuários atendidos pelo GRATA, para que se possa melhor apropriar os espaços e melhor dispor as sinalizações e informações, com vistas a orientação ergonômica.

Contudo, as informações não se restringem às sinalizações obtidas através de placas ou indicações visuais, mas se faz, em grande parte, através da comunicação oral entre profissional e usuário. Todavia, observa-se que essa comunicação oral entre equipe e usuário, em algumas vezes, não se realiza.

...porque às vezes têm mudanças e eles não avisam. Às vezes vai mudar algum médico, alguma coisa assim, aí quando você chega aqui já mudou. E às vezes você nem sabe que mudou.
(E15U)

O Ministério da Saúde, com a implantação do Programa Nacional de Humanização, entre as várias mudanças pretendidas, espera garantir informação e maior participação dos usuários ao serviço (SIMÕES et al., 2007). É, pois, esperado que o usuário esteja sempre

informado a respeito das alterações no serviço, no que concerne a sua estrutura física, organizacional e pessoal.

A Usuária 15 revela que não tinha conhecimentos sobre a mudança do médico. Assim, toda rede de relação estabelecida entre os usuários e o médico desligado do serviço foi alterada.

A tecnologia das relações se mostra uma das mais complexas, pois une conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais, presentes na relação de cuidado com seus pacientes. O profissional, envolvido na interação pessoa a pessoa, deve ter o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Qualquer relação entre profissional de saúde e paciente envolve um vínculo terapêutico que deve ser considerado no processo de tratamento. Há todo um emprego de habilidades, conhecimentos e disponibilidade por parte do profissional, que fazem dessa relação, uma relação diferenciada. A relação estabelecida no encontro entre aquele que cuida e o cliente é mediada por um espaço intersubjetivo que permite a comunicação e conduz a interação entre eles.

O usuário vincula-se ao profissional, pois nesse espaço relacional expõe a sua subjetividade e é alterado pela subjetividade do cuidador. Assim, o rompimento brusco dessas relações, tal como relata a usuária 15, pode causar toda uma série de conseqüências que podem vir a prejudicar o tratamento. Sentimentos de perplexidade e raiva podem emergir como tentativa do paciente elaborar a perda do profissional que antes estava vinculado.

Apesar de esforços do GRATA em manter o usuário sempre atualizado no decorrer das transformações do serviço, com os informes sendo transmitidos nos Grupos de Apoio Psicológico e nos atendimentos, nota-se ainda uma deficiência na comunicação de informações dos usuários externos ao GRATA, para com os usuários desse serviço. Relatos de usuários dizem da falta de informação e orientação das balconistas e da portaria do hospital, sobre os horários e as localidades das atividades do GRATA.

...o porteiro tem que ser informado que tem esse grupo. Ele tem que saber onde é. Aqui, por exemplo, no balcão, o pessoal tem que saber onde que está sendo o grupo. Porque às vezes tem paciente novo que não vai no grupo porque não sabe onde é. (E8U)

É necessário toda uma articulação entre a equipe do GRATA e os profissionais responsáveis por orientar os usuários do Hospital das Clínicas, tal com o porteiro e as balconistas dos corredores do ambulatório, para que o acesso ao serviço torne-se mais

facilitado. Informes com vistas a esclarecer os profissionais do hospital destinados a orientar os usuários sobre as atividades, localização e horários dos eventos realizados pelo GRATA, seriam de grande utilidade à população atendida.

A distribuição de impressos sobre as atividades realizadas pelo GRATA, para os balconistas dos corredores e para os porteiros do hospital, seria talvez um dispositivo que melhorasse o sistema informativo e de acesso às atividades do GRATA.

Como medida que facilita o acesso dos usuários, o GRATA já disponibiliza estagiários de psicologia, que geralmente se prontificam a orientar e informar novos usuários, ou aqueles desinformados, sobre os locais, horários e as atividades realizadas no tratamento.

Vê-se, portanto, que para um acolhimento efetivo é necessário todo um sistema informativo que insira o usuário dentro das novidades e transformações do serviço.

Voltando-se novamente ao tema da falta de salas para os atendimentos, no GRATA, o serviço já há tempos alçava outros espaços onde pudesse desenvolver seus atendimentos de maneira mais qualificada. Assim, no período da análise de dados desse estudo, o GRATA se transferiu do corredor da ortopedia para o corredor da pediatria do Hospital das Clínicas, adquirindo quatro salas.

Mas agora a gente conseguiu mais salas. A partir do mês que vem a gente vai estar contando com mais salas. Eu acho que o espaço físico vai melhorar (E3P).

Com o número de salas ampliado, o atendimento tornar-se-á mais rápido e eficiente. Os profissionais, com mais salas, poderão ocupar-se especificamente de uma, e atender os pacientes de maneira mais individualizada, com seus próprios materiais de trabalho, propiciando um maior vínculo e qualidade no atendimento.

Também, a sala de espera do novo corredor, mais ampla, poderá oferecer um espaço, de acordo com os relatos dos profissionais, para atividades terapêuticas e de apoio durante o aguardo dos atendimentos.

O Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares vem conquistando seu espaço no Hospital das Clínicas, desde o início de seus atendimentos até o momento atual. Se antes o GRATA residia no Ambulatório da Nutrologia, sendo um grupo que se utilizava deste ambulatório para exercer seus atendimentos, hoje o GRATA possui o seu próprio ambulatório designado: Ambulatório Multidisciplinar de Transtorno Alimentar.

...porque antes era o ambulatório da nutro, com uma outra sigla, a NUTI. (...) foi criado uma sigla, um ambulatório, MTA, para transtorno alimentar. (...) Então hoje a gente já tem duas salas, quer dizer, já foi um avanço. Agora... a gente precisa também de salas para grupos. (...) E há dois, três anos eu acho, nós estamos com uma sala mais fixa, no sexto andar. Que é onde é o Departamento de Clínica Médica e a Nutrologia fica ali. Então a gente vai brigando por espaço, a gente vai brigando por salas. (E2P)

Essa mudança deu ganhos ao grupo. Com seu próprio ambulatório o GRATA obteve duas salas fixas, que foram utilizadas até recentemente, para atendimentos, e está conseguindo usufruir, durante um longo período, de uma sala no Departamento de Clínica Médica, para as reuniões de equipe. Apesar de não ser fixa, o GRATA vem utilizando salas do Hospital das Clínicas para realizar o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas e os Grupos de Apoio Psicológico e de Orientação Médico Nutricional aos Familiares/Representantes.

Mesmo assim, o serviço já teve, e ainda tem de dividir o seu espaço físico com várias outras especialidades como, por exemplo, a ortopedia e a pediatria, já que se utilizou e utiliza de corredores onde reside mais de uma especialidade de tratamento.

Alguns profissionais não vêem problema algum em compartilhar o mesmo espaço de atendimento com diversas outras especialidades. No entanto, parece que esse empecilho é encontrado pelos pacientes que, por exemplo, sentiam-se incomodados em serem atendidos no mesmo ambulatório que os obesos, quando o atendimento era ainda às terças-feiras.

Talvez incomodasse as pacientes porque na época em que nós atendíamos as terças-feiras, eu te falei no início da entrevista, a gente atendia junto com o ambulatório de obesidade, e elas ficavam extremamente incomodadas, mas não a gente. (E6P)

Devido ao grande incômodo apresentado pelos usuários, fez-se necessário transferir o GRATA para o Ambulatório da Ortopedia, com o remanejamento de todo o horário de atendimento para as sextas-feiras.

Vê-se, portanto, a sutileza com que se deve ser tratado esses pacientes. Com personalidades que abarcam baixa auto-estima, a distorção da imagem corporal e o baixo controle dos impulsos, esses pacientes podem tornar-se agressivos consigo e com os outros (OLIVEIRA; SANTOS, 2006). A presença dos obesos, figura temida por anoréxicos e bulímicos, surtia como uma ameaça, onde os últimos viam-se agredidos com a mera presença desses pacientes. Portanto, observa-se que o ambulatório de transtornos alimentares deve possuir certos parâmetros para acolher os usuários e estabelecer um bom tratamento.

Um ambulatório unicamente para os transtornos alimentares seria o objetivo ideal de alguns profissionais. Ao não ter que dividir o espaço com outras especialidades, o GRATA poderia desenvolver um serviço especializado, que compreendesse conforto, locais adequados aos atendimentos e diversas outras atividades voltadas para esse paciente específico.

Eu acho que isso (não possuir um espaço exclusivo para o Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares) dificulta sim. Eu acho que se a gente tivesse um lugar só nosso, eu acho que a gente poderia pensar em conforto, fazer outras dinâmicas na sala de espera... (E7P)

Os profissionais vislumbram para o Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares, projetos e planejamentos de novas e melhores adequações do espaço utilizado, que se concretizam nas falas dos próprios usuários.

Durante as entrevistas, foi possibilitado aos usuários refletirem sobre o que mudariam na estrutura física do GRATA, caso houvessem maiores recursos e espaço disponível no hospital. Resultados interessantes emergiram, revelando que as mudanças na estrutura física pretendida pelos usuários, estão intimamente ligadas às características do transtorno.

Anoréxicas e bulímicas possuem com a alimentação uma relação extremamente conflituosa. Há uma relação dual com o objeto alimento, em que ao mesmo tempo em que é idolatrado, é odiado e sentido como impuro. A ansiedade dessas pacientes emerge pelo fato de que, apesar de o alimento ser terrivelmente temido, ele se mostra incrivelmente atraente (BIDAUD, 1998). Há uma luta interna difícil e constante para que essa voracidade não se torne desenfreada e produza o aumento de peso tão temido por essas pacientes.

Assim, os ganhos de calorias e o aumento da massa corporal não representam um mero “engordar”, mas toda uma personificação do descontrole e do fracasso obtido.

O fato de revelar o seu peso corporal, mesmo que ínfimo, é para algumas usuárias uma situação desconcertante e embaraçosa. O GRATA disponibiliza em seu corredor de atendimento uma balança na qual são pesadas as pacientes antes de entrarem para a consulta. Contudo, algumas revelaram um extremo desconforto quanto ao fato de serem avaliadas e medidas em um ambiente externo e pouco protegido.

...porque é muito humilhante para a gente pesar ali. A gente que já está com o psicológico muito... quebrado. Que nem, nós vemos, e você sobe ali, as pessoas ficam olhando. Eu acho uma humilhação. (E14U)

Usuária 15: ...quando eu vim para cá eu estranhei muito, porque quando eu tratava particular, era sem roupa. Não podia pesar nem com o brinco, a médica me fazia tirar tudo. Então eu ficava bem mais segura. Agora ali não, ali a gente pesa com roupa. Às vezes até com sapato a gente pesa.

Pesquisadora: fica mais segura em que sentido?

Usuária 15: com o peso, porque eu sabia que eu estava com o peso certo, que eu não estava com nada, com roupa, com nada.

Depreendem-se das falas descritas acima alguns fatores: a demanda para um espaço privativo que acolha e acomode os usuários de acordo com suas necessidades, durante a pesagem; a reorientação dos procedimentos utilizados durante a pesagem, com vistas à humanização do atendimento; e a necessidade de uma padronização do procedimento de pesagem adotado.

A consolidação da privacidade no atendimento é importante, pois, é um dos elementos basilares na construção da relação de confiança entre o usuário e o profissional. Sem essa privacidade, a confiança, necessária para a formação de vínculos promotores do acolhimento, é reduzida provocando, conseqüentemente, o retraimento das potencialidades do serviço (SACARDO, 2001).

Uma sala reservada para a mensuração do peso das usuárias é relevante, pois, garante conforto e bem estar aos procedimentos. É uma reorganização do acesso que se volta inteiramente para as necessidades e demandas das pacientes com transtornos alimentares, permitindo que os procedimentos visem um atendimento mais humanizado e centrado nas usuárias.

No entanto, o que é visto nos contextos de produção de saúde brasileiros revela-se bastante diferente. Há certa forma em lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades, em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos ao qual o trabalho se destina (BRASIL, 2006b).

Vê-se, portanto, uma inversão no processo de cuidado, onde são dados maiores considerações e importâncias aos procedimentos e a eliminação da doença ou sintoma, do que ao ser e a complexidade de seu sofrimento.

A mensuração do peso é um procedimento essencial para o tratamento de transtornos alimentares, e não deve ser descartada. Contudo, tal procedimento poderia ser remanejado para espaços mais privativos e confortáveis. Em um ambiente mais agradável, com materiais, móveis e decoração dispostos para tal tarefa, talvez a mensuração do peso se torne menos árdua para essas pacientes, e a relação entre usuário e profissional, nessa situação, torne-se mais amena e confortável.

Ademais, pontua-se outro fator revelado pela Usuária 15. Ao comparar a forma como é feita a mensuração do peso entre os dois serviços de assistência aos transtornos alimentares, observa-se diferenças nos procedimentos adotados por cada um. Enquanto o serviço particular, citado pela Usuária 15, adota a pesagem sem qualquer vestimenta ou acessório aderido ao corpo, o GRATA mensura o peso não descartando os pesos da roupa e dos acessórios utilizados pela paciente. Há desvantagens nesse modo de procedimento. A profissional responsável pela mensuração termina por não saber qual é o peso exato da usuária já que, sapatos, calças de tecidos mais pesados, como sarja ou jeans, ou adereços metálicos, podem variar muito o peso original da paciente.

Principalmente na situação das anoréxicas, onde o ganho de peso é lento e gradual e a perda da massa corpórea é um fenômeno freqüente, e que precisa ser acompanhado com atenção e cuidado, a aferição do peso com excessos de roupas e acessórios podem interferir na avaliação de cada caso. Além disso, é desconfortável e angustiante para anoréxicas e bulímicas não obterem conhecimento de seu peso exato. Muitas vezes, pacientes com transtornos alimentares aferem seus pesos em diversas balanças, em um comportamento paranóico e obsessivo sem, contudo, satisfazerem-se com os resultados adquiridos nas diversas pesagens. É, pois, necessário que os procedimentos de pesagem sejam padronizados nos atendimentos, para que o ato de se pesar possa tornar-se agradável. Através de um espaço íntimo e ambientado para tal, com procedimentos padronizados e confiáveis para essa ação, o profissional poderá conduzir e sensibilizar as usuárias para um ato de pesar mais agradável, seguro e atencioso.

Um ambulatório exclusivo para os transtornos alimentares poderia, outrossim, garantir outras importantes contribuições de acesso.

A possibilidade de um espaço específico ao GRATA ampliaria o número de salas, adequaria melhor o espaço e garantiria melhores e maiores recursos para atender a demanda crescente de pacientes com transtornos alimentares.

...porque aí você ia ter condições de ter mais salas, mais profissionais, e atender um numero maior de pacientes. Você teria um atendimento mais... não só personalizado, mas mais incisivo. (E13U)

Existe uma longa fila de espera de pacientes que desejam serem atendidos pelo serviço de assistência do GRATA. Entretanto, diante do limitado número de salas, materiais e recursos disponíveis, é necessário que o GRATA restrinja o atendimento de casos novos e número de pacientes atendidos.

Dados apontam para o aumento crescente da incidência de distúrbios relacionados à obesidade e aos padrões inadequados de conduta alimentar no mundo. O número de casos desses distúrbios mostra-se cada vez maior e suas ocorrências cada vez mais precoces (AMBROSI-RANDIC, 2000; DAVISON; BIRCH, 2001; DIETZ, 1998).

Estima-se uma frequência entre 2 à 4 casos entre 1.000 adolescentes, dos transtornos alimentares nas sociedades ocidentais (BRUSSET, 2001). Sendo considerada uma patologia grave, as taxas de mortalidade da anorexia chegam a 5% quando associadas a diagnóstico e tratamento tardio (SCHMIDT; MATTA, 2008). É importante, pois, que setores públicos reconheçam a necessidade de se investir em políticas públicas e em incentivos técnicos e financeiros para ampliar o cuidado e a atenção referentes aos transtornos alimentares. Visto que a rapidez no diagnóstico e no tratamento desses transtornos são fatores que contribuem significativamente para a sobrevivência dessas pacientes, ampliar os recursos investidos na qualificação e ampliação do espaço, capacitação profissional e investimentos técnicos, promoveria melhores chances de cura e resolução dos casos.

Da mesma forma, além de possibilitar o atendimento de um maior número de casos, promovendo maiores possibilidades de cura e menos gastos ao sistema de saúde, investimentos direcionados à ampliação e capacitação do atendimento teriam resultados diretos sobre as dimensões do acolhimento. A postura do profissional, melhor qualificação técnica, melhores níveis de supervisão e de acesso seriam resultados imediatos dos incentivos e políticas voltadas a esse setor.

Os usuários apontam, ainda, outros aspectos do acesso que poderiam ser melhorados com incentivos, por exemplo, destinados a estrutura física do serviço de assistência em transtornos alimentares.

Através da ampliação e melhoramentos dos locais de atendimento, por meio de investimentos instrumentais e financeiros, poderia ser construído um espaço estruturado e organizado para o atendimento exclusivo dos transtornos alimentares, que garantiria um melhor nível de privacidade e conforto às usuárias.

...ah, isso é essencial, porque você não ficaria misturado no meio das outras pessoas que não conhecem o seu problema. Eu particularmente acho que as meninas fisicamente aparecem mais, são mais magras. Usam sondas, as pessoas ficam olhando, ficam comentando. Eu, particularmente, acho que isso seria essencial. (E14U)

Ao ter de dividir o corredor de atendimento do Hospital das Clínicas com diversas outras patologias, algumas pacientes sentem-se incomodadas diante da exposição ao qual estão submetidas. Muito emagrecidas e desnutridas, chamam a atenção pelo seu aspecto adoecido e debilitado.

A sensação de conforto e bem estar diz-se relevante no processo de acolhimento (RAMOS; LIMA, 2003). Porém, a divisão de espaços com outras especialidades de atendimento reduz a privacidade das usuárias, e limitam o número de cadeiras durante a sala de espera, fazendo com que as usuárias se desloquem para outros locais, mais distantes das salas de atendimento.

...uma que ali (no corredor de espera) não tem nem como ficar. A gente sempre fica aqui no corredor, tudo. Então eu acho que seria bem melhor do que ficar aonde a gente fica e a sala em outro lugar. Às vezes a gente nem escuta o médico chamar, tem que vir chamar a gente. Porque lá é um corredor muito pequeno e não cabe quase ninguém. (E15U)

A falta espaços é um agravante que não ocorre somente na sala de espera, mas que também se observa nos locais de internação. A falta de leitos para internação é também um dos fatores que dificulta um acesso maior à assistência. Pela grande demanda de internações, o Hospital das Clínicas disponibiliza poucos leitos para os usuários do GRATA. Os pacientes do GRATA que necessitam ser internados, devem entrar em uma longa fila de espera para adquirirem uma vaga.

Mas agora está muito esgotado, o atendimento está sobrecarregado, a demanda está muito grande, então eu acho que falta (leitos de internação). Na metabólica ter mais leitos para as meninas, para nós, quando a gente precisar. Até porque o período de internação demora muito. Até abrir o processo, abrir uma vaga, então é muito difícil conseguir uma vaga. Até porque o espaço é pouco na metabólica. Duas ou três camas a gente tem direito, vamos dizer assim. (E12U)

De acordo com a Usuária 12, pelo pouco espaço existente na Unidade Metabólica, são reservados aos pacientes do GRATA dois ou três leitos em um período longo de espera, conforme corrobora a Usuária 6 abaixo:

...no dia que eu precisei não tinha leitos... (E6U)

O acesso aos leitos não é imediato. Sendo que, em casos de urgência, as usuárias devem aguardar a vaga de leitos para internação na Unidade Metabólica, ou no setor de internação psiquiátrica do Hospital das Clínicas.

A internação é um período delicado aos usuários, e deve ser muito bem planejada de forma a iniciar o processo de reestabelecimento, não só das condições orgânicas do paciente, mas de sua dimensão psíquica e social.

A necessidade de um preparo específico dos profissionais para se lidar com pacientes anoréxicos e bulímicos em condições de internação decorre do fato de que, nessas situações, o quadro clínico está agravado e o paciente apresenta intensas distorções da imagem corporal. Quando ocorre a necessidade de uma internação, é quando o paciente se encontra em um dos momentos mais críticos do transtorno. Além da debilidade orgânica e nutricional, muitas vezes são pacientes que já se encontram em intenso prejuízo social, apresentando afastamento das redes sociais, rupturas e dificuldades nos relacionamentos (MORAIS, 2006).

Cabe então ao profissional certa habilidade em conter e acolher sentimentos intensos, que emergem da angústia e frustração dos usuários que estão internados, e posturas firmes e decididas ao lidarem com as recusas dos pacientes em se alimentarem, ou aceitarem os procedimentos administrados, tal como sondas e medicamentos.

Os pacientes em momentos de internação são, muitas vezes, agressivos, estressados e esquivos. A internação obriga o paciente a se adequar a um ambiente novo e a uma rotina de procedimentos ao qual não está acostumado. O ambiente hospitalar, muitas vezes sentido como um ambiente impessoal e assustador, causa desconforto à maioria dos pacientes que dele se utiliza. Esse pavor é potencializado, nos casos dos transtornos alimentares, pois a internação implica em uma readequação dos hábitos alimentares.

Vê-se, portanto, a necessidade de investimentos na criação e disponibilização de mais leitos de internação, para os usuários com anorexia e bulimia nervosas, no Hospital das Clínicas. A internação, sendo feita de maneira próxima e por uma equipe preparada e capacitada para tal, permite um acompanhamento mais qualificado desses usuários. Ao oferecer profissionais habilitados e uma estrutura que assiste esses pacientes de forma mais ampla e capacitada, a internação, sendo um momento complexo e difícil na vida do paciente, pode tornar-se facilitada.

Deve-se pensar com bastante cuidado e atenção sobre esse ambiente de internação, pois se refere, em muitos casos, a um dos primeiros momentos de aproximação do usuário com o novo tratamento, e devido a isso, a internação deve dar-se de maneira mais humana e agradável

possível. Contudo, relatos apontam para algum desconforto das usuárias quando são internadas junto à pacientes com diversas outras patologias.

...aqui no HC (Hospital das Clínicas) deveria ter um setor especializado para esse tipo de atendimento. (...) ter um lugar específico para a internação. Porque não existe, ou você interna numa enfermaria que tem gastro, junto (...), ou você vai na unidade metabólica, fica uma paciente internada só com outros pacientes que têm intestino curto, ou digestivo, que não tem na a ver com seu problema. (...) (uma ala de internação) só para anorexia e bulimia, só para transtornos alimentares. Fora a obesidade, obesidade teria que ser separado. (E8U)

Dada as dificuldades em se mover recursos para se estruturar uma ala de internação exclusiva aos transtornos alimentares, para que essas usuárias sintam-se mais protegidas e confortáveis, é considerável um processo de acolhimento e continência das emoções feita pelos profissionais, que permita um melhor acesso do usuário a essa nova etapa do tratamento.

Psicólogos e terapeutas ocupacionais já desenvolvem no GRATA um trabalho com vistas a melhorar o estado emocional e relacional dessas usuárias durante a internação. Assim, através da atuação desses profissionais, há um espaço de vivência que permite refletir sobre a situação de internação e os conflitos, dificuldades e angustias relacionada a esse fato. Com esse apoio, o estresse e o desgaste se tornam mais tênues, o que aumenta as possibilidades de uma recuperação mais rápida. Igualmente, esse acompanhamento feito em um dos primeiros momentos de acesso do paciente ao serviço, através de sua internação, pode aumentar os níveis de adesão do usuário ao tratamento.

6.3.2.1 Dimensão Temporal

O acesso funcional compreende a entrada e a inserção dos usuários ao serviço de saúde, incluindo os horários previstos de atendimento (RAMOS; LIMA, 2003). Dessa forma, vê-se que o fator temporal é também um aspecto que deve ser considerado, quando se refere ao acolhimento dentro de um serviço de saúde.

Os horários de entrada e saída dos atendimentos, e os períodos do dia em que eles ocorrem fazem parte de uma organização pensada e estruturada para conduzir a uma maior acessibilidade e conforto dos usuários ao atendimento. Assim, compreender como os usuários percebem e avaliam os horários e os períodos em que o atendimento ocorre é importante ao acolhimento.

Os resultados sugerem que há, entre os usuários, certa relatividade quanto ao período de preferência para os atendimentos. Enquanto alguns preferem o período da tarde, outros consideram o período da manhã muito mais proveitoso.

Há pessoas que preferem o período da manhã por diversos fatores.

...(de manhã) se você precisar de medicação, alguma coisa, você tem tempo para ser feito dentro do ambulatório. (E8U)

...como eu moro em X (nome da cidade em região fora de Ribeirão Preto) eu acho bem melhor você vir de manhã e você é liberada mais... é melhor porque à tarde é muito cansativo, entendeu? Parece que à tarde o dia é longo e é cansativo para a gente. Eu chego na minha casa quase de noite. (E9U)

...às vezes a gente tem que fazer exame, eu sou de “R” (nome da cidade em região fora de Ribeirão Preto), eu chego aqui oito horas da manhã para fazer exame. Aí eu tenho que esperar – vamos supor que nove e meia eu já sou atendida – até meio dia para eu poder ser chamada, entendeu? E eu fico sem fazer nada aqui, eu perco um dia. Se fosse de manhã, eu vinha, já fazia o exame aqui, já atendia e já ia embora. Então eu já tinha à tarde para trabalhar. (E13U)

Muitos usuários disseram que o período da manhã é melhor porque disponibiliza mais tempo para que os pacientes recebam a medicação ou a reposição, por exemplo, de potássio, elemento químico muitas vezes deficientes nas anoréxicas. A reposição do potássio, tal como outros tipos de administração medicamentosa, é um procedimento realizado lenta e gradualmente, demorando em torno de uma hora para ser finalizado. No período da tarde, quando realizado esse procedimento, as usuárias devem aguardar até períodos avançados da tarde para poderem finalizar a administração e, então, retornarem as suas residências. No período da manhã, todavia, poderiam retornar as suas residências logo de manhã, não necessitando prolongar o atendimento até quase o final da tarde.

Vê-se também que o horário da manhã é melhor para aqueles usuários que realizam exames laboratoriais. Para a realização dos exames é necessário que o paciente esteja no hospital bem cedo, geralmente em jejum, para coletar a primeira urina ou o sangue. O horário da tarde é dificultoso para quem realiza tal procedimento, pois devem realizar o exame de manhã e esperar até à tarde, no hospital, para serem atendidos pelo GRATA. Caso o atendimento fosse realizado de manhã, atendimentos e exames seriam feitos no mesmo período, o que demandaria menos tempo dos usuários no recinto do hospital.

Ainda, há aqueles que moram em outras localidades fora da cidade de Ribeirão Preto. O período da manhã é considerado melhor, pois o atendimento se dá já no período da manhã e o paciente e seus familiares ou acompanhantes podem retornar mais cedo para as suas casas, aproveitando o final da tarde e da noite.

No entanto, como uma exceção, há aqueles usuários que se adéquam melhor ao período da tarde, pois estão muito sonolentos de manhã, e não conseguem vir ao serviço regularmente, ou apreender o que os Grupos e os atendimentos lhe oferecem e orientam.

...(terça-feira) ah, era muito cedo, eu tinha sono, eu quase não vinha. (...) eu não produzo de manhã. (E3U)

Vê-se assim, que por um fator particular e de preferência pessoal, alguns usuários se adéquam melhor ao período da tarde, apesar de essa preferência ter sido menos freqüente nos resultados.

Além da questão dos períodos de atendimento, outro fator que se destacou foi à preferência pela realização do atendimento às sextas-feiras, ao invés de dias no começo da semana.

...prefiro na sexta. (...) Porque segunda-feira e terça-feira, para mim, é muito difícil. (E13U)

Pelo fato de sexta-feira ter proximidade com o final de semana, isto facilita que pacientes sejam dispensados do trabalho e dos estudos com maior facilidade, já que terão, apenas, um dia de falta e, para aqueles que moram em outras cidades, o final de semana possa ser utilizado como um período excedente para o deslocamento desses usuários entre o serviço e sua residência, e reciprocamente.

Dessa forma, os resultados sobre a dimensão temporal sugerem que o dia de sexta e o período da manhã são melhores momentos para os atendimentos, de acordo com a maioria dos usuários.

6.4 REORIENTAÇÃO DE SERVIÇOS

A reorientação compreende toda a mudança técnica, organizacional e estrutural, com vistas ao melhoramento do serviço. É uma reavaliação e reestruturação do processo de trabalho, do projeto institucional e da estrutura física, se necessários, para atender adequadamente as necessidades dos usuários. Ela se faz com um constante trabalho de

supervisão e capacitação, ao identificar e propor maneiras de suprir os pontos deficientes e inadequados do atendimento. Com essa avaliação, se pensa novas formas de rever e remodelar o projeto institucional, o processo de trabalho e a estrutura física, visando um melhor acolhimento.

O projeto institucional é a base que orienta o trabalho dos profissionais, o processo em equipe e a busca de capacitação. A supervisão e a constante capacitação são importantes, para o projeto institucional, pois organizam o serviço e almejam por um acolhimento ideal, através da articulação entre atitude e técnica (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). O cotidiano no serviço é orientado por meio de uma concepção de atendimento, previsto no projeto institucional, que possui diretrizes, normas e objetivos específicos. O GRATA, em seu serviço, segue as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) por estar vinculado a um hospital público (SILVA; SANTOS, 2006).

Assim, de acordo com a Lei 8.080 (BRASIL, 1990) do SUS, o GRATA se propõe a um atendimento que se dá de maneira *universal*, acessível a todos os usuários, e ao qual todos têm direito. Prevê a *integralidade*, sendo um serviço articulado com outros serviços de natureza curativa e preventiva, individuais e coletivos e em todos os níveis de complexidade. Possui um alto grau de *hierarquização*, ao estar inserido em um hospital universitário de referência abrangente, de mais de um município, para atendimentos de casos complexos. É, pois, um serviço que também abarca a *equidade* por oferecer assistência a todos, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Além disso, garante *informação* as pessoas assistidas e *divulgação* do seu serviço para a população, todas essas diretrizes preconizadas pelo SUS (BRASIL, 1990).

Ao realizar um serviço interdisciplinar, que abrange a assistência das várias áreas acometidas pelo transtorno, e seguir as diretrizes do SUS como *universalidade*, *integralidade* e *equidade*, o GRATA deve se organizar de modo a atender as exigências dos usuários e os deveres de um serviço público de saúde. Deve, pois, dentro de um serviço público de saúde, prover assistência integral e resolutiva aos pacientes diagnosticados com transtornos de alimentação, através de uma equipe interdisciplinar e de uma estrutura física e organizacional, que apóie e forneça possibilidades à realização efetiva dos atendimentos.

Para tanto, foi visto a necessidade de um constante processo de capacitação e supervisão para que o GRATA atinja as estruturas física, organizacionais e técnicas necessárias por acolher o usuário de maneira mais efetiva e resolutiva.

Com o objetivo de qualificar e ampliar a produção de cuidados em serviços de saúde, o acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho. Ao identificar as

demandas dos usuários e reorganizar o serviço, haveria a ampliação do acesso, a qualificação, e a humanização do atendimento (MALTA; MERHY, 2002).

Para tanto, é necessária a tarefa de avaliar e supervisionar os processos de trabalho, com alvo a reorganizar o serviço, de modo que ele se torne mais coerente e próximo ao projeto institucional que possui como diretriz básica (SILVA JÚNIOR; MACARENHAS, 2004).

Esse “terceiro olhar” adquirido através da supervisão auxilia a equipe de assistência a observar e analisar a dinâmica do serviço, identificando as deficiências e propondo soluções centradas nas necessidades e expectativas do usuário. No GRATA, esse terceiro olhar compreende as capacitações e supervisões que o serviço vem realizando ao longo de sua existência.

Há alguns anos o GRATA realizou supervisões e capacitações com o *Instituto Familie*, que dá assistência a famílias e a equipes profissionais através da terapia familiar sistêmica.

De um modo geral, a terapia familiar sistêmica compreende a família como um sistema aberto que se auto-governa através de regras que modelam a comunicação existente entre os membros, e mantém um padrão de interdependência entre eles. Traz como fator relevante, o fato de considerar o “doente” como o representante circunstancial de alguma disfunção no sistema familiar. Assim, enquanto práticas tradicionais psicoterapêuticas afirmam que o transtorno mental se manifesta por conflitos internos, originados predominantemente no indivíduo, o modelo sistêmico aborda a origem do transtorno como uma expressão de padrões inadequados oriundos das interações familiares. O modelo sistêmico considera relevante, pois, desenvolver uma terapêutica com a família que se encontra em uma estrutura patológica, com o objetivo de identificar e elaborar suas dificuldades de interação interna, e com o meio que a cerca (CARNEIRO, 1996).

Dessa forma, o GRATA pôde, através do *Instituto Familie*, desenvolver atividades e capacitações que visaram melhorar a dinâmica inter relacional da equipe, avaliar seus conflitos latentes e manifestos e propor soluções mais adequadas as dificuldades emersas durante o cotidiano do serviço.

Como consequência do trabalho desenvolvido por este instituto, os profissionais apontam o aumento da tolerância quanto às diferenças presentes na equipe interdisciplinar, e um maior respeito para com as idéias e especificidades dos diversos profissionais presentes na equipe.

A gente acaba entendendo mais o trabalho em equipe. As diferenças entre os membros. A gente acaba respeitando mais o olhar do outro. A gente acaba sabendo lidar mais com os confrontos. (E2P)

Rever a dinâmica relacional que acontece intra equipe e modificá-la, se necessário, é importante, pois, a postura de acolhimento e escuta também é pensada nas relações dos profissionais de equipe de saúde entre si, e entre os níveis de hierarquia da gestão do serviço. Dessa forma, não só as relações entre os profissionais da mesma equipe, mas as relações que se dão hierarquicamente dentro do contexto do serviço de saúde, com seus gestores e órgãos superiores, devem realizar-se de forma democrática. Por democracia entendem-se atitudes que estimulem a participação, autonomia e decisão coletiva dos membros da equipe. Só assim será possível rever e reformular novas práticas de saúde mais centradas nos usuários (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Os conflitos latentes que se manifestam nas relações entre profissionais são importantes obstáculos que atravancam as possibilidades de uma comunicação mais aberta, e promotora de decisões que envolvam todos os membros presentes na equipe. Dessa forma, sem um trabalho de supervisão e de orientação que explicitam quais são as dificuldades, obstáculos e sentimentos que entram o processo de cuidado, torna-se difícil encontrar caminhos, e desenvolver meios mais saudáveis ao tratamento.

Porque muita coisinha passa batida. Às vezes você não gostou de uma coisa, mas tudo bem, aí foi. Ou às vezes você não está contente com tal atendimento, ou tal momento, aí também passa. Isso, quer queira, quer não, vai ficando e talvez vai causando um desanimo no profissional ou às vezes até uma dificuldade. Então à medida que você consegue trabalhar isso com uma técnica própria, com profissionais que possam te ajudar adequadamente, eu acho excelente. (E6P)

A terapia de equipe desenvolvida pelo *Famílie* permitiu um espaço onde as angústias e dificuldades profissionais pudessem ser colocadas. Com isso, conforme a fala do Profissional 6, pôde haver uma clarificação das dúvidas e conflitos existentes intra-equipe, resolvendo-se dificuldades latentes que poderiam se agravar se não expressas no momento e no local adequado.

Houve ainda outro benefício dessa intervenção. Conforme as falas dos profissionais, o *Instituto Famílie* ofereceu recursos que foram além da supervisão, mas que promoveram aprendizado de técnicas para lidar mais adequadamente com a dinâmica conflituosa que se estabelece entre familiares e usuários.

...e o *Famílie* durante muito tempo (...) prestou uma ajuda muito grande para nós, acolhendo os membros do GRATA para trabalhar a questão do transtorno alimentar junto a família. (E1P)

O fato de se abordar o cuidado, de modo que ele vá além da assistência exclusiva ao doente, mas que envolva de maneira ampla, toda a sua família e rede social, expressa uma compreensão de um cuidado à saúde mais amplo. A busca contínua em ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional caracteriza a integralidade pretendida pelo acolhimento (MATTOS, 2001).

Para os transtornos alimentares, a supervisão com alvo a capacitar os profissionais a intervirem e melhorarem as relações familiares dos usuários é outro benefício valioso identificado como um dos resultados do trabalho desenvolvido pelo Instituto.

Dessa forma, as supervisões e capacitações atingem um sentido maior do que apenas tornar mais qualificada a relação usuário-profissional, mas garante estratégias e ferramentas para que toda a rede social pertencente ao usuário possa também ser pensada como população alvo de intervenção e considerada como parte do tratamento pretendido.

Um avanço adquirido na relação usuário-profissional, através das supervisões do instituto, foi a habilidade de apreender a linguagem não-verbal do usuário.

Porque numa discussão com um paciente, um pensa de um jeito, outro pensa de outro, e como é que faz isso? As questões que são veladas. A comunicação não verbal. (...) A gente tem mais recursos para trabalhar com o paciente aquilo que ele não fala, aquilo que está por trás. (E2P)

Os profissionais manifestaram o aprendizado de técnicas para lidar melhor com os conflitos oriundos da relação usuário-profissional, quando esses não eram expressos verbalmente e se reduziam, por exemplo, a sinais de nervosismo ou ansiedade de difícil compreensão. Através do uso dessas técnicas, foi possível elevar o nível de compreensão e empatia na relação usuário-profissional, abrindo acesso às questões veladas e aos conflitos latentes dos usuários.

Em verdade, apesar de não ter sido freqüentada por todos os profissionais, mas apenas por aqueles mais atuantes, conforme foi relatado por um dos profissionais, a terapia familiar desenvolvida no GRATA deixou heranças. Muitos profissionais ressaltam que gostariam de reviver essa experiência e muitos buscam formas alternativas de manter um processo de reavaliação e capacitação da equipe.

E hoje não tem mais isso (a terapia familiar do *Familie*). Então eu sinto essa falta. E (...) até foi uma idéia (...) da gente estudar mais sobre transtornos alimentares. Assim... de artigos novos que saem. (...) E que a gente tem trabalhado com a idéia, e tem dado certo, de cada profissional ir apresentar alguma coisa na sexta-feira de manhã, além da discussão dos casos. (...) eu acho que isso tem sido legal também, eu acho que isso é importante para a gente manter também essa idéia de estar atualizado, de pensar em novos meios para trabalhar. (E6P)

Mesmo a equipe se propondo à leitura de novos artigos sobre os transtornos alimentares e desenvolvendo seminários para reflexão e debate, o que conduz a uma atualização, há ainda a falta de um olhar externo a equipe que supervisione tanto os casos atendidos pelo GRATA, quanto a dinâmica interna da equipe.

Com essa necessidade o GRATA, no momento de realização deste estudo, estava estabelecendo um contrato com uma psicanalista que iria supervisionar os casos clínicos e o trabalho da equipe.

E depois a equipe precisa de supervisão externa de preferência. Então isso a gente teve com o Instituto *Familie*. E agora nós temos uma pessoa voluntária também que se interessou pelo nosso trabalho, que é uma psicanalista (...) E agora a idéia... ela está um pouco afastada do grupo esse ano. Ela ainda não voltou efetivamente. Mas a idéia é que ela pense em alguma proposta de trabalho com a gente. A gente tem duas demandas importantes que ela podia ajudar: a discussão de casos clínicos, numa visão de uma psicanalista, casos difíceis, que a gente está tendo dificuldade de manejo. E a outra muito importante é o trabalho com a equipe.

O acolhimento no serviço de saúde pode ser entendido como uma rede de conversações (TEIXEIRA, 2003). Assim, o acolhimento se faz na prática, através do diálogo aberto e franco entre os profissionais que compõe a equipe interdisciplinar. Vê-se dessa necessidade, a busca dos profissionais do GRATA por espaços que promovam um diálogo promissor e bem orientado sobre o serviço. Apesar da leitura dos artigos e apresentação de seminários sobre os transtornos alimentares serem essenciais à reciclagem e qualificação do tratamento, é imprescindível que haja espaços de supervisão onde se possa discutir, identificar problemas e planejar propostas e intervenções sobre o serviço, em busca do acolhimento pretendido.

A equipe entende a importância de se manter sempre bem orientada e capacitada. No entanto, essa supervisão e capacitação não se restringem apenas a equipe como um todo, mas também se aplica ao nível vertical, onde cada profissional se submete a uma capacitação individual. O fato de existirem alguns profissionais que fazem terapia psicológica, ou a sua vontade em realizá-la, foi um fato presente nas entrevistas.

Eu acho que psicoterapia, para quem mexe com saúde mental, eu acho que é muito importante sim. Até porque para você poder ajudar, para você poder estar contribuindo de forma positiva para o tratamento do paciente é interessante que você esteja bem, é interessante que você esteja tendo mais noção do que acontece com você mesma. Então seria muito interessante se isso fosse possível. (E3P)

O cuidar de pacientes com transtornos alimentares exige um alto grau de disponibilidade interna e compreensão, para suportar os freqüentes ataques, boicotes e desconfianças (CHANDLER, 1998). Para tanto, estar bem psiquicamente é um requisito importante para obter a postura necessária capaz de desenvolver vínculos com esses pacientes. Atento sobre quais são seus conflitos internos e dificuldades, o profissional possui maior controle sobre os seus mecanismos psíquicos, tais como a projeção ou as transferências positivas e negativas.

Na projeção, o ego rechaça conteúdos ameaçadores ou amorosos, projetando-os no mundo externo (FREUD, 1996b). Assim, na transferência negativa, o paciente pode projetar sentimentos hostis sobre a figura do terapeuta. Na transferência positiva, considerada por Freud como condição necessária para que haja uma relação terapêutica bem sucedida, o paciente projeta no terapeuta sentimentos amistosos e amorosos (FREUD, 1996a).

Dessa forma, para estabelecer uma relação terapêutica consolidada, é necessário que o profissional esteja ciente de seus conflitos internos e tenha discernimento dos conteúdos projetados e introjetados no decorrer da relação terapêutica.

Uma boa relação terapêutica entre profissional e usuário é uma condição fundamental para o estabelecimento do acolhimento, pois permite a consolidação do vínculo do usuário com o serviço. Uma das dimensões do vínculo refere-se justamente a relação terapêutica. Ela, em si, deve levar em consideração questões como a escuta, a divisão de responsabilidades, o autoconhecimento (ou o conhecimento do outro por parte do profissional) e os elementos de transferência e contratransferência (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). Só através desse trabalho interno e de capacitações para desenvolver uma escuta qualificada, que o profissional alcançará a singularidade e a subjetividade em cada relacionamento, e estabelecerá uma relação efetiva e resolutiva quanto às demandas do paciente.

Ademais, não descartando o desenvolvimento atingido através de uma psicoterapia individual, os profissionais, sempre que necessário, recorrem ao auxílio da própria equipe do GRATA para ampliarem a compreensão e o entendimento de cada caso.

E a equipe... eu acho que a equipe também é um apoio quando você está com aquele paciente muito complicado, às vezes a gente pega muito para a gente o que o paciente traz. Então eu acho que a equipe vai ser um local de comunicação e acolhimento. (E7P)

A equipe parece exercer o papel de apoio e supervisão para os casos mais complexos e difíceis. É um local de reflexão e elaboração, onde o diálogo entre profissionais que lidam com a mesma situação permite o compartilhamento de experiências comuns, o aprendizado dos menos experientes e o apoio daqueles com mais anos de serviço.

Recorrendo a profissionais mais experientes ou a opiniões de profissionais de outras especialidades, surgem soluções e caminhos antes não percebidos por aquele profissional envolvido no caso. Desta forma, a importância de um trabalho em equipe se mostra na busca de meios mais refinados e resolutivos para aquela dificuldade, através da construção conjunta, a partir dos vários conhecimentos disponíveis na equipe.

Vê-se, portanto, que o GRATA de maneira flexível e bastante criativa, está sempre buscando meios para se capacitar e avaliar, de modo que a reflexão sobre os processos de trabalho e sobre as necessidades do serviço se fazem de maneira contínua e constante.

6.5 OS ELEMENTOS COMUNS À POSTURA, TÉCNICA, ACESSO E REORIENTAÇÃO DE SERVIÇOS

Dentre as dimensões do acolhimento aqui apresentadas (Postura, Técnica, Acesso e Reorientação de Serviços), foram identificados alguns elementos que estão intrinsecamente relacionados ao acolhimento em saúde e que atravessam essas diferentes dimensões do serviço, possibilitando que um atendimento usuário-centrado e de qualidade aconteça. São elas: *integralidade no serviço, intersetorialidade, interdisciplinaridade, formação profissional (capacitação e supervisão), vínculo (afetividade, relação terapêutica, continuidade, responsabilização do profissional e protagonismo dos sujeitos envolvidos) e humanização do atendimento (atendimento usuário-centrado).*

Pretende-se, a partir desses vários elementos, oferecer uma visão geral do serviço e como as várias dimensões articulam-se entre si.

De acordo com Silva Júnior e Mascarenhas (2004), “acolhimento”, “vínculo” e “Qualidade da Atenção” são elementos que se entrelaçam e confluem para a produção de saúde dentro de um serviço. São elementos que estão presentes em dimensões maiores da atenção à saúde.

Acolhimento, vínculo e Qualidade da Atenção estão imersos em um processo de trabalho em saúde, que por sua vez, está inserido no complexo conceito de integralidade, inerente a determinado modelo assistencial.

Assim, o modelo assistencial com alvo a integralidade do ser atendido, resulta em determinado processo de trabalho, que na prática busca, através do acolhimento e do vínculo do usuário atendido, uma maior qualidade da atenção à saúde.

A ação integral aplicada à noção do cuidado em saúde é um conceito complexo, pois a noção de cuidado refere-se a uma ação integral, onde o cuidado não se reduz a um nível de atenção do sistema em saúde, ou a um procedimento técnico simplificado, mas abrange significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). É, pois, o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento e fragilidade social (LUZ, 2004b).

Como um dispositivo político, a integralidade critica saberes e poderes instituídos sobre a saúde, com alvo a habilitar e engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde. É um dispositivo jurídico-institucional, com o objetivo de assegurar aos indivíduos a atenção à saúde dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos/coletividades, em suas singularidades (BRASIL, 1993). É, pois, uma prática social que considera a diversidade e pluralidade da realidade que são intrínsecas à dinâmica social e aos movimentos dos sujeitos em nossa sociedade.

Dessa forma, a atitude de cuidado, que busca compreender o processo saúde-doença em suas várias dimensões, e como ele afeta os indivíduos e coletividades, apreende a natureza complexa da integralidade no conceito de saúde.

No GRATA, vários elementos do serviço revelam a busca da *integralidade* aplicada à prática do cuidar. O próprio fator de oferecer aos usuários uma equipe interdisciplinar, que aborda as várias dimensões do sujeito atendido, já mostra uma compreensão de saúde, que vai além do mero tratamento biomédico e curativo. Talvez, uma das atividades onde isso se mostra relevante sejam os “atendimentos conjuntos” onde, através da integração entre os profissionais e a complementaridade de saberes, é possível a construção de uma clínica ampliada, no sentido de promover a emergência de novos saberes e/ou a ressignificação dos antigos (FAVORETO, 2005). Dessa forma a integralidade desponta, pois, quando os vários profissionais se unem para a realização de um trabalho interdisciplinar centrado nas demandas do usuário atendido, propiciam espaços de reflexão e diálogo entre os diferentes saberes biomédicos e não-biomédicos, o que amplia a compreensão do conceito de saúde.

O desejo de uma clínica ampliada também está presente nas falas dos próprios usuários. A diversidade de categorias profissionais que se dispõe a atender as pacientes com anorexia e bulimia nervosas no GRATA, oferecem um espectro de cuidado, que vai desde uma atenção psicológica à um cuidado profundamente voltado às condições orgânicas. No entanto, é percebido nas falas das pacientes um desejo de compreender de maneira mais global no que se constitui o amplo serviço oferecido. Qual é o objetivo primordial desse serviço? À favor de qual objetivo as diversas áreas confluem? Como o trabalho integrado entre os profissionais podem favorecer o meu tratamento? Ou ainda, como a própria Usuária 8 coloca: *“O que eles (profissionais) pretendem dentro da proposta da gente?”*

A reunião entre todos os profissionais e o usuário, conforme sugeriram alguns usuários, vêm a favor desse processo de compreender qual é a abrangência da atenção dirigida. Quais são os reais objetivos do GRATA com relação aos seus pacientes. É a recuperação no aspecto orgânico e nutricional? É garantir atividades que orientem o usuário a adquirir maior controle sobre aos seus impulsos e emoções? É uma reintegração mais efetiva do usuário ao seu meio social?

Todas essas dimensões de saúde, tanto orgânicas, psíquicas como sociais, revelam um cuidado que se dirige para além da idéia de cura e eliminação de sintomas. Pretendem abarcar as várias áreas em que os pacientes anoréxicos e bulímicos encontram-se deficitários, e impulsioná-los em busca de caminhos mais saudáveis e promissores.

Espaços de diálogos, tal como as reuniões sugeridas, tornam-se importantes não apenas pelo refinamento e aumento de qualidade no atendimento, que a complementação dos saberes através do trabalho interdisciplinar provoca, mas pela oportunidade de transmitir aos usuários, esse conceito de saúde que se realiza com alvo a integralidade. Pelas falas dos usuários, parece ainda haver uma obscuridade sobre qual é o real objetivo de seu tratamento. É valioso que os usuários apreendam essa noção de integralidade na saúde, para que possam valorar as várias categorias profissionais que lhe são oferecidas e, assim, se esforçar para desenvolver cada dimensão sua ainda deficiente.

Contudo, nota-se que não apenas alguns usuários possuem uma concepção de saúde restrita. Também alguns profissionais consideram-na apenas como a remissão dos sintomas e o alcance da cura. Atitudes desse tipo se revelaram extremamente prejudiciais ao serviço como um todo.

Pela evolução do modelo médico hegemônico e a racionalidade biomédica que o fundamentou nos últimos dois séculos, a biomedicina tem produzido no plano ético a perda, ou deterioração da relação médico-paciente (FAVORETO, 2005). A objetivação dos pacientes e a

mercantilização das relações entre o médico e o seu cliente, faz com que este seja visto mais como um consumidor potencial de bens médicos, do que um sujeito a ser aliviado em seu sofrimento.

Além disso, a racionalidade biomédica fundamentou uma determinada formação profissional promotora de um conhecimento fragmentado, especializado e reducionista do processo de adoecer, opostas as idéias emergentes de cuidado e integralidade. Assim, em busca de uma maior eficácia, a experiência do sofrimento é reduzida ao domínio do biológico, e a saúde como a mera recuperação da dimensão orgânica.

Críticas a respeito da atuação profissional com esse enquadre, surgiram nas falas dos usuários. Alguns residentes médicos do GRATA foram apontados, por profissionais e usuários, como aqueles que menos possuíam uma visão integral da saúde. Essa impressão é confirmada pela dificuldade revelada nos residentes médicos recentes na equipe do GRATA, em desenvolver um trabalho interdisciplinar, com a compreensão de dimensões que vão além do orgânico. Da mesma forma, viu-se a dificuldade de alguns médicos residentes em estabelecerem um vínculo maior com as usuárias. Muitas vezes, desconsideram o sofrimento da paciente e assumem posições autoritárias e desconfiadas, distanciando-se cada vez mais de uma postura terapêutica entre profissional-paciente.

A reprodução da biomedicina e de seu modo de operar a medicina conduz a um processo de formação dos médicos, que não são educados para lidar, em sua clínica, com a dimensão do sofrimento decorrente do adoecer (DEVEZA, 1983; CASTIEL, 1999). Dessa forma, foi visto que atitudes céticas de alguns médicos residentes tendiam a minimizar, no momento da intervenção, os fenômenos da chamada subjetividade. Ou então tentavam controlá-los como efeitos psicofisiológicos ou placebos. Condutas como essas são reveladas nas falas dos usuários: *“Tudo é ‘piti’ da gente, tudo é psicológico, tudo é psicossomático (...) Isso que eu falo da falta de informação e da falta de formação do residente no atendimento (E8U)”*

Assim, por vezes se sentirem incompreendidas, parece existir a intenção das usuárias de possuírem na equipe, profissionais com uma boa formação, e com uma concepção de saúde e de sujeito atendido mais amplas. Isto é revelado no desejo dos usuários de que os nutricionistas possuam maior compreensão da dimensão psíquica, através de sua participação no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas. Dessa forma poderão, além dos aspectos nutricionais, enriquecer seus atendimentos com posturas compreensivas e empáticas, desenvolvidas através de um aprendizado abrangente do conceito de saúde, que envolve além do orgânico, fatores de natureza histórica, psíquica e social.

Contudo, além da dimensão da integralidade, que se dá na busca de um cuidado amplo e integral sobre a particularidade de cada ser, existe outra vertente da integralidade que se aplica sobre a coletividade.

Assim, a integralidade voltada à coletividade refere-se às políticas públicas que promovem o planejamento do sistema de saúde, a estruturação dos serviços e a organização de suas ações (MATTOS, 2001). A integralidade está referenciada a princípios políticos e ideológicos relacionados à cidadania e suas prerrogativas, como a universalidade e a equidade do acesso da atenção à saúde. Deve, pois, oferecer acesso facilitado, recursos preventivos e curativos e uma rede de serviços articulada, com vistas a promover a qualidade e a abrangência da atenção.

Atividades de promoção de saúde, tal como a “Semana de Conscientização sobre os Transtornos Alimentares – fique por dentro”, realizada pelo GRATA, ou os simpósios e minicursos que o serviço ministra, têm importância fundamental dentro do conceito de integralidade. Eventos como esses oferecem recursos informativos à população, ampliam conhecimentos, e propiciam condições para a prevenção e promoção de saúde. Além do mais, garantem que o serviço do GRATA torne-se um serviço de referência àqueles que ainda não possuem nenhuma orientação sobre como tratar o transtorno alimentar.

A *articulação intersetorial* é um elo fundamental para que o atendimento do GRATA se desenvolva com base na universalidade, equidade e integralidade, tal como preza as diretrizes do SUS. Um dos elos mais evidentes e importantes da articulação intersetorial, refere-se aos serviços de assistência primária à saúde, que exercem a função de “porta de entrada” dos usuários ao serviço do GRATA, e auxilia a população usuária do GRATA em atendimentos de urgência, quando se faz necessário.

É preciso, no entanto, que as questões de sofrimento mental sejam detectadas por toda a rede de serviços, principalmente na atenção primária, não sendo necessário o especialista para reconhecê-las (ALVES; GULJOR, 2005). Entretanto, conforme relatos de Delgado⁷ citado por Alves e Guljor (2005), ações de saúde mental em serviços de atenção primária, são ações feitas de forma espontânea, desordenada, pois na maior parte das vezes não existe treinamento e capacitação dos profissionais para atender essa demanda específica.

Essa afirmação é comprovada pelas falas de usuários e profissionais do GRATA. O despreparo dos profissionais dos níveis de atenção primária em atender e reconhecer os sinais

⁷ Essas afirmações são parte de uma palestra proferida pelo coordenador nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, durante Seminário sobre Experiências Internacionais de Saúde Mental na Atenção Primária, organizado pela Organização Pan-americana da Saúde, em 2002.

e sintomas da anorexia e bulimia nervosas é ainda um grande empecilho ao atendimento. O receio e o desconhecimento impedem a formação de vínculos mais consistentes entre os profissionais de atenção primária e os usuários com anorexia e bulimia, o que dificulta a adesão à rede de serviços de saúde e atrasa todo o processo de atendimento.

Outra articulação necessária, mas muitas vezes não tão bem sucedida refere-se à articulação do GRATA com os hospitais psiquiátricos. Embora o Hospital das Clínicas disponibilize alguns leitos de internação para os usuários do GRATA no Setor da Unidade Metabólica ou no Setor de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, em casos raros há a necessidade de transferir algumas paciente à Hospitais Psiquiátricos. A mesma situação é apontada por Alves e Guljor (2005) quando afirmam que, diante de uma crise, os pacientes com transtornos mentais assistidos regularmente em um ambulatório, por uma equipe, quando internados, passam a ser assistidos por outra equipe. Dessa forma, as referências com seu grupo de assistência inicial são interrompidos e o usuário fica submetido a um espaço desconhecido e a uma equipe que pouco sabe de sua história. Na melhor das hipóteses, mesmo que haja uma vinculação com essa equipe de internação, ela logo se desfará devido às próprias condições da internação (CAMPOS, 2001).

Vê-se, portanto, que há de se consolidar uma articulação constante e inter atuante entre os serviços, para que o GRATA possa acompanhar o usuário internado da maneira mais próxima possível, e o hospital elegido para a internação possa estar a par de todo o histórico pessoal e histórico diagnóstico do paciente, estando mais ciente da complexidade do ser atendido.

Atitudes com vistas a uma maior articulação entre os serviços já são realizadas pelo GRATA. Ao convidarem profissionais, e outros serviços, para se inteirarem dos procedimentos e atividade realizadas pelo GRATA, e constantemente buscarem uma articulação com os profissionais que atendem seus usuários, mas não são vinculados ao serviço, criam uma rede de via dupla que enriquece o tratamento através de um sistema informativo mais ampliado, e da complementação e troca de saberes. A importância dessa articulação é confirmada por Peduzzi e Palma (1996) quando afirmam que os serviços necessitam dispor de meios que introduzam novos agentes ao projeto institucional, para que, através de espaços dialógicos, haja a distinção e a recomposição dos trabalhos parcelares em totalidades, nas quais cada trabalhador possa reconhecer-se como agente do trabalho. Assim, a articulação entre os serviços não é apenas benéfica aos usuários, mas garante ao profissional um sentimento de pertencimento ao serviço e maiores recursos para atender de maneira qualificada seus clientes.

Os benefícios da articulação intersetorial são vários e devem ser constantemente buscados. A “Semana de Conscientização sobre os Transtornos Alimentares – fique por dentro”, por exemplo, só foi possível graças à articulação do GRATA com hospitais, universidades e imprensa. Ademais, a abrangência e a qualidade do serviço oferecido pelo GRATA ocorre graças a toda estrutura física e pessoal oferecida pelo Hospital das Clínicas. Trata-se de um serviço articulado ao GRATA que oferece aos usuários tratamento, exames e internações gratuitos. O GRATA adquire assim uma possibilidade clínica rara em outros serviços de assistência aos transtornos alimentares. Pode, por exemplo, realizar nutrições enterais e parenterais, ou repor elementos químicos deficientes nas pacientes, em suas próprias dependências. Contudo, nota-se que essa articulação não se faz sem deficiências. O fato da portaria do Hospital das Clínicas atrapalhar a entrada dos usuários e familiares/responsáveis às atividades do GRATA, ou não saber, tal como as balconistas dos corredores, sobre os horários, os locais e as atividades realizadas, revelam que há ainda que se organizar e consolidar esse serviço articulado entre Hospital das Clínicas e GRATA.

Serviços odontológicos seriam uma grande parceria ao tratamento do GRATA. Além de atuarem sobre o comum desgaste dentário provocado pelos vômitos constantes realizados pelas pacientes, o que aumentaria a auto-estima e a saúde dessas usuárias, poderiam identificar problemas de ordem emocional, tal como o bruxismo, e diagnosticar possíveis casos de anorexia e bulimia nervosas, através do exame da arcada dentária, encaminhando os casos novos ao GRATA. Da mesma forma, uma articulação com institutos de terapia familiar poderia garantir aos usuários e familiares/representantes, uma atenção mais integral e qualificada, na medida em que a literatura já comprova um melhor prognóstico àqueles usuários que realizam o tratamento junto a uma terapia familiar.

Entretanto, foi visto que sem uma política pública que promova e ofereça incentivos e recursos para uma maior articulação entre os serviços de saúde, a articulação intersetorial, devido à falta de recursos e incentivos financeiros, tende a permanecer frágil e com pouca eficácia.

A articulação intersetorial está intimamente relacionada ao conceito de *interdisciplinaridade*. Apenas através de uma boa relação interdisciplinar, que se afirma por relações democráticas, que estimulam participação, autonomia e decisões coletivas, é possível fundamentar uma articulação intersetorial.

A interdisciplinaridade mostra-se fundamental em um serviço que pretende tratar dos transtornos alimentares. As atitudes de boicote ao tratamento, ataques e projeções dos pacientes sobre a imagem do profissional, tornaram imprescindível que a equipe se

estruturasse de forma a estabelecer uma rede de relações entre si o mais clara e transparente possível. Apenas dessa maneira foi possível uma ação integrada e um clima de união e boa comunicação, que foi, inclusive, percebido pelos usuários através de ações funcionais e coesas dos profissionais, o que garante resolutividade as demandas trazidas.

O acolhimento se faz por uma rede de conversações entre os profissionais, que buscam, pela complementação de saberes, produzir um serviço que melhor atenda as demandas dos usuários (TEIXEIRA, 2003). Foi observado que o diálogo franco e aberto entre a equipe propiciam uma melhor avaliação do serviço e a busca de caminhos mais favoráveis ao tratamento.

Na prática, foi visto quantos benefícios essa relação interdisciplinar traz ao GRATA. A equipe, como uma amalgama de saberes, é o espaço de apoio e supervisão dos profissionais, para os casos mais difíceis e complexos. O diálogo, a reflexão conjunta dos profissionais, e o compartilhamento de saberes, enriquecem e ampliam a compreensão sobre cada caso, trazendo soluções e caminhos antes não vistos.

A importância de um trabalho interdisciplinar foi percebida claramente no trabalho realizado pelas psicólogas no corredor da sala de espera. Os próprios profissionais do serviço apontam que o auxílio das psicólogas foi um apoio aos outros profissionais que se deparavam com as angústias ou crises das pacientes. Através de um trabalho interdisciplinar, as condutas de muitos profissionais não-psicólogos foram orientadas por psicólogos, a favor de atitudes mais empáticas e formas mais acolhedoras de abordar as usuárias no corredor de espera.

A interdisciplinaridade foi também considerada como um fator importante pelos usuários. Quando sugerem que a nutricionista faça parte do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, ressaltam que essa participação traria enriquecimento e complementaridade ao atendimento. Os atendimentos conjuntos, como bom exemplo de um trabalho interdisciplinar, são também valorados pelos usuários. É um espaço onde os saberes podem ser associados em busca de um atendimento global que vá além do enfoque sintomático e patológico.

No entanto, o trabalho interdisciplinar não se faz sem sobressaltos. Por haver um trabalho muito incisivo dos nutricionistas nas atividades do GRATA, alguns profissionais acreditam que esse profissional acaba se tornando referência dentro da equipe. Todavia, apesar dessa estruturação organizacional do serviço trazer algumas vantagens, tal como a possibilidade de um trabalho mais aprofundado e particularizado dos nutricionistas com os usuários, foi demonstrado que há sobre eles uma sobrecarga de atividades e funções.

Responsável por atividades que vão além das áreas nutricionais foi refletido a respeito de qual é o real papel do nutricionista dentro da equipe.

Para que os profissionais possam oferecer o seu máximo potencial dentro do trabalho interdisciplinar, foi vista a necessidade de se delimitar qual é o “núcleo de competência” de cada profissional atuante na equipe, conforme afirma Campos (1997). Saber e deixar claro à equipe interdisciplinar quais são os saberes e responsabilidades de cada profissional, o que já começa a ser feito pelo GRATA, permite garantir ao usuário a apreensão de uma equipe interdisciplinar, onde ele possa buscar em cada categoria profissional, o auxílio e o cuidado que eles estão mais habilitados em oferecer. Dessa forma, ao invés de sobrecarregá-los com uma dupla função, tal como sucede com as “psiconutricionistas”, os usuários poderão desfrutar do máximo potencial de cada profissional, a favor de um atendimento mais qualificado e harmônico.

A inserção de alguns residentes médicos na equipe parece, em alguns momentos, também perturbar o funcionamento interdisciplinar por dois fatores: o primeiro diz respeito ao período curto em que os médicos residentes se situam no serviço, devido ao próprio caráter da residência. O outro fator corresponde à forte influência de uma formação biomédica de alguns residentes, que acabam por desconsiderar outras dimensões não organicistas, como por exemplo, o histórico sócio-cultural do paciente, ou a sua subjetividade, durante os atendimentos. Dessa forma, a comunicação do residente com a equipe e com o usuário, muitas vezes, é tênue e falha.

O período curto de tempo atuando no serviço, somado a uma formação que prioriza a racionalidade biomédica, faz com que alguns residentes demorem em se inserir e compreender a dinâmica da equipe interdisciplinar do GRATA. Todavia, as falas relatam que há, pelos profissionais da equipe, atitudes de acolhimento e paciência para com os novos residentes, o que permite que, aos poucos, eles se integrem ao serviço e, cumprindo a exigência de um hospital-escola, adquiram uma formação com foco a integralidade do ser.

As supervisões e orientações oferecidas nas residências fazem com que, inclusive, algumas usuárias considerem o desempenho de alguns residentes semelhante à de um profissional já formado, o que confirma a qualidade dessa formação.

Essa formação com vistas à integralidade do cuidado em saúde, e a uma postura humanizada no cuidar é, inclusive, constantemente buscada pela equipe interdisciplinar do GRATA. Parte de uma boa formação é adquirida através dos programas de supervisão e capacitação, nos quais o GRATA já se submeteu. Assim, problemas e entraves na equipe interdisciplinar e no atendimento dos usuários, emergidos do cotidiano do serviço, puderam ser

elaborados em espaços propícios para tal, como foi visto no trabalho desenvolvido pelo “Instituto Familie”, com a equipe do GRATA.

Foi visto que essas *atividades de supervisão* melhoraram a dinâmica inter relacional da equipe, já que puderam considerar seus conflitos latentes e manifestos e propor caminhos e soluções mais adequados às situações apresentadas. No que tange a equipe interdisciplinar, os profissionais revelaram que as atividades desenvolvidas pelo “Instituto Familie” aumentaram a tolerância quanto às diferenças presentes na equipe interdisciplinar, e puderam ampliar a compreensão e o respeito com relação às várias categorias profissionais presentes na equipe.

Além do processo de supervisão, o “Instituto Familie” pôde oferecer *capacitações* que contribuíram muito para a *formação* profissional. Um dos resultados mais evidentes dessa capacitação foi a possibilidade de melhorar as relações entre usuários e profissionais. Após as supervisões e capacitações, os profissionais identificaram uma maior facilidade em apreender a linguagem não-verbal de seus pacientes nos atendimentos. Assim, o nível de empatia e compreensão na relação profissional-usuário tornou-se elevado, o que permitiu identificar e elaborar conflitos latentes. Outra habilidade adquirida foi a possibilidade dos profissionais intervirem de maneira mais qualificada sobre o tema da família, nos transtornos alimentares. Após realizarem uma supervisão que enfoca a terapia familiar, puderam adquirir compreensão e recursos para lidar de maneira mais efetiva com a conflituosa dinâmica familiar, que geralmente se revela em casos de transtorno alimentar.

A capacitação e supervisão, além de beneficiar diretamente a equipe do GRATA, e promover a qualidade da relação usuário-profissional, pode apresentar bons resultados à funcionalidade do serviço do Hospital das Clínicas, em parceria com o GRATA.

Melhor capacitados, os funcionários do hospital poderão adquirir conhecimento técnico para receber e acolher de maneira mais satisfatória os usuários no serviço. Essa capacitação julga-se necessária, por exemplo, para os funcionários da portaria do Hospital das Clínicas, que apresentam, muitas vezes, uma postura grosseira para com os usuários e a desinformação sobre as atividades do GRATA. Essa postura é prejudicial ao serviço, pois dificulta a adesão, não só dos usuários que freqüentam o serviço, mas de suas famílias e responsáveis, que algumas vezes têm seu acesso ao Hospital das Clínicas dificultado. Em momentos em que o GRATA passa por uma baixa adesão de familiares e acompanhantes, é necessário que haja uma mudança na atitude dos profissionais que viabilizam esse acesso.

De acordo com as políticas do SUS, é dever do serviço garantir acesso facilitado aos usuários, e uma organização usuário-centrada, que está diretamente ligada à humanização no serviço de saúde (RIZZOTO, 2002). Para tanto, é fundamental que haja sobre os funcionários

toda uma formação técnica, com vistas a desenvolver uma escuta qualificada, responsável por oferecer aos usuários, informações e resoluções sobre suas necessidades e demandas (SOLLA, 2005).

Atividades de supervisão e capacitação junto aos funcionários da portaria do Hospital das Clínicas, e aos vários balconistas e funcionários que auxiliam o serviço do GRATA, garantiriam a esses profissionais, uma melhor compreensão sobre a importância de suas funções dentro do serviço. Assim, promoveriam uma maior qualificação e nível informativo desses profissionais, incluindo esses atores dentro de todo o contexto organizacional dos serviços e atividades existentes no hospital.

Além disso, uma capacitação com foco na integralidade do sujeito atendido poderia promover o aprendizado de uma escuta mais qualificada e um atendimento mais humanizado dos usuários. Posturas gentis, atentas e cuidadosas fazem parte do bem receber que, no íntimo, está relacionado ao acolhimento no serviço.

A necessidade de uma capacitação que conduza os profissionais a uma formação mais ampliada, consistente com os princípios de atendimento usuário-centrado, acolhimento e vínculo, não se restringe somente aos profissionais que atuam dentro do Hospital das Clínicas. Foi visto que é necessária uma capacitação voltada aos profissionais dos serviços de atenção primária à saúde. Ainda há, por esses profissionais que atuam em níveis de assistência primária, muito pouco conhecimento e habilidade em lidar com os transtornos mentais, quando esses surgem em núcleos e níveis emergências de saúde. É isso que afirma o Profissional 6 quando diz:

“...os profissionais de fora não são tão preparados, (...), de ter experiência, de estudar, de entender um pouco melhor, de vivenciar essas angústias que a gente vivencia aqui. (...) Pessoas que têm muito medo de relar no paciente, de chegar perto do paciente. Até porque vê o paciente como uma incógnita.” (E6P)

Faz-se necessário que, em termos de políticas públicas, haja investimentos governamentais na busca de ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde, não só dos níveis primários, mas de toda rede assistencial, para identificar, acolher e garantir um tratamento qualificado aos anoréxicos e bulímicos. Visto que as taxas de mortalidade de anorexia chegam a 5% se diagnosticadas tardiamente (SCHMIDT; MATTA, 2008), é de relevo que os profissionais, principalmente os de atenção primária, adquiram habilidades em diagnosticar e encaminhar a serviços mais especializados, casos do transtorno.

A Usuária 3 traz outro aspecto relevante: “...o posto (de saúde) não sabe do meu histórico. Então muitas vezes eles podem achar que é frescura...”. Assim como nos resultados vistos com alguns residentes médicos que atuam no GRATA, a Usuária 3 aponta uma postura de descrédito e desconfiança por parte de alguns profissionais dos níveis de atenção primária à saúde, à respeito da veracidade dos sintomas apresentados pelas pacientes com transtorno alimentar.

No Brasil, as transformações propostas e implantadas pelo Sistema Único de Saúde, que possui como estratégia mais concreta a Estratégia de Saúde da Família, pretendem garantir novos significados à figura do sujeito atendido e considerar a intersubjetividade nas ações preventivas e/ou curativas realizadas pelos membros das equipes de saúde (FAVORETO, 2005). Considerar a intersubjetividade também significa garantir uma “clínica do sujeito”, onde a clientela possa adquirir papel ativo no tratamento (CAMPOS, 2003).

Na clínica tradicional, o que é comumente visto é uma comunicação objetiva e objetivante, onde é ignorado ou desconsiderado que o paciente também possui um saber, uma compreensão e uma representação sobre o seu corpo e seu adoecer, e/ou uma expectativa sobre o cuidado de que precisa. O diálogo, portanto, fica bloqueado pelo desconhecimento e/ou desvalorização da importância de uma sabedoria prática dos pacientes sobre o processo saúde-doença-cuidado, construída a partir de suas vivências. Considerar o aspecto subjetivo do usuário é, pois, necessário, para que essa relação intersubjetiva entre profissional-usuário aconteça, de modo que permita ampliar a compreensão sobre a doença e concepção de saúde do usuário atendido.

A clínica dialógica, tal como essa relação pode ser entendida, está profundamente baseada na idéia de vínculo em saúde. O vínculo emerge de uma relação que se dá na prática, isto é, nas reflexões dos encontros e das conversas entre profissional e usuário (TEIXEIRA, 2003). É um campo onde as práticas e saberes biomédicos e não-biomédicos interagem, são refletidos, e retornam para os cuidadores e cuidados, de modo a promover novos significados e modos de atuar em saúde, com foco nas necessidades dos sujeitos que buscam o cuidado.

Assim, ao contrário do que é observado algumas vezes nos serviços de atenção primária à saúde e em alguns médicos residentes que atuam no GRATA, foi visto que a equipe do GRATA, na maioria das vezes, preza por um atendimento usuário-centrado que considera as subjetividades e singularidades de cada ser atendido.

O *vínculo*, que é responsável por essa relação mais humanizada entre profissional e usuário, é considerado por Merhy et al. (1997), a capacidade do profissional de saúde em ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade, no serviço, no

consultório, nos grupos; e se tornar referência para o paciente e coletividade assistida, de modo que essa vinculação possa servir como recurso para a construção da autonomia do usuário.

Assim, de uma maneira mais categórica, o vínculo é apresentado a partir de três dimensões, conforme Silva Júnior e Mascarenhas (2004): como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade.

Essas três dimensões do vínculo são presentes nas falas de usuários e profissionais do GRATA. O vínculo “como afetividade” representa o nível de interesse, disponibilidade interna e afetividade que o profissional emprega em sua profissão, e na relação com o paciente, construindo assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna um valioso instrumento de trabalho.

A afetividade, empregada nas relações de cuidado, foi claramente vista em vários depoimentos de ambos os grupos de interesse. Falas como: “... *melhora aqui quem não quer, são muito cuidadosos. (E1U)*” ou “*a gente tem um investimento próprio, tanto pessoal, quanto profissional. (E6P)*”, ou ainda “...*têm muita atenção com a gente. (...) é na forma de tratar. Geralmente chega... eles te cumprimentam bem, sabem como conversar com a gente. (E14U)*” dizem por si só o alto nível de atenção, disponibilidade interna e cuidado que os profissionais empregam nas relações com seus pacientes.

Através de uma relação de ajuda, construída com base na intersubjetividade e na compreensão empática do ser, são criadas vinculações importantes entre os usuários e os profissionais, que acabam por possibilitar que alguns profissionais se tornem referência ao usuário dentro da equipe. O nutricionista foi considerado, por muitos usuários entrevistados, uma figura de confiança e segurança, onde os usuários podem buscar apoio e apaziguamento de muitos de seus conflitos alimentares e até emocionais. Talvez, devido a isso, busquem inseri-los no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas.

Outra relação que se apresentou bastante forte foi a vinculação dos usuários com os profissionais que trabalham a mais tempo no serviço. Apesar das rotatividades e mudanças nas funções dos profissionais dentro da equipe, distanciarem algumas dessas relações, foi observado que, mesmo sem um contato freqüente, os profissionais veteranos são ainda vistos como figuras de referência, segurança e confiabilidade, por alguns usuários. Da mesma forma, apesar de existirem usuários com extrema dificuldade de vinculação, que se faz de forma lenta e gradual, há outros que muito se identificam com os orientadores do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, identificando-os como figuras acolhedoras e inspiradoras de caminhos mais saudáveis.

A idéia de vínculo “como uma relação terapêutica” traz uma concepção contrária àquela apresentada na clínica conforme o modelo biomédico. A clínica como relação terapêutica, se faz mais pela interação do que pela intervenção, e busca sempre fomentar uma relação sujeito-sujeito, menos assimétrica, do que a atitude sujeito-objeto, muitas vezes vista. É, pois, a busca de espaços propícios para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais, como pacientes, para que através dessa interação, haja ações que garantam melhor eficácia na saúde.

Para seu fortalecimento, é necessário considerar essa relação como um real processo terapêutico, onde devem ser levado em conta as questões de escuta, a divisão de responsabilidades, o autoconhecimento (ou conhecimento do outro, por parte do profissional) e os elementos de transferência e contratransferência. É ainda necessário considerar a singularidade e subjetividade de cada relacionamento entre profissional e paciente, o que permite integrar a dinâmica de contextos diversificados, características pessoais e expectativas, conscientes ou não, de ambas as partes (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Essa relação terapêutica, que se dá entre usuário e profissional, foi vista concretamente na postura de negociação e abertura que os profissionais do GRATA possuem em seus atendimentos. A relação entre nutricionista e paciente, por exemplo, quase sempre se estrutura em um espaço dialógico, onde o paciente tem abertura em sugerir ou propor mudanças em sua dieta alimentar, e a nutricionista tem a possibilidade de acatar ou não suas sugestões, ou propor novas alterações, tudo de forma concordada.

Posturas como essas são relevantes, pois permitem um grau de proximidade maior com as pacientes e o desenvolvimento de sua autonomia. O desenvolvimento da autonomia é tão valorado, pois permite que o sujeito amplie seus direitos. No caso dos transtornos mentais, há um processo tradicional de tratamento, fundamentado na noção de “reparo”, que acaba por escamotear os direitos do usuário, pois coloca os técnicos ou profissionais de saúde, como aqueles que possuem o saber sobre seus clientes, limitando qualquer expressão de saber ou conhecimento do usuário sobre seu transtorno (ALVES; GULJOR, 2005).

Com uma clínica que permite a autonomia das pessoas, é possível que o usuário tenha possibilidades em desenvolver a capacidade de gerar normas para a sua vida, conforme a situação com as quais se confronte. Essas escolhas apenas conquistadas por um sujeito de direito são vias frutíferas a anoréxicas e bulímicas, já que em face das dificuldades enfrentadas no cotidiano, podem optar por atitudes e caminhos mais saudáveis.

Contudo, foi observado que promover meios para que as pacientes adquiram uma atitude mais autônoma e saudável frente ao seu transtorno, é uma tarefa árdua que demanda

tempo e muito empenho por parte dos profissionais. Muitas das usuárias, quando adentram o serviço, não se admitem doentes e consideram a bulimia e a anorexia, somente como parte de um “estilo de vida”. Muitas vezes obrigadas pelos pais ou responsáveis, ou encaminhadas por serviços públicos de saúde, recusam-se em realizar o tratamento e acatar as orientações oferecidas pelos profissionais. Dessa forma, são vistas como pacientes de difícil vinculação e adesão ao serviço.

Diante dessa realidade, os profissionais adotam posturas mais incisivas para com o usuário, mostrando que são necessárias disciplina e frequência para a realização das atividades propostas pelo serviço, e para seguir as orientações e indicações dos profissionais. Contudo, muitas distorcem, por exemplo, informações sobre a quantidade de calorias ingeridas no recordatório alimentar que produzem, ou sobre a realização de exercícios físicos, suspensos até que recobrem seu peso corporal ideal.

Assim, os profissionais adotam uma postura de constante questionamento e verificação dos dados apresentados pelas usuárias, para que possam lidar de maneira mais realista frente aos boicotes do tratamento, ou as distorções de informação.

No entanto, uma relação vincular satisfatória pode ser considerada àquela que atende a singularidade e subjetividade, onde há a necessidade de uma postura empática, aceitação incondicional, e sobretudo, confiabilidade, em cada relacionamento (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). Contudo, vê-se no caso dos transtornos alimentares, que essas posturas mais empáticas e de confiabilidade, devem mesclar-se com posturas mais interventivas, que verifiquem e avaliem o real momento pelo qual a usuária está passando, quais procedimentos são efetivamente realizados por ela, e qual é o seu nível de adesão ao tratamento.

Mesmo que isso signifique pedir que o acompanhante adentre a consulta junto à paciente, ou que os profissionais expressem, algumas vezes, atitudes entendidas como autoritarismo e desconfiança, estratégias como essa permitem avaliar cada caso e proceder de maneira mais realista sobre determinada situação.

Contudo, vê-se que essas posturas devem oscilar junto a posturas que garantam ao usuário maior abertura e possibilidades autônomas em seu tratamento. Com a confiança conquistada, através de uma relação que se amadurece entre os vários encontros que se sucedem entre profissional e usuário, é possível que os profissionais adquiram a percepção do quanto os usuários estão realmente se responsabilizando pelo tratamento, o que permite uma melhor interação e possibilidades em tornar os usuários reais protagonistas de sua saúde.

Assim, estando ambos inteiros nos atendimentos, em uma relação honesta e construtiva, é possível considerar melhor as projeções de transferência e contratransferência emergentes dessa relação, e direcioná-las a focos mais saudáveis e a favor da melhora do transtorno. Através da análise de cada caso e das particularidades de cada ser atendido, por meio dessa relação terapêutica, é possível estabelecer formas de procedimentos que se adéquem melhor à intersubjetividade existente e à situação. Ressalta-se, mais uma vez, que para que se consolide essa complexa relação intersubjetiva, que emerge e se constrói em uma clínica verdadeiramente dialógica, é necessária uma constante postura de atenção, e autoconhecimento por parte do profissional, para que essa divisão de responsabilidades entre os sujeitos possa estabelecer-se, mesmo que de forma lenta e gradual.

Entretanto, observa-se que não somente um empenho e uma disponibilidade pessoal do profissional são em si suficientes para consolidar um vínculo. Fatores como: 1. Organização dos Atendimentos, 2. Qualificação Técnica da Escuta, 3. Modelos de Consultas e 4. Estrutura Física, são elementos que podem beneficiar ou prejudicar o vínculo entre profissional e usuário. Abaixo serão descritos detalhadamente cada um desses fatores.

1. Organização dos Atendimentos: Uma das estratégias empregadas ao serviço, e que vêm trazendo benefícios ao vínculo, foi o aumento do tempo das consultas, pela reorganização dos agendamentos às sextas-feiras. Após ser feita uma triagem de casos novos e uma reavaliação dos casos atendidos, o número de usuários assistidos a cada sexta-feira foi reduzido, o que possibilitou um maior tempo na duração das consultas. Isso promoveu uma melhora na qualidade do atendimento, já que permitiu que o profissional investigasse e acompanhasse mais a situação de seu cliente, e possibilitou que o usuário exponha sua situação, sentimentos e pensamentos, de maneira mais detalhada. Ambas as condições garantem ao profissional uma maior compreensão e possibilidades de intervenções resolutivas sobre os problemas apresentados.

2. Qualificação Técnica da Escuta: A escuta qualificada do profissional consiste em escutar o usuário atendido em sua singularidade, considerando suas opiniões e pensamentos. Também é compreender que ambos os sujeitos, profissional e paciente, devem ter espaço e voz no processo, e serem respeitados em suas diferenças, expectativas, demandas e objetivos. Isso garante a autonomia e a relação intersubjetiva proposta. Dessa forma, se constitui a relação terapêutica entre profissional e usuário, onde são construídos símbolos que podem promover mudanças no campo psíquico e na vida social dos pacientes (FAVORETO, 2005). Para tanto é

necessário um desenvolvimento técnico do profissional, capaz de identificar: os elementos não-verbais na narrativa do paciente; a ênfase dada a alguns aspectos de seu adoecimento, em detrimento de outros; a historicidade e a contextualização social desse usuário; a forma de sua comunicação verbal (entonação da voz, pausas, silêncios); analogias usadas para descrever seus sintomas; ou as representações sociais que estão presentes em seu discurso. Todos esses elementos são meios para melhor compreender o usuário em seu processo saúde-doença e garantir intervenções mais resolutivas a suas necessidades. Essa qualificação técnica, encontrada na escuta qualificada, parece já estar sendo exercida pelos profissionais do GRATA, tal como relata a Usuária 13 “...*eu acho que está mais objetiva, eles estão um pouco mais rápidos, mas a qualidade é a mesma coisa. Eles estão ficando cada dia mais bem preparados.*”. Os atendimentos se mostram objetivos e ágeis, mas extremamente qualificados e com bom grau de resolutividade. Assim, os profissionais, contrabalanceando uma postura empática nas relações de ajuda, com intervenções mais objetivas e assertivas, garantem dinamicidade e qualidade ao serviço.

3. Modelos de Consultas: Outro fator empregado no serviço que pôde beneficiar a relação vincular entre usuários e profissionais é o chamado “atendimento conjunto”. Foi visto que ele serve de importante estratégia que, além de diminuir o tempo de espera nas consultas, é útil quando há dificuldades na relação entre determinado profissional e usuário. A inserção de outro profissional, além daquele em que a paciente está acostumada, propicia outra dinâmica inter relacional na consulta, o que poderá permitir a reelaboração dos entraves existentes na relação original, e a formação de novos vínculos mais promissores e saudáveis ao tratamento.

4. Estrutura Física: Fatores da estrutura física do serviço que dificultam a formação de vínculo são a arquitetura de algumas salas ou a falta delas, que favorecem pouca privacidade aos usuários. O vínculo como relação terapêutica, deve ser construído em um espaço adequado, onde as intimidades, subjetividades e particularidades de cada ser possam ser colocadas sem receios. Assim, salas com pouca privacidade podem abarcar procedimentos mais interventivos e objetivos, mas dificilmente uma relação vincular terapêutica. A sala do dentista, onde são realizados os atendimentos, é um exemplo de um espaço não tão íntimo, já que possui uma abertura para o corredor. Espaços mais adequados e individualizados a cada especialidade profissional também são raros, o que conduz a uma clínica “improvisada” e a procedimentos e relações que, portanto, se adéquam ao espaço, mas que poderiam atingir um grau de qualidade ainda maior se estivessem em um ambiente mais adequado. A falta de

privacidade que entrava as relações vinculares, também é vista nos procedimentos de pesagem no corredor. Foi observado que essa relação, entre o profissional que realiza o procedimento da pesagem e a usuária, poderia ser mais firmada e agradável se houvesse um local privativo para a realização de tal procedimento. Em face da dificuldade das pacientes com transtornos alimentares em acessarem e tolerarem suas emoções, é necessário a construção de um espaço seguro e íntimo para que elas possam compartilhar o seu mundo interno com os profissionais (CAMPOS, 1997), e privativo, para que se desenvolva a relação de confiança entre usuário e profissional (SACARDO, 2001).

A dimensão do vínculo como “continuidade” é um fator que permite o fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre profissional e paciente. Assim, o profissional assume a garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema de seu usuário, não encaminhando o paciente para outras instâncias burocráticas ou níveis de atenção (MERHY et al., 1997). É, sobretudo, uma mudança de paradigma, pois elege o usuário como o foco do cuidado, e delega ao profissional a responsabilidade sobre as necessidades e demandas da pessoa atendida.

O vínculo, como continuidade, pressupõe que haja um período de tempo em que a relação entre profissional e usuário possa se estabelecer, de forma que ela atinja o grau máximo de entrosamento e possibilite, através dessa interação, garantir resultados satisfatórios ao usuário. Portanto, é essencial que os profissionais estejam engajados e conscientes de sua responsabilidade no tratamento, mas também é relevante que os usuários estejam aderidos e frequentes nas atividades oferecidas pelo serviço.

Centrados nessa perspectiva, é que a equipe do GRATA reelaborou o Plano de Atendimento, para melhor aderir usuários e familiares/responsáveis. O Plano de Atendimento oferece, por meios impressos, informações sobre o serviço e explicita quais são os deveres e direitos dos usuários. Ressalta ainda, a importância da participação familiar, e a assiduidade nas atividades realizadas. De acordo com relatos dos profissionais, já se observa melhor adesão dos usuários e familiares/responsáveis ao serviço, após a reelaboração do Plano de Atendimento.

Essa responsabilização profissional e do usuário, que está inserida na questão do *protagonismo dos sujeitos* envolvidos no serviço, almeja que através das ações conjuntas entre usuários e profissionais, haja a reformulação do serviço, em busca de intervenções mais centradas nas demandas do usuário. Dessa forma, o Plano de Atendimento pretendeu vincular o usuário ao serviço, e solicitar seu engajamento e participação, ressaltando sua

responsabilização. Contudo, não apenas o usuário foi chamado ao encargo de tomar para si o seu tratamento, mas também a família, sua rede social mais íntima, foi atentada ao fato de que faz parte, e pode contribuir significativamente para o melhoramento do serviço.

A participação familiar ou dos responsáveis, que estejam intimamente acompanhando a situação do paciente atendido, é um dos fatores significativos para uma melhora acentuada no prognóstico do paciente. No entanto, foi visto, mais especificamente no Grupo de Apoio e de Orientação Médico Nutricional aos Familiares/Representantes, uma baixa participação dessa população no momento atual do GRATA. Não se sabe ainda exatamente os motivos que levaram a essa baixa adesão dos familiares e representantes. No entanto, as reuniões nucleares, sendo atendimentos onde usuário e familiar/acompanhante estão reunidos a um determinado profissional são, junto ao Plano de Atendimento, uma das medidas que visam inserir a família/responsáveis ao tratamento. Assim, a participação dos acompanhantes e familiares no serviço, de maneira mais contundente, permite construir e reconhecer uma dimensão sócio-histórico-cultural ao qual o usuário atendido está inserido. A participação familiar/dos responsáveis é relevante, pois traz em si informações e considerações a respeito das necessidades que são vivenciadas por eles, e das reformulações que poderiam ser feitas no serviço, e que melhor os atendem. Sua participação poderia, enfim, promover sentidos sobre saúde, o que auxiliaria na busca de ações mais efetivas e resolutivas ao cuidado.

Para tanto, é necessário que os profissionais estejam presentes e atuantes no serviço. Através de ações engajadas, participativas e criativas, os profissionais do GRATA atuam de modo a aproveitar o que o serviço tem de recursos a oferecer, e transformá-los em saídas adequadas. Assim, afastam-se da alienação e atuam como agentes sociais, que se responsabilizam e almejam a criação de vínculos com seus usuários.

Embora predominantemente voluntários, muitos “abraçam” a causa e atuam de forma a almejar o aperfeiçoamento do serviço e um nível de qualidade cada vez maior. São empenhados em atingir resultados satisfatórios e estão constantemente em busca de desenvolvimento pessoal, através de terapias, por exemplo, ou realizando capacitações profissionais, por meio de grupos de estudos, supervisões ou especializações na área. Além disso, são identificadas em suas atitudes, posturas criativas e flexíveis, que se adaptam às condições físicas muitas vezes limitadas do Hospital das Clínicas. Mesmo lutando contra a falta de salas, o pouco conforto e privacidade nas instalações, os limitados instrumentos e recursos oferecidos, e a elevada temperatura que se encontra, às vezes, presente no local, atingem um nível de atenção, que foi considerado, por muitos usuários entrevistados, extremamente satisfatório.

No entanto, a noção de protagonismo não se aplica somente a ações de profissionais isolados. Ela também está diretamente relacionada a um trabalho interdisciplinar de equipe, que, em conjunto, reflete e busca maneiras mais criativas e adequadas para se adaptar às condições do serviço, sem que isso prejudique a qualidade do atendimento. Dessa forma, nota-se que alguns pontos do atendimento necessitam ser pensados e reavaliados pela equipe, para que atinjam condições mais satisfatórias aos usuários.

Um desses pontos refere-se à organização dos atendimentos. Algumas vezes parece existir uma desorganização ou demora nos atendimentos. Apesar de relatos comprovarem a diminuição no tempo de espera, pela reorganização dos agendamentos e casos novos atendidos, há quem considere o tempo de aguardo ainda longo. Devido à regra de priorização de atendimento àqueles que freqüentam o Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, torna-se impossível estabelecer horários pré-agendados a cada usuário, já que os atendimentos se iniciam somente após a finalização do Grupo. Assim, os profissionais vêm como única alternativa para a agilização dos atendimentos, o aumento no número de salas, o que já pôde ser adquirido, devido a transferência do GRATA do corredor da ortopedia para o corredor da pediatria.

Contudo, há outro entrave, que se dá, em algumas vezes, pelo não cumprimento da norma de priorização do atendimento para as consultas, a quem freqüenta o Grupo de Apoio Psicológico a Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas. Conforme o relato das usuárias, isso produz descrédito e desconfiança sobre o serviço, e sentimentos de irritabilidade e aborrecimento. Comportamentos assim são vistos também quando, devido ao grande contingente de pessoas agendadas, não se faz possível que todos os profissionais atendam todas as usuárias marcadas àquele dia. Apesar de raros, esses eventos são profundamente prejudiciais ao vínculo e à adesão do usuário ao serviço.

Tanto quanto essa desorganização que às vezes se faz presente na estrutura organizacional dos atendimentos, a rotatividade, inerente ao fato do Hospital das Clínicas ser um hospital-escola e inserir em seus serviços atividades de residência e estágios, mostra-se, em algumas vezes, como empecilho a uma relação vincular mais fundamentada entre profissional-usuário, e também entre profissional-profissional. Apesar de ser mais presente no caso dos médicos residentes, e menos vistas em outros profissionais atuantes no GRATA, quando ocorre, a rotatividade deixa as suas marcas.

Não pode ser desconsiderado que o processo de desligamento entre profissional e usuário, é uma transição tratada com muita atenção e cuidado pelos profissionais do GRATA, que buscam sempre garantir informações sobre os prazos de término dos atendimentos e a

apresentação, para o usuário, do novo profissional que atuará em seu lugar. Entretanto, no caso das anorexias e bulimias nervosas, a rotatividade torna-se um agravante, pois em face dessa relação “arisco” que se desenvolve de forma lenta e gradual, a rotatividade interrompe a continuidade nas relações, e a possibilidade de uma consolidação maior do vínculo.

São questões complexas de solucionar, pois, esbarram em fatores de difícil alteração que dependem em sua maioria, de uma estrutura organizacional maior, que no caso corresponde à estrutura física e organizacional do Hospital das Clínicas. Contudo, vê-se que algumas medidas tomadas pelo GRATA, já garantiriam uma melhor dinâmica aos atendimentos. Uma delas seria uma maior fiscalização sobre o cumprimento da norma de priorização dos atendimentos a quem frequenta o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, ou o controle para o não agendamento de muitos usuários a cada dia de atendimento.

Outro procedimento que facilitaria uma melhora da adesão e do vínculo dos usuários, seria avaliar o nível de adesão dos usuários e familiares/responsáveis ao serviço, o que significa medir o número de faltas e frequências nas diversas atividades oferecidas pelo GRATA, e identificar o motivos das baixas frequências. Com esses dados sistematizados, o GRATA poderia realizar estudos comparativos que revelassem o padrão de adesão ao serviço e suas oscilações. Assim, integrando-os com os eventos que podem ter ocorrido em determinado momento, tal como mudanças de ambulatório, ou de período de atendimentos, a equipe conseguiria avaliar o quanto esses fatores contribuíram para influenciar a adesão dos usuários ao serviço. Dessa forma, poderiam empregar esses resultados na organização e estruturação futura de seus atendimentos.

Os resultados apresentados a pouco, visam apreender uma parcela da dimensão vincular, que se constitui e se constrói entre profissionais e usuários dentro do serviço do GRATA, de modo que ofereçam caminhos de melhor receber e acolher os usuários. Assim, adentrando o campo das relações vinculares, foi possível identificar, além da relação profissional-profissional e profissional-usuário, a relação usuário-usuário, que também emerge e se constrói a partir do cotidiano do serviço.

É outra vertente do vínculo que não deve ser desconsiderada, pois influencia significativamente as relações desse contexto e a própria construção do acolhimento no serviço. A realidade que é estruturada, a partir da interação entre as usuárias, garante nuances e características particulares ao tratamento.

Foi visto que o diálogo que se estabelece entre esse grupo, pode trazer conseqüências muito positivas ou negativas ao cuidado empregado. Dentre as contribuições negativas que

traz, está a passagem de informações a respeito de dietas e métodos purgativos e compensatórios, que vão à contramão do processo de tratamento.

Ao ocorrer, em sua maioria, no corredor de espera para as consultas, algumas das próprias usuárias se angustiam e se opõe a esse tipo de comportamento, considerando-o possível de influenciar as novas usuárias que adentram ao serviço. Melhor vinculadas e aderidas, algumas das usuárias como mais tempo de experiência no tratamento, compreendem os malefícios que tais condutas podem levar, e requisitam a ajuda da equipe para reverter essa situação.

Uma atividade constantemente requisitada por alguns usuários e profissionais foi a terapia ocupacional. A terapia ocupacional, realizada no corredor de espera, traria alguns benefícios a esse contexto em particular. Além de tornar a passagem do tempo mais agradável, essa atividade poderia transformar momentos de reclusão, isolamento e diálogos prejudiciais, em espaços propícios para o desenvolvimento e superação de algumas dificuldades encontradas, em casos de anorexia e bulimia nervosas.

Pelo fato de serem pacientes geralmente com dificuldade de vinculação, principalmente as mais novas no tratamento, a terapia ocupacional atuaria também nessa vertente, propiciando, através de uma relação terapêutica saudável, possibilidades do desenvolvimento relacional. Ademais, outros benefícios apontados seriam a diminuição do estresse do tratamento, proporcionar um espaço de vivência e discussão de seus conflitos, resgatar e desenvolver as habilidades e capacidades dessas usuárias, estimular uma postura participativa, criativa e mais independente, e abrir possibilidades para que elas possam expressar e perceber seus sentimentos.

Espaços de expressão, e construção conjunta de significados a respeito do que estão vivenciando, mesmo que no horário de espera, são caminhos destinados a promover uma interação mais saudável entre as usuárias. Assim, oficinas de artesanato, grupos de esclarecimento de dúvidas, atividades ligadas às artes (como pintura, coral e teatro) e a própria terapia ocupacional, seriam atividades condizentes a proposta de acolhimento, já que almejavam uma maior autonomia, expressão e participação do usuário no serviço.

Ademais, principalmente as atividades ligadas às artes e artesanato, teriam a importante função social de inserir e integrar as usuárias em sua comunidade. Além do benefício terapêutico adquirido pelo processo artístico, através da sublimação, a construção de uma obra, pelo meio artístico, permite que o usuário se defronte com algo de seu modo de se apropriar e construir o mundo. A ligação com sua obra, e o modo como essa própria obra é compartilhada com o coletivo recriam, de certa maneira, um sujeito que se constrói junto ao

processo de criação, e o compartilhamento social daquela obra produzida (IZHAKI et al., 1997). Assim, seria muito vantajoso se o GRATA pudesse oferecer espaços para a realização e exposição dessas obras, já que nessas ações encontram-se importantes recursos de enfrentamento para o transtorno.

As relações entre as usuárias, apesar de em certos momentos serem permeadas pela desconfiança, distanciamento e reclusão, revelaram-se extremamente importantes para o seguimento do tratamento, conforme visto em vários exemplos observados. Na sala de espera, ou no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, as relações entre as usuárias se constituíram em uma rede capaz de favorecer recursos, que se mostraram essenciais para enfrentar e prosseguir o tratamento, de maneira mais engajada e participativa. Através de um sentimento de pertencimento ao grupo, aprendizagem através da experiência da companheira, e da prática do altruísmo e da empatia, por exemplo, as usuárias mostraram que essa rede de associações é necessária ao acolhimento, pois revela sujeitos atuantes e inseridos no processo do cuidado, produzindo junto aos profissionais, a saúde no serviço.

No entanto, apesar de serem vistas ações significativas em busca da melhora, em um processo conjunto de apoio mútuo e adesão ao tratamento, nem sempre esse vínculo entre as usuárias se mostra tão coeso. Com personalidades frágeis e dificuldades em estabelecerem relações mais próximas, onde estejam presentes maior confiabilidade e intimidade, algumas usuárias sentem-se inseguras em revelarem aspectos mais confidenciais de sua vida quando, por exemplo, freqüentam o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas.

Esse aspecto é um dos que dificultam a adesão e a freqüência de algumas usuárias ao Grupo. No entanto, se existe o fato subjetivo de que, para essas usuárias, algumas vezes é mais difícil se abrir e expressar seus sentimentos, principalmente se essa usuária for recentemente integrante no serviço, é também verdade que há um dado real de vazamento de informações confidenciais no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, conforme as próprias usuárias revelaram nas entrevistas.

Pensa-se como esse problema poderia ser sanado, talvez pela reafirmação do Contrato de Sigilo necessário ao Grupo, já que é importante que o Grupo esteja ciente de se manter os assuntos confidenciais relatados dentro do contexto grupal, e que compreendam a importância do sigilo para o bom funcionamento da dinâmica do grupo.

No entanto, observa-se que talvez a própria estruturação do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, tal como se apresenta

atualmente, não seja favorável à assistência dos pacientes com transtornos alimentares. É uma questão técnica que compreende a forma como as atividades se dispõem e se organizam para melhor atender o usuário no serviço (UNGLERT, 1995).

O fato do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas ser um grupo aberto, permitindo a entrada de novos pacientes em momentos de sua existência, talvez não seja o melhor modelo de grupo nesse caso. Apesar de ser obrigatória a participação da usuária no Grupo a cada retorno de seu atendimento no GRATA, sendo que suas faltas no Grupo, a cada retorno, são contabilizadas, e servem como regra de desligamento da usuária (5 faltas alternadas e 3 consecutivas ao Grupo), esse modelo grupal revela uma oscilação na frequência das usuárias. Isso se deve ao fato de haver usuárias com retornos espaçados ao atendimento e, portanto, só freqüentarem o Grupo quando é o dia do seu retorno. Ademais, àquelas usuárias que desejem freqüentar o Grupo, além dos dias de seus retornos, podem fazê-lo, porém não há critério de faltas para essas usuárias, já que podem faltar ou freqüentar o Grupo o quanto for, fora dos dias de seus atendimentos. Isso produz uma instabilidade na frequência grupal, pois, além de inserir casos novos em determinados períodos de sua existência, o grupo oscila em sua frequência de participantes conforme os retornos dos usuários. Talvez, esse fator contribua para os eventos de falta de sigilo e para a dificuldade de algumas usuárias em freqüentarem o Grupo, o considerado como produtor de conteúdos temáticos “pesados”, em algumas vezes.

Algumas usuárias apontaram que o conteúdo “pesado” expresso no Grupo, com relatos sobre crises, recaídas, ou atos purgativos, são falas que as desanimam e acabam por enfraquecer sua adesão à atividade. Ademais, algumas se preocupam com a influência desses relatos sobre as usuárias mais novas no tratamento, e sobre o quanto elas poderão acatar essas condutas prejudiciais realizadas pelas colegas, em momentos de recaídas.

Assim, levanta-se a sugestão de que talvez o grupo fechado seja uma melhor estruturação grupal para atender os portadores de anorexia e bulimia nervosas. Em um grupo fechado, o número de pessoas que o freqüentam é passível de delimitação e é mais acessível obter controle sobre as frequências dos usuários, e estabelecer regras de desligamento, quando há um elevado número de faltas.

Pensa-se que esse sistema permitiria a criação de um espaço mais coeso e o estabelecimento de relações vinculares mais estáveis e confiáveis. No caminho que decorre no processo grupal de um grupo fechado, as pessoas vão pouco a pouco se conhecendo e abrindo-se aos novos relacionamentos. Construindo laços afetivos mais íntimos, é possível que os participantes do grupo adquiram cada vez mais confiança e respeito para com o próximo.

Assim, adquirem a compreensão da importância de se respeitar o sigilo. Ademais, essa relação hermética, onde os casos novos não são inseridos vez ou outra, permitiria um amadurecimento nas relações, fazendo com que os participantes desenvolvam o seu lado empático e possam suportar, com maior consistência, as crises e recaídas do companheiro, sem que isso os abale tanto. Resgatando as potencialidades de cada um, e seus recursos de enfrentamento, através, por exemplo, do altruísmo ou do sentimento de pertencimento ao grupo, que emergem nessa íntima relação, crises podem vir a tornarem-se momentos para a mudança de comportamento e para a busca de atitudes mais saudáveis.

Da mesma forma, uma nova integrante no Grupo, agora em caráter “fechado”, poderá acompanhar seus colegas desde o início desse processo de formação grupal. Será assim, membro conhecido no grupo e participante das relações que aí se estabelecem. No entanto, em um grupo aberto, pensa-se ser mais difícil à nova usuária inserir-se em uma relação grupal já previamente estabelecida. Essa condição intensifica-se no caso das novas usuárias ingressantes no serviço. Além de se depararem com a ansiedade produzida pelo novo tratamento, confrontando-se com novos lugares, procedimentos, profissionais e colegas, devem possuir a outra difícil tarefa de se inserir no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, que já possui uma forma comum das participantes se relacionarem.

Talvez a criação de novos Grupos de Apoio Psicológico a Anorexia e Bulimia Nervosas a cada período de inserção de casos novos, seria uma alternativa mais viável, já que os novos integrantes estariam mais confortáveis em conhecer-se, pouco a pouco, em uma dinâmica grupal que se inicia e se encerra em períodos delimitados. Talvez assim, assuntos de crises e recaídas não sejam tão temerosos a eles, já que conhecem cada participante desse grupo fechado, e sabem dos recursos de enfrentamento presentes em cada um. A superação de uma crise, então, seria feita através da união grupal, com o auxílio de cada membro presente nessa relação já mais íntima e amadurecida. A crise do colega próximo poderia, pois, adquirir outro significado, já que por meio do auxílio empregado ao colega em crise, através de ações altruístas e compreensivas, o usuário reconheceria em si esses recursos de enfrentamento, e poderia utilizá-los quando ele próprio enfrentar uma crise ou recaída em momentos posteriores. Da mesma forma, o sigilo seria naturalmente compreendido, à medida que a afetuosidade e o respeito se consolidassem no grupo.

Todavia, a despeito dessas deficiências, tal como se estrutura atualmente o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas é visto como um importante recurso de enfrentamento do transtorno, já que é fonte de aprendizagem e transformação de crises e dificuldades, em potencialidades a serem utilizadas. Se, contudo, seu

caráter terapêutico é essencial, e não deve ser descartado, alguns dados revelam que outro grupo de pacientes, com enfoque mais educativo e informativo, seria bem acolhido pelos usuários.

O fato de sugerir a inclusão da nutricionista no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, o desejo de possuir um grupo de caráter “educativo”, ou o próprio grupo para o esclarecimento de dúvidas, sugerido pelas usuárias enquanto esperam pelos atendimentos, podem revelar um desejo dos usuários em obter maior esclarecimento e conhecimento sobre o transtorno.

Tal como acontece com os familiares/representantes, no Grupo de Orientação Médico Nutricional aos Familiares/Representantes, onde são oferecidas noções sobre os transtornos alimentares e suas implicações físicas, psicológicas, e causas psicológicas, familiares e sociais; e suas modalidades de tratamento; informações sobre nutrição do organismo, desnutrição e seu quadro fisiopatológico; sinais clínicos da síndrome e suas conseqüências metabólicas (BIGHETTI; DOS SANTOS; RIBEIRO, 2006); um grupo informativo com essa finalidade poderia promover e melhorar o tratamento desses usuários, fazendo com que compreendam melhor os aspectos orgânicos e nutricionais de seu transtorno.

Com posse desse conhecimento, os usuários poder-se-iam tornar sujeitos mais atuantes em seu tratamento, ao saber de maneira mais aprofundada as conseqüências de determinadas condutas para o organismo, ou a importância de uma alimentação equilibrada. Dessa forma, a autonomia desenvolvida a partir de um conhecimento mais ampliado de seu transtorno, permitiria que o usuário adquirisse uma postura cidadã, conhecendo seus direitos, mas também revendo e cumprindo seus deveres frente ao seu tratamento. Com um nível maior de saber sobre sua condição, poderia tornar-se autônomo ao ponto de adquirir a capacidade de gerar normas para a sua vida, conforme as situações com as quais se confrontasse (KINOSHITA, 1996). Essa postura cidadã e autônoma do usuário, em busca de caminhos mais saudáveis, é, pois, eixo fundamental para o alcance do acolhimento no serviço.

A concepção de atendimento, que busca permitir que o sujeito atendido seja autônomo e consciente em seu processo saúde-doença, vai à via contrária do que, por muitos anos, foi entendido como cuidado em saúde. Com a legitimação da medicina, centrada na atenção da doença e sua lesão, e distanciando-se do sofrimento do sujeito atendido, houve a valorização de uma tecnologia instrumental, diagnóstica e terapêutica dos processos médicos, que acabou por transformá-la em uma medicina centrada no procedimento (MERHY, 1998).

Dessa forma, a dimensão terapêutica da relação médico-paciente, a escuta capaz de contextualizar as histórias de vida das pessoas, as relações mais equidistantes e dialógicas

entre profissional e usuário, enfim, toda a busca por uma clínica mais humanizada e centrada nas demandas e necessidades do usuário, foi desconstruída pela priorização da prática, dos procedimentos, objetivação das relações, e a redução do sujeito, em toda a sua humanidade, à esfera da doença e da lesão.

É essa *dimensão mais humana* que o acolhimento pretende recuperar nos processos de cuidado em saúde. Para tanto, é necessário que Técnica; Postura; Acesso Geográfico, Econômico e Funcional; e Reorientação de Serviços; estejam voltados para esse fim.

No GRATA, apesar de ser evidente os esforços que a equipe alça para atender de forma mais humanizada seus usuários, vê-se que certas dificuldades impedem que o serviço assista algumas das demandas da população recebida.

Problemas na ordem do acesso tornam mais complicado um atendimento centrado nos usuários e em suas necessidades. O número de salas limitado para os atendimentos, sendo apenas duas durante o momento da pesquisa; a arquitetura das salas, sendo algumas muito pequenas e abafadas; a falta de organização nos agendamentos das salas do Hospital das Clínicas; o escasso número de leitos de internação; a desinformação dos profissionais que trabalham no Hospital das Clínicas; um sistema informativo com alguns pontos a melhorar; são alguns elementos que dificultam o acesso e uma atenção mais usuário-centrada.

Foi visto, por exemplo, que o pequeno número de salas contribui significativamente para a demora nos atendimentos das consultas. Também, a ocupação de salas que antes já estavam reservadas ao GRATA, por profissionais do Hospital das Clínicas, conturba os atendimentos e denota que há a falta de um sistema informativo mais eficaz entre os profissionais.

No caso dos usuários, a desorientação de alguns usuários quando adentram o serviço, principalmente os novos, são fatores que revelam a necessidade de uma sinalização e sistema informativo mais adequado às suas necessidades. Diante da complexa e grande estrutura do Hospital das Clínicas, com seus vários corredores e salas, vê-se a utilidade de uma sinalização clara e acessível aos usuários. Também, pelas já várias mudanças de locais as quais o serviço passou, ou pelo desligamento de profissionais, que se faz pela rotatividade das residências e estágios, alguns usuários que freqüentam o serviço por períodos mais afastados, acabam por ficar desinformados. Assim, pensa-se que as informações sobre as mudanças de locais e desligamento de profissionais, poderiam ser transmitidas não somente pela comunicação oral de profissional à usuário, mas também por informes impressos, telefones ou correios eletrônicos.

Os informes impressos também foram sugeridos como meios de esclarecer e informar os profissionais destinados a orientar os usuários do Hospital das Clínicas, sobre as localidades e horários das atividades realizadas no GRATA. Assim, os porteiros e os balconistas dos corredores estariam mais bem preparados para orientar os usuários quando questionados. Melhor informados, os profissionais do Hospital das Clínicas estariam mais articulados com o serviço, o que resultaria em uma importante parceria para o tratamento. Enquanto isso não ocorre, o GRATA, por si próprio, tenta suprir essa deficiência, disponibilizando estagiárias de psicologia para orientar as usuárias e os casos novos que adentram ao serviço.

No que tange ao espaço físico, viu-se que as anoréxicas e bulímicas são profundamente influenciadas pelas condições físicas do ambiente, e as pessoas que o freqüentam. Dividir o mesmo espaço com os obesos mostrava-se tão perturbador a elas que foi necessária a mudança de todo o atendimento para outro dia e horário. São pacientes que não estão preparados em se deparar com o que mais temem: a obesidade.

Assim, mesmo que o período da manhã, as terças-feiras, seja melhor àquelas que recebem medicação, ou a reposição de potássio, realizam exames laboratoriais, ou ainda àquelas que residem em outras cidades; a presença dos obesos no mesmo ambulatório de atendimento era um maior empecilho, que foi a causa da transferência dos atendimentos para a sexta-feira à tarde. Porém, nesse novo horário, as usuárias relataram outros problemas. As usuárias do GRATA, no momento da pesquisa, dividiam o corredor com os usuários da ortopedia, no entanto relataram que se tornavam, nesse ambiente, figuras muito expostas, que atraíam os olhares dos outros pacientes, devido a sua extrema magreza. Além disso, sentiam-se desconfortáveis, pois deviam esperar sentadas, pelo grande contingente de usuários atendidos, longe de onde se realizavam as consultas, o que, muitas vezes, impedia que escutassem o médico a chamá-las.

Ainda, a muita exposição que existe nos procedimentos de pesagem, que se realiza no corredor, à vista de várias colegas e usuários do hospital, é para algumas, um momento extremamente embaraçoso e desconfortável. Em um ambiente privativo, tal como uma sala, a pesagem seria feita de modo mais agradável e confiável, já que os acessórios e roupa, que poderiam interferir no peso, seriam retirados.

Assim, mostra-se que, para que o tratamento possa obter maior adesão, o planejamento e a organização dos espaços demanda certas condições de estrutura, escolha da população que o freqüenta, e organização, para melhor acolher e vincular esses usuários.

Há outro fator que muito dificulta o tratamento: o restrito número de leitos de internação. No caso específico de leitos psiquiátricos, dados apontam que o número de leitos

psiquiátricos em hospitais gerais é irrelevante em relação ao número de leitos em hospitais psiquiátricos (DATASUS, 2004). No caso do Hospital das Clínicas, parece que esse problema também ocorre já que, quando necessitam serem internadas, as pacientes com anorexia e bulimia devem aguardar por certo período, devido ao restrito número de leitos na Unidade Metabólica e no Setor de Psiquiatria do Hospital das Clínicas.

O momento de internação é onde o usuário se encontra extremamente fragilizado e necessitando de uma atenção especializada. O agravo do quadro clínico, somado as intensas distorções na imagem corporal e dificuldade de vinculação, demanda ao profissional, além da intervenção clínica, a habilidade de conter e acolher esses sentimentos. O GRATA já atua de forma a oferecer uma atenção mais integral ao usuário durante o período de internação. Através de atividades realizadas por psicólogos e terapeutas ocupacionais, é possível reduzir o estresse e a angústia desse momento, e favorecer a vinculação dos usuários com a equipe, o que garante uma maior adesão ao serviço.

O GRATA, em parceria com o Hospital das Clínicas, em vários setores se organiza de forma a garantir ao usuário melhor possibilidades de acesso ao tratamento. As lanchonetes, que disponibilizam variedade de alimentos, e toda a infra-estrutura organizacional que oferece tratamento, internações e exames laboratoriais gratuitos, são parte dos princípios de universalidade, um dos fundamentos do Sistema Único em Saúde. Além disso, as prefeituras de algumas cidades de origem dos usuários, disponibilizam transportes gratuitos para a locomoção dos pacientes até o hospital, o que facilita ainda mais o acesso. No entanto, vê-se que há gastos elevados, no que tange a acomodação, para aqueles que residem em cidades distantes do local de tratamento. Pensou-se, pois, em parcerias que poderiam ser realizadas com pensionatos ou hotéis, para tornar os preços das per noites mais acessíveis, e facilitar a vinda desses usuários e familiares/responsáveis, aos dias de tratamento.

Apesar desses percalços presentes no serviço, não há dúvidas de que a equipe do GRATA sempre está almejando melhoramentos. Por estarem cientes das dificuldades enfrentadas devido à falta de espaços, o GRATA há tempos almejava adquirir mais salas dentro do Hospital das Clínicas. Foi o que ocorreu no período de desenvolvimento dessa pesquisa.

Contando com mais salas, o GRATA se transferiu do corredor da ortopedia para o corredor da pediatria. Essa mudança é benéfica por vários fatores. Um deles refere-se ao fato de que, com maior número de salas (quatro salas atualmente), os profissionais poderão desfrutar de um ambiente mais reservado e privativo, onde realizarão suas consultas de forma mais adequada e tranquila, podendo desfrutar melhor de seus recursos. São duas salas aos dois

nutricionistas e médico nutrólogo, uma sala ao psicólogo e uma ao psiquiatra. Dessa forma, os nutricionistas e médico-nutrólogo podem realizar seus atendimentos de maneira mais personalizada, já que possuem para si uma sala onde podem atender, empregando sua técnica e sabedoria de maneira calma e sem sobressaltos. Psicólogos e psiquiatras também já não têm que percorrer o hospital em busca de uma sala disponível, o que causava tribulação e desgaste ao atendimento, e podem firmar seus vínculos com os usuários em um espaço propício para tal. A ampliação no número de salas com certeza reduzirá o tempo de espera para os atendimentos, e garantirá maior qualidade na atenção. Ademais, o corredor de espera da ortopedia, mais amplo e arejado, poderá oferecer um espaço mais adequado para atividades terapêuticas e de apoio, durante o aguardo para os atendimentos.

A despeito dos avanços alcançados em termos da estrutura física, outro melhoramento, dessa vez na estrutura pessoal, foi o da contratação da psiquiatra. Foi a primeira profissional contratada em vinte anos de funcionamento do serviço do GRATA. Com maior disponibilidade para esse serviço, poderá dedicar-se mais exclusivamente a sua atuação dentro do GRATA e trazer grandes ganhos ao tratamento. Pensa-se que esse foi um primeiro passo para que outros profissionais voluntários do GRATA possam tornar-se contratados e assim, dedicar-se com maior exclusividade ao serviço. Considerando o fato de que a rotatividade de profissionais é um fator prejudicial ao vínculo profissional-usuário dentro do serviço, espera-se, como meta ideal, que todos os profissionais da equipe do GRATA possam exercer sua função como contratados e, como é vontade de vários usuários, atuar de forma mais fixa e exclusiva no serviço.

Espera-se que esses avanços continuem a ocorrer, tal como os progressos já vistos no passado, quando o GRATA adquiriu o seu próprio ambulatório, designado: “Ambulatório Multidisciplinar de Transtorno Alimentar”, e pôde desfrutar de duas salas fixas para os atendimentos dos usuários, e usufruir de salas para a realização dos Grupos de Apoio e de Orientação Médica Nutricional, e realizar as reuniões de equipe.

Condições melhores de assistência, com apropriados recursos físicos, organizacionais e materiais, são projetos pensados e “sonhados” por usuários e profissionais. Instalações mais confortáveis e privativas, adequadas a esses pacientes; maior número de salas; diversas categorias profissionais que atuassem exclusivamente no serviço, e que pudessem oferecer o melhor de suas potencialidades ao tratamento; são algumas das condições que se almeja.

Diante do índice crescente de anoréxicos e bulímicos no mundo, e pelo fato real da grande fila de espera de usuários para adentrar o GRATA, seria necessário a ampliação de espaços, materiais e profissionais para atender essa demanda de usuários em constante

aumento. Para tanto, é necessário que políticas públicas e órgãos gestores reconheçam a necessidade de investimentos destinados a ampliação, e a qualificação de serviços voltados a assistência dos transtornos alimentares, visto que a demora no diagnóstico e no tratamento do transtorno, aumenta as possibilidades de óbito.

Enquanto essa realidade não se faz presente, são inegáveis os esforços que a equipe do GRATA realiza para produzir uma assistência cada vez melhor. Os profissionais atuam como protagonistas, adequando-se de forma flexível e criativa às condições do serviço, buscando sempre um processo de reciclagem e capacitação de conhecimentos, e integrando-se à equipe, de modo a alcançar um real trabalho interdisciplinar. São, pois, profissionais que “*vestem a camisa (E3P)*” e mostram afetividade e disponibilidade interna em seus vínculos quando “*...são muito cuidadosos (EIU)*”, apresentando assim, um tratamento que almeja a integralidade do ser, e o acolhimento e o vínculo como princípios capitais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento em saúde é um dispositivo técnico que objetiva promover uma assistência usuário-centrada, e que garanta resolutividade às demandas da população atendida, em um tratamento humanizado. Tem como fundamento teórico-conceitual, a concepção de integralidade, que compreende a consideração global da pessoa atendida, onde, no cuidado, se envolve as várias dimensões presentes no processo saúde-doença do ser.

O acolhimento traz diversas dimensões que o constitui, sendo elas: a Postura, a Técnica, o Acesso e a Reorientação de Serviços. No entanto, foi visto que inerentes a essas várias dimensões estão presentes uma série de elementos que são necessários para que essas dimensões possam realizar-se, a favor da construção do acolhimento, tal como se espera. Alguns elementos identificados nesse estudo e que contribuem para a formação do acolhimento são: a busca de ações e intervenções que compreendam o ser atendido de forma integral; a articulação intersetorial e parcerias entre os serviços de saúde; uma equipe que atue de forma interdisciplinar; constante reciclagem, capacitação e supervisão profissional; a consolidação de vínculos, tidos como afetividade, relação terapêutica, continuidade, responsabilização do profissional e protagonismo dos sujeitos envolvidos; e um serviço voltado à humanização do atendimento e a procedimentos usuário-centrados.

No GRATA, foram identificados cada um desses elementos, cada um com características louváveis ou pontos a melhorar, e que contribuíram para tentar vislumbrar em quê, e como se constitui o acolhimento nesse serviço.

No que concerne a um cuidado integral, viu-se que, em vários aspectos, o GRATA atua de maneira a alcançar a integralidade pretendida pelas diretrizes do SUS, através de sua atuação com enfoque interdisciplinar, que se faz presente nas várias especialidades de atendimento que são oferecidos aos usuários, e nas atividades de difusão de saberes, promoção e prevenção de saúde, realizadas em seus simpósios, minicursos e semanas de conscientização. No entanto, foi visto que essa postura com foco a integralidade do ser atendido, não são presenciadas nas ações de alguns médicos residentes, que se restringem a uma racionalidade biomédica de atuar, e que acabam dificultando a formação de vínculos com os usuários e com outros profissionais da equipe.

Vê-se que essa maneira restrita de entender o cuidado em saúde, focando-se somente em aspectos orgânicos, sintomáticos e curativos, também dificultam a vinculação dos usuários com os profissionais da rede primária em saúde, e impedem que uma articulação entre GRATA e Unidade Básicas se dê de maneira mais consistente. A articulação intersetorial mostrou-se como um elo fundamental para o acolhimento no serviço, sendo que revelou a importância de uma parceria bem fundamentada entre GRATA e Unidades Básicas de Saúde,

hospitais, hotéis, profissionais de saúde, universidades, imprensa, serviços odontológicos e de terapia familiar. Devido a essa grande importância, viu-se necessidade de políticas públicas e incentivos que fundamentem e articulem ainda mais as ações desses serviços. A própria articulação do GRATA com o Hospital das Clínicas, apesar de alguns entraves, garante recursos e instrumentos que levam o GRATA a um poder de abrangência e resolutividade raros em outros serviços.

A possibilidade de acesso facilitado que a estrutura do Hospital das Clínicas garante, tal como exames, tratamento, internação gratuitos e alimentação acessível, confronta-se com os problemas de ordem física, tal como a falta de salas e espaços privativos, arquitetura inadequada, sinalização com algumas deficiências, falta de leitos para internação; e de ordem organizacional como a falta de organização na reserva das salas do hospital, ou desinformação e despreparo dos profissionais destinados a orientar os usuários.

Contudo, viu-se que a equipe, através do trabalho interdisciplinar, tenta suprir essas deficiências, e estabelecer uma boa comunicação, para evitar os boicotes dos usuários, e mal entendidos, durante o tratamento. Através do compartilhamento de saberes, os profissionais têm na equipe um espaço de apoio mútuo para ajudá-los em casos difíceis. Esse trabalho interdisciplinar é, inclusive, percebido pelos usuários, em intervenções resolutas e funcionais dos profissionais. Os usuários corroboram essas ações interdisciplinares, ao valorarem os atendimentos conjuntos, ou desejarem a inclusão da nutricionista no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas para melhor capacitá-lo. No entanto, a sobrecarga de funções sobre as nutricionistas, e as posturas fechadas dos residentes junto ao seu modelo biomédico que, embora acolhidas gradualmente, são um entrave às relações estabelecidas dentro da equipe, denotam que há a necessidade de se melhorar alguns pontos desse trabalho interdisciplinar.

Diante disso, viu-se a necessidade de capacitações e supervisões de equipe, o que já foi realizado pelo GRATA através de um instituto de terapia familiar. O resultado positivo desse trabalho, como uma maior compreensão e respeito à outra categoria profissional; maior capacitação em apreender a linguagem não-verbal dos usuários atendidos; e melhor forma de intervir de maneira mais qualificada sobre o tema da família nos transtornos alimentares, mostra que processos de capacitação e supervisão devem ser mantidos e constantemente buscados.

Foi percebido que atividades de capacitação melhorariam muito a qualidade técnica dos profissionais do Hospital das Clínicas, tal como a dos porteiros e balconistas, destinados a

receber e orientar os usuários e seus familiares/representantes, o que garantiria maior funcionalidade ao tratamento e articulação do Hospital das Clínicas com o GRATA.

No que tange ao vínculo, os profissionais mostraram um nível grande de disponibilidade interna e afetividade em sua atuação profissional. Essa afetividade demandada nas relações entre profissional-usuário produz vínculos fortes e duradouros, que puderam ser observados na relação dos usuários com os profissionais que estão há mais tempo no serviço, com os nutricionistas e com os orientadores do Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas.

A relação entre usuário e profissional foram geralmente relações que também tinham em si um caráter terapêutico, já que a consideração do usuário como sujeito autônomo, ativo em seu tratamento, e co-responsável pela sua saúde, foi algo visto, principalmente no vínculo entre usuário e nutricionista. Contudo, ficou claro que, no caso das anorexias e bulimias nervosas, o estabelecimento dos vínculos é algo adquirido de forma lenta e gradual, de modo que a confiabilidade e o protagonismo dos usuários são elementos conquistados através do amadurecimento das relações. Para tanto, é necessário uma postura interventiva e questionadora dos profissionais, porém mescladas a posturas empáticas e compreensivas, para garantir a verificação da verdade dos fatos e, aos poucos, o amadurecimento do vínculo, que garanta a autonomia do usuário.

O vínculo, no entanto, é influenciado por outros fatores que vão além da postura do profissional. A organização dos atendimentos e o conseqüente aumento no tempo das consultas; a qualificação técnica da escuta do profissional, durante as consultas; os modelos de consultas, tal como os atendimentos conjuntos; e a estrutura física, com a falta de salas ou espaços privativos, são elementos que influenciam o vínculo profissional-usuário.

Foi observado que, no que concerne a continuidade do vínculo, é necessário tanto uma responsabilização do profissional, quanto do usuário, ao tratamento. Para aderir mais o usuário e seus familiares/responsáveis, foi elaborado, pela equipe do GRATA, o Plano de Atendimento, reafirmando os direitos e deveres do usuário, e explicitando as regras e atividades do serviço, o que, por enquanto, tem mostrado resultados positivos. Mesmo assim, a adesão da família ou responsáveis ao tratamento é baixa, sendo que as reuniões nucleares, junto com o Plano de Atendimento e os Grupos de Apoio e Orientação Médico Nutricional aos Familiares/Responsáveis, são dispositivos que objetivam aderir essa população.

Por parte dos profissionais há um intenso engajamento ao serviço, e protagonismo em suas ações, vistas em intervenções criativas e flexíveis, que se adaptam aos recursos do ambiente e sua estrutura organizacional, extraindo daí ações com considerada resolutividade e

satisfatório desempenho. Ademais, a procura por desenvolvimento pessoal, através de terapias, ou a qualificação profissional, pela busca constante de capacitações, supervisões, especializações e grupos de estudos, apontam para a responsabilização que muitos profissionais têm para com essa assistência.

No entanto, a equipe deve agir de forma conjunta para sanar algumas deficiências encontradas no processo de tratamento, como o não cumprimento da norma de priorização de atendimento a quem frequenta o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas; o não cumprimento do atendimento integral, devido a algumas vezes, o elevado número de pacientes agendados no dia; e a rotatividade dos profissionais, mais especificamente a dos residentes, que acaba por romper os vínculos que se formam. Foi também considerado, como alternativa, que a equipe sistematize a frequência de faltas e participações dos usuários, e familiares/responsáveis nas atividades, para analisar os motivos que levam à baixa adesão, e assim, possam intervir de forma mais efetiva na participação dos usuários e seus familiares/responsáveis no serviço, e melhorar a adesão dessas populações.

Se a equipe de profissionais é, em si, um “organismo” capaz, através de sua força conjunta, de produzir alterações e transformações na dinâmica do serviço, foi percebido que também os usuários, nas relações que se dão entre eles, influenciam significamente o modo como o tratamento se estrutura e se organiza dentro do GRATA. O fato de existirem passagens de informações prejudiciais, entre os usuários, no corredor de espera dos atendimentos, faz necessário que alguma medida seja tomada para sanar esse problema. A terapia ocupacional, oficinas de artesanato, grupos de esclarecimento de dúvidas, ou atividades ligadas às artes (como pintura, coral e teatro) seriam intervenções, propostas pelos usuários, que dariam uma via mais saudável ao momento de espera, proporcionando um espaço onde os usuários pudessem desenvolver atividades mais saudáveis.

Espaços como esse, que favoreçam uma relação saudável entre as usuárias, são, conforme os resultados, recursos para o enfrentamento do transtorno, pois propiciam o surgimento dos fatores terapêuticos despertados na dinâmica relacional entre as usuárias. A aprendizagem através da experiência da colega, o sentimento de pertencimento ao grupo e a prática do altruísmo, foram alguns dos elementos detectados também no Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas.

Se, no entanto, o Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas possui um caráter terapêutico e de apoio extremamente benéfico ao tratamento, revela alguns entraves como a falta de sigilo e a não adesão de algumas usuárias, devido ao seu conteúdo temático tido como “pesado”. Foi refletido, que talvez um dos fatores que levem a

essa baixa adesão de algumas usuárias e a falta de sigilo, seja o caráter aberto do Grupo. Foi colocado que há probabilidades de que um grupo fechado conduza a um maior sigilo, e a relações com maior confiabilidade, intimidade e amadurecimento. Dados também apontaram que, a criação de outro grupo de pacientes, com caráter mais educativo e informativo, a respeito do transtorno, seria bem recebido pelas usuárias, ampliando seus conhecimentos e desenvolvendo uma postura mais autônoma e responsável delas, para com o seu tratamento.

Considerando as especificidades existentes nos quadros de anorexia e bulimia nervosas, o GRATA atua de forma a buscar um atendimento usuário-centrado, com procedimentos que priorizem a dimensão humana do sujeito atendido. Isso pôde ser visto pelas reestruturas e mudanças pelo qual o GRATA passou, quando transferiu os atendimentos de terça-feira de manhã, para sexta-feira à tarde, e das salas do ambulatório de ortopedia para as salas do ambulatório de pediatria.

Todas essas modificações tiveram o intuito de promover melhor qualidade na assistência do serviço, conforme as necessidades dos usuários. A mudança dos horários de atendimento, de terça-feira para sexta-feira, buscou atender as demandas dos usuários, que viam muitas dificuldades em serem atendidos no mesmo espaço que os obesos. Já essa última mudança das salas de consulta, do corredor da ortopedia, para o corredor da pediatria, pretendeu ampliar os espaços e garantir um tratamento mais qualificado.

São evidentes os avanços que o GRATA adquiriu, e vem adquirindo em busca de um atendimento mais humanizado e usuário centrado. A aquisição de maior número de salas, e espaços mais confortáveis e arejados, vem a sanar muitos problemas, tal como a demora nos atendimentos, ou a falta de espaços privativos, apontados nesse estudo. Da mesma forma, a contratação de um psiquiatra para atuar no GRATA, pode ser um passo inicial para que toda a equipe possa tornar-se em uma equipe contratada e, portanto, fixa, possibilitando diminuir as dificuldades e desgastes causados pela rotatividade dos profissionais.

No entanto, visto a longa fila de espera de pacientes para adentrar o GRATA, o número crescente de casos de anorexia e bulimia nervosas pelo mundo, e a probabilidade maior de óbitos se tratados e diagnosticados tardiamente, é de fundamental importância que políticas públicas e gestores de saúde voltem o seu olhar para esses transtornos, e possam garantir incentivos e recursos para ampliar e qualificar os locais de tratamento, de maneira que os serviços possam oferecer tratamentos resolutivos, humanizados e adequados a demanda dessa população em rápida ascensão.

REFERÊNCIAS

ABREU C. N.; CANGELLI FILHO C. R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitiva-construtivista de psicoterapia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 177-83, 2004.

ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 12, p. 82-86, 1993.

ALVARENGA, M.; LARINO, M. A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Rev. bras. Psiquiatr**, v. 24, p. 39-43, dez. 2002. Suplemento 3.

ALVES, D. S., GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2005. p. 221-240.

AMBROSI-RANDIC, N. Perception of current and ideal body size in preschool age children. **Perceptual and Motor Skills**, v. 90, p. 885-889, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciencia & Saúde Coletiva**, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARTUCCI, G. (Org.). **Psicanálise, literatura e estéticas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

BENETTI, S.; RAMIRES, V. R. R. **A extensão e a construção do conhecimento no campo da saúde como locus para uma prática transdisciplinar**. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.unisinos.br/revista-info/ano3num4/Artigos/a34001.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

BENETTON, M. J. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. 1994. 190 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

BIDAUD, E. **Anorexia mental, ascese, mística**: uma abordagem psicanalítica. Rio de Janeiro: Campanha de Freud, 1998.

BIGHETTI, F.; DOS SANTOS J. E.; RIBEIRO, R. P. P. Grupo de Orientação Clínico-nutricional a familiares de portadores de transtornos alimentares: uma experiência "GRATA". **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p.410-4, jul/set. 2006.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia**: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOEMER, M. R. **A morte e o morrer**. Ribeirão Preto: Holos, 1998. 135 p.

BOEMER, M. R.; CORRÊA, A. K. Repensando a relação do enfermeiro com o doente: o resgate da singularidade humana. In: BRANCO, R. F. G. R. **A relação com o paciente**: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 263-69.

BONET, O. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BORGES, N. J. B. G.; SCCHIERI, J. M. F.; RIBEIRO, R. P. P.; MARCHINI, J. S.; DOS SANTOS, J. E. Transtornos alimentares: quadro clínico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-8, jul/set. 2006.

BRASIL. Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio**. Resolução do Conselho de Educação Básica nº 3, de 26 de junho de 1998. Brasília: Ministério da Educação, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do SUS 01/93**. Brasília: MS. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família e a atenção básica no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (ANEXO I). Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf> Acesso em: Set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. acolhimento nas Práticas de Saúde. **Série B. Textos Básicos de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 44p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em : 05 maio 2008.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRUNCH, H. **The golden cage**: the enigma of anorexia nervosa. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

BRUSSET, B. Les troubles du comportement alimentaire. **Observatoire de l'enfance em France**, Paris, n. 36, jan. 2001. Disponível em: <http://www.observatoiredefenfance.org/IMG/pdf/Numero_36_-_Les_troubles_du_comportement_alimentaire.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2009.

BURKE, F. J. T.; BELL, T. J.; ISMAIL, N.; HARTLEY, P. Bulimia: implications for the practicing dentist. **Brit Dent J**, v. 180, n. 11, p. 421- 426, Jun. 1996.

CABRERA, C. C. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 375-80, jul./set. 2006.

CALIL, V. L. L. **Terapia familiar e de casal**: introdução as abordagens sistêmica e psicanalítica. 7. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1997.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. **O caso da saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p. 29-87 p.

CAMPOS, G. W. S. **Um método de análise para a co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000. 225p.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada: sobre a prática clínica nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-110, maio/ago. 2001.

CARNEIRO, T. F. Terapia familiar: das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques. **Psicologia - Ciência e Profissão**, v. 16, p. 38-42, 1996.

CASPER, R. C. How Useful are Pharmacological Treatments in Eating Disorders? **Psychopharmacol Bull**, v. 36, n. 2, p. 88-104, 2002.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível...** saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Contracapa, 1999.

CÉSAR, A. B. C.; PEREIRA, M. F.; RUSSO, R.; SOARES, A. C. N.; VICENTE, A. T. Multiplicadores reflexivos: um experiência do Instituto *Familiae* junto ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do HC-FMRP-USP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 433-438, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n3/16_multiplicadores_reflexivos.pdf>. Acesso em: 22 Mar. 2010.

CHANDLER, A. E. Efectos terapéuticos del vínculo M. P. en la anorexia nerviosa. **Revista de La Asociación Médica Argentina**, n. 4, 1998. Disponível em: <http://ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=95>. Acesso em: 22 Jun. 2007.

CHIESA, A. M; VERÍSSIMO, M. L. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. p. 34-42.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**, v. 24, p. 07-12, 2002. Suplemento 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mar. 2006.

COBELO, A. W.; SAIKALI, M. O.; SCHOMER, E. Z. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 184-187, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. In: PLENÁRIO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 13. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/codigo_etica.pdf>. Acesso em: Nov. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm#cep>>. Acesso em: 21 jun. 2008.

CROW, S.; BROWN, E. Investigational drugs for eating disorders. **Expert Opin Investig Drugs**, v. 12, n. 3, p. 491- 499, 2003.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DATASUS. 2004. Disponível em: <www.datasus.gov.br/bases/bases.htm>. Acesso em: Fev. 2010.

DAVISON, K. K.; BIRCH, L. L. Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. **Pediatrics**, v. 107, p. 46-53, 2001.

DENIS, J. L.; CHAMPGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DEVEZA, M. **Saúde para todos no ano 2000**. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1983.

DIETZ, W. H. Health consequences of obesity in youth: children predictors of adult disease. **Pediatrics**, v. 101, p. 518-525, 1998.

DIAMOND-RAAB, L.; ORRELL-VALENTE, J. K. Art therapy, psychodrama, and verbal therapy: an integrative model of group therapy in the treatment of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Child Adolesc Psychiatric Clin N AM**, v. 11, p. 343-364, 2002.

DOS SANTOS, J. E. GRATA: Nossa história, trabalho e desafios. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 323-6, jul/set. 2006.

ECKERT, E. D.; HALMI, K. A.; MARCHI, P.; GROVE, W.; CROSBY, R. Tenyear Follow-up of Anorexia Nervosa: Clinical Course and Outcome. **Psychol Med**, v. 25, n.1, p. 143-56, 1995.

EISLER, I.; DARE, C. Family Therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family intervention. **J Child Psychol Psychiat**, v. 41, n. 6, p. 727-36, 2000.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2005. p. 205-220.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v. 38, n. 2, p. 143-51, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15 p. 345-353, 1999.

FREUD, S. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess, Rascunho H. Paranóia. In: FREUD, S. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 1.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 12.

FUREGATO, A. R. F.; MORAIS, M. C. Bases do relacionamento interpessoal em enfermagem. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (Org.). **Programas de atualização em Enfermagem: saúde do Adulto - PROENF**. v. 4. Porto Alegre: ARTMED, 2009. p. 45-73.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciências em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 Jun. 2008.

GRONLUND, N. E. **Measurement and evaluation in teaching**. New York: Macmillan, 1985.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GONZALÉZ N.; PADIERNA, J. M.; ARÓSTEGUI, I.; HORCAJO, M.J. Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de alimentación. **Gac Sanit**, v. 15, p. 18-24, 2001.

GORGATI, S. B.; HOLCBERG, A. S.; OLIVEIRA M. D. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, p. 44-8, 2002. Suplemento 3.

GRANDO, L. H.; ROLIM, M. A. Os transtornos da alimentação sob a ótica dos profissionais de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 265-270, 2006.

GUANAES, C. **Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais: exploração de alguns limites e possibilidades**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

GUBA, E. **The Paradigm Dialog**. London/New Delhi: SAGE Publications, 1990. 424 p.

GUBA, E. Paradigms and Perspectives in Contention. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). **The Sage Handbook of qualitative research**. 3. ed. London: SAGE Publications, 2005. 1210 p.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989. 298 p.

HERZOG, D. B.; NUSSBAUM, K. M.; MARMOR, A. K. Comorbidity and outcome in eating disorders. **The Psychiatric clinics of North America**, v. 19, p. 843-59, 1996.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, p. 231-9, 2000.

IIDA, I. **Ergonomia projeto e produção**. 3. ed. São Paulo: Edgard Blücher Ltda, 1995.

IZHAKI, F. et al. A experiência da TOCA: arte e subjetividade. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: O CAMPO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 1., Rio de Janeiro. **Anais...** Belo Horizonte: IFB/TE CORÁ, 1997. p. 243 – 249.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Trad. Dayse Batista. 7. Ed. Porto Alegre : Artes médicas, 1997. 1.169p.

KEEL, P. K.; MITCHELL, J. E. Outcome in Bulimia Nervosa. **Am J Psychiatry**, v. 154, n. 3, p. 313-21, 1997.

KEEL, P. K.; MITCHELL, J. E.; MILLER, K. B.; DAVIS, T. L.; CROW, S. J. Long-term outcome of Bulimia Nervosa. **Arch Gen Psychiatry**, v. 56, n. 1, p. 63-9, 1999.

KEMMIS, S.; MCTAGGART, R. Participatory action research: communicative Action and the Public Sphere. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds). **The Sage Handbook of qualitative research**. 3. ed. London: SAGE Publications, 2005. 1210 p.

KINOSHITA, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

KREPPNER, K. On the generation of data in the study of social interaction. **Psic.: Teor. e Pesq**, v. 17, n. 2, p. 97-107, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722001000200003>. Acesso em: 15 Nov. 2009.

KOTLER, L. A.; WASH, B. T. Eating Disorders in Children and Adolescents: Pharmacological Therapies. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 9, n. 1, p. 108-116, 2000.

LATTERZA, A. R.; DUNKER, K. L. L.; SACAGLIUSI, F. B.; KEMEN, E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Rev Psiquiatr Clín**, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Mar. 2010.

LEMONS, J. **Scientific uncertainty and environmental problem solving**. Massachusetts: Blackwell Science, 2008.

LÖWE, B.; ZIPFEL, S., BUCHHOLZ, C.; DUPONT, Y.; REAS, D.L.; HERZOG, W. Long-term Outcome of Anorexia Nervosa in a Prospective 21-year Follow-up study. **Psychol Med**, v. 31, n. 5, p. 881-90, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Hucitec, 2004a. 209 p.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004b. p. 7-19.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso 03 Feb. 2010.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: produção científica doutorado e mestrado**. Brasília (DF), 2002. p. 69-101.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. p. 117-60.

MERHY E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; SANTOS C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. B. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p. 113-150.

MINAYO, M. M. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993. 269p.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.

MION, J. Z.; SCHNEIDER, J. F. Leitos Psiquiátricos em hospital geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> . Acesso em: Nov. 2009.

MONTEIRO, D. A. A função paterna e a cultura. **Cogito [online]**, v.3, p. 49-52, 2001. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-4792001000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1519-9479> . Acesso em: Out. 2009.

MONTEIRO DOS SANTOS, P. C.; LUCIF JR., N.; FERRONATO, M. A.; DUTRA DE OLIVEIRA, J. E.; SANTOS, J. E. Anorexia Nervosa: uma revisão clínica de casos. **Rev Paul Med**, v. 104, n. 5, p. 240-246, 1986.

MONTEIRO DOS SANTOS, P. C.; LUCIF, JR. N.; PESSA, R. P.; SANTOS, J. E. Anorexia nervosa e bulimia: aspectos psicopatológicos, demográficos, diagnósticos e clínicos. **Rev Bras Psiq**, v. 10, n. 2, p. 35-41, 1988.

MORAIS, L. V. A assistência do terapeuta ocupacional para pessoas com anorexia nervosa: relato de experiência. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 381-5, jul./set. 2006.

NUNES, M.; JUCA, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 23, n.10, p. 2375-2384, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 10 Nov. 2009.

OLIVEIRA, E. A. SANTOS, M. A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 353-60, jul./set. 2006.

OLIVEIRA, G. F.; KOIFMAN, L.; MARINS, J. J. N. A busca da Integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de Aprendizagem: o direcionamento do curso de medicina da UFF. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEDESC-ABRASCO, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 351.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 234-250

PITTA, A. M. F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde Social**, v. 5, p. 35-60, 1996.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 21-36.

PROENÇA, R. P. C.; SANTOS, N.; DUTRA, A. R. A.; ASSIS, M. A. A. O Futuro da Ergonomia: preocupações com a taxionomia e com os problemas globais do próximo século. **Revista Produto & Produção**, Porto Alegre, v. 2, n.1, p. 31-38, 1998.

RASERA, E. **Grupo como construção social**: aproximações entre o construcionismo social e a terapia de grupo. 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RIZZOTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. Bras. Enferm**, v. 55, n. 2, p. 196-9, Mar./Abr. 2002.

ROCK, C. L.; CURRAN-CELENTANO, J. Nutritional management of eating disorders. **Psych Clin North Am**, v. 19, p. 701-713, 1996.

RYCHLAK, J. Social Construcionism, postmodernism, and the computer model: searching for humam agency in the right places. **J. Mind Behav**, v. 20, p. 379-389, 1999.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6 p. 1334-1343, jun. 2008.

SACARDO, D. P. **Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas**: uma abordagem bioética. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SALOMÉ, J. **Relação de ajuda**: guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional. Petrópolis: Vozes, 1994.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 386-401, jul./ set. 2006.

SANTOS, R. K.; MOURARIA, C. G.; SOARES, I. V. B.; PRIZANTELLI, C. C.; BIGHETTI, F.; GODOY, R.; RIBEIRO, R. P. P.; SANTOS, M. A. Grupo de apoio psicológico aos familiares de portadores de anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, n. 3, p. 68-73, 2002.

SCHMIDT, E.; MATTA, G. F. Anorexia nervosa: uma revisão. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 387-400, jul./dez. 2008.

SCHMIDT, U.; TREASURE, J. Eating disorders and the dental practitioner. **Eur J Prosthodont Restor Dent**, v. 5, n. 4, p. 161-167, dec. 1997.

SICCHIERI, J. M. F.; BIGHETTI, F.; BORGES, N. J. B. G.; DOS SANTOS, J. E.; RIBEIRO, R. P. P.; Manejo Nutricional nos transtornos alimentares. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 371-4, jul./set. 2006.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. p. 241-57.

SILVA, L. M.; SANTOS, M. A. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 415-24, jul./set. 2006.

SIMÕES, A. L. A.; RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. S., RODRIGUES, L. R. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-44, Jul./Set. 2007.

SOLLA, J. J. S. P. acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 5, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A.; SCORSOLINI-COMIN, F. Percepções da família sobre a anorexia e bulimia nervosas. **vínculo** [online], v. 6, n. 1, p. 26-38, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Mar. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SZTAJMBERG, R. Corpo e alma: alinhavo ou costura na constituição feminina? In: ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE, 2. 2003. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Sztajnberg_05300603_port.p>. Acesso em: Nov. 2009.

STORY, M. Nutrition management and dietary treatment of bulimia. **J Am Diet Assoc**, v. 86, p. 517-519, 1986.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, F. T. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, Apr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Dez. 2009.

UNGLERT, C. V. STerritorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995. p. 221-235.

UNIVERSIDADE DE FRANCA. 2008. Disponível em: <<http://www.unifran.br/blog/nutricao/?action=d3d31446a793743680c65030e6a43434d3d366b30a819d87&post=d3d314e453b6a7d4acef5c3512348f64ac5fd5f41b736eba&area=87b645e4131cfe14a496a611f2ec17e0508c103>>. Acesso em: Set. 2009.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: TEIXEIRA S. F. (Org.). **Saúde coletiva? questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992

WAITZBERG, D. L. **Nutrição enteral e parenteral na pratica clínica**. São Paulo: Atheneu, 1995. 642p.

WEBER, C. A. T. **Programa de Saúde da Família: educação e controle da população**. Porto Alegre: Age, 2006. 382 p.

WENTZ, E.; GILLBERG, C.; GILLBERG, I.C.; RASTAM, M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa psychiatric disorders and overall functioning scales. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 42, n. 5, p. 613-22, 2001.

WESTON, W. W.; BROWN, J. B.; The importance of patients' beliefs. In: STEWART, M.; ROTER, D. **Communicating with medical patients**. Newbury Park: Sage, 1989. p. 77-85.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: construção de um processo participativo**. 2005. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WINNICOTT, D. W. The capacity to be alone. In: WINNICOTT, D. W. **The maturational process and the facilitating environment**. London: Karnac, 1990. p. 29-36.

YALOM, I. **The theory and practice of group psychotherapy**. 5^a ed. New York: Basic Books, 2005.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pacientes do GRATA

Eu me chamo Tatiane Mitleton Borges Ramos, sou aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), e sob orientação do Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão, que é docente da EERP-USP, estou realizando uma pesquisa com a finalidade de conhecer melhor como os pacientes e os profissionais que fazem parte do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares percebem e avaliam o modo como o GRATA recebe e atende os usuários do serviço, e como percebem e avaliam o relacionamento entre os profissionais e os pacientes deste serviço de assistência. Acreditamos que esse estudo trará uma melhor compreensão de como se processa o tratamento dos pacientes com anorexia e bulimia nervosas, e esperamos também que ele ofereça contribuições ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares no sentido dele poder oferecer uma assistência ainda melhor. Para a realização da pesquisa, serão entrevistados todos os profissionais que trabalham no grupo de assistência e todos os pacientes que fazem parte do Grupo de Pacientes inseridos no grupo de assistência. A entrevista será dividida em duas partes. Na primeira serão colhidos do(a) Senhor(a) dados pessoais como idade, religião, estado civil, etc. Também serão perguntados dados sobre sua história clínica do transtorno alimentar como, por exemplo, diagnóstico, tempo de diagnóstico da doença, tempo de participação no GRATA, etc. Na segunda parte da entrevista será questionado como o(a) Senhor(a) percebe e avalia o modo como o GRATA recebe e atende os usuários do serviço. Também será perguntado ao(à) Senhor(a) como percebe e avalia a relação entre os profissionais e os pacientes do GRATA. Além dessas, outras perguntas sobre o serviço poderão ser feitas ao(à) Senhor(a) pelo pesquisador, a fim de esclarecer melhor o tema. A entrevista será individual, durará em torno de uma hora e pediremos a sua permissão para que ela seja gravada em um gravador de voz. Caso não concorde, a entrevista não será gravada. O motivo de estar gravando é para não se perder nada do que for dito. Tudo o que o(a) Senhor(a) disser somente será utilizado para esse tipo de estudo e o(a) Senhor(a) não será identificado em momento algum, podendo até escolher outro nome caso desejar. Os dados obtidos pela entrevista serão sigilosos. Se mudar de opinião, mesmo depois de começarmos as entrevistas, o(a) Senhor(a) poderá desistir a qualquer momento, se não concordar ou não se sentir mais à vontade para participar. Caso o(a) Senhor(a) não quiser participar dessa pesquisa, ou se quiser interromper a sua participação a qualquer momento, isso não acarretará, de modo algum, problemas ou a interrupção do seu tratamento no GRATA ou no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Tudo o que for dito na entrevista terá caráter sigiloso e não prejudicará o seu tratamento e o seu relacionamento com profissionais e pacientes dentro do GRATA. Para esclarecimento de quaisquer dúvidas e perguntas sobre a pesquisa, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato comigo, a qualquer momento, através do meu telefone escrito abaixo, ou pessoalmente. As entrevistas deverão acontecer de outubro/2008 a abril/2009, quando encerro meu período de estudo com o(a) Senhor(a). Diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia desse termo, para contato, se for necessário.

Gravação da entrevista:

autorizo

não autorizo

Nome do participante.....RG.....

Assinatura do participante.....

Assinatura do responsável pelo participante menor.....

Assinatura do pesquisador responsável.....CRP: 06/85266

Fones: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão: (16)3602 3418/(16)36300890/ Tatiane Mitleton Borges Ramos: (16)36331433/(16)96099959

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200__.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais do GRATA

Eu me chamo Tatiane Mitleton Borges Ramos, sou aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), e sob orientação do Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão, que é docente da EERP-USP, estou realizando uma pesquisa com a finalidade de conhecer melhor como os pacientes e os profissionais que fazem parte do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares percebem e avaliam o acolhimento deste grupo de assistência, e o vínculo que se estabelece entre profissionais e pacientes do serviço. Acreditamos que esse estudo trará uma melhor compreensão de como se processa o tratamento dos pacientes com anorexia e bulimia nervosas, e esperamos também que ele ofereça contribuições ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares no sentido dele poder oferecer uma assistência ainda melhor. Para a realização da pesquisa, serão entrevistados todos os profissionais que trabalham no grupo de assistência e todos os pacientes que fazem parte do Grupo de Pacientes inseridos no grupo de assistência. A entrevista será dividida em duas partes. Na primeira serão colhidos do(a) Senhor(a) dados pessoais como idade, religião, estado civil, etc. Também serão perguntados dados sobre sua história profissional como, por exemplo, grau de instrução, tempo de formação, cursos de especialização feitos, etc. Na segunda parte da entrevista será questionado como o(a) Senhor(a) percebe e avalia o acolhimento do GRATA, isto é, como entende o modo como o GRATA atende e acolhe os usuários do serviço. Também será perguntado ao(à) Senhor(a) como percebe e avalia a relação entre os profissionais e os pacientes do GRATA. Além dessas, outras perguntas sobre o serviço poderão ser feitas ao(à) Senhor(a) pelo pesquisador, a fim de esclarecer melhor o tema. A entrevista será individual, durará em torno de uma hora e pediremos a sua permissão para que ela seja gravada em um gravador de voz. Caso não concorde, a entrevista não será gravada. O motivo de estar gravando é para não se perder nada do que for dito. Tudo o que o(a) Senhor(a) disser somente será utilizado para esse tipo de estudo e o(a) Senhor(a) não será identificado em momento algum, podendo até escolher outro nome caso desejar. Os dados obtidos pela entrevista serão sigilosos. Se mudar de opinião, mesmo depois de começarmos as entrevistas, o(a) Senhor(a) poderá desistir a qualquer momento, se não concordar ou não se sentir mais à vontade para participar. Caso o(a) Senhor(a) não quiser participar dessa pesquisa, ou se quiser interromper a sua participação a qualquer momento, isso não acarretará, de modo algum, problemas para o seu trabalho no GRATA ou no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Tudo o que for dito na entrevista terá caráter sigiloso e não prejudicará o seu trabalho e o seu relacionamento com os profissionais e pacientes dentro do GRATA. Para esclarecimento de quaisquer dúvidas e perguntas sobre a pesquisa, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato comigo, a qualquer momento, através do meu telefone escrito abaixo, ou pessoalmente. As entrevistas deverão acontecer de outubro/2008 a abril/2009, quando encerro meu período de estudo com o(a) Senhor(a). Diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia desse termo, para contato, se for necessário.

Gravação da entrevista:

() autorizo

() não autorizo

Nome do participante.....RG.....

Assinatura do participante.....

Assinatura do pesquisador responsável.....CRP: 06/85266

Fones para contatos: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão: (16)3602 3418/(16)36300890

Tatiane Mitleton Borges Ramos: (16)36331433/(16)96099959

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200__.

APÊNDICE C

Questionário dos pacientes do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Filhos? _____ Quantos? _____

Religião: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Grau de instrução: _____ Profissão: _____

Diagnóstico: _____ Tempo de diagnóstico: _____

Tempo de participação no tratamento do GRATA: _____

1. Como foi seu encaminhamento?
2. Vem com a família ao atendimento? De que atividades sua família participa no GRATA?
3. Como é a ordem de atendimento dos pacientes?
4. De quanto em quanto tempo é seu retorno?
5. De quais atividades você participa no GRATA?
6. Com que frequência você vem a essas atividades?
7. Quanto tempo leva de viagem de sua casa ao HC?
8. Quanto gasta com o transporte? Quanto gasta com a alimentação? Quanto gasta de hospedagem?
9. Que horas entra e sai do GRATA?
10. Já realizou tratamento para o transtorno alimentar em outros serviços? Onde? Quando? Por quanto tempo?
11. Se a resposta for afirmativa, por que abandonou o tratamento que estava realizando e se inseriu no GRATA?
12. Em sua opinião, quais as diferenças e semelhanças entre os tratamento realizado anteriormente em outro serviço e o tratamento realizado no GRATA?
13. Faz terapia? Há quanto tempo? É um profissional veiculado ao GRATA?

APÊNDICE D

Questionário dos profissionais do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Nome: _____ **Idade:** _____

Sexo: _____ **Estado Civil:** _____ **Filhos? :** _____ **Quantos?** _____

Religião: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Grau de Instrução: _____ **Graduação:** _____

Tempo de formação: _____

Curso de especialização (incluindo residência): _____

Pós-graduação (mestrado; doutorado): _____

Ocupação dentro do GRATA: _____

Há quanto tempo trabalha no GRATA? _____

Que atividades você realiza dentro do GRATA? (não só com os pacientes, mas também com a equipe de profissionais) _____

Com que frequência você realiza a essas atividades? _____

Há quanto tempo você realiza essas atividades? _____

Já trabalhou para outro serviço de assistência aos transtornos alimentares? _____

Onde? _____ **Quando?** _____ **Por quanto tempo?** _____

Se a resposta for afirmativa, por que abandonou esse trabalho que estava realizando e se inseriu no GRATA? _____

Em sua opinião, quais as diferenças e semelhanças entre o seu trabalho realizado anteriormente em outro serviço de assistência aos transtornos alimentares e o trabalho realizado no GRATA? _____

ANEXO A



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 27 de maio de 2008

Ofício nº 1781/2008
CEP/MGV

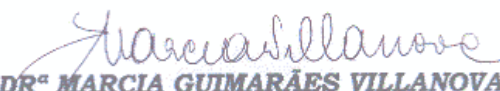
Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“O ACOLHIMENTO E O VÍNCULO EM UM GRUPO DE ASSISTÊNCIA A PORTADORES DE TRANSTORNOS ALIMENTARES”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 267ª Reunião Ordinária realizada em 26/05/2008, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 2077/2008.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
TATIANE MITLETON BORGES RAMOS
PROF. DR. LUIZ JORGE PEDRÃO (Orientador)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

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](#)